

ATENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL DOMICILIARIO

Judith Andrés Sendra

Muestra gratuita

IDEASPROPIAS
editorial

IDEAS PROPIAS

editorial

- ▶ Compra este libro
- ▶ Compra el e-book



Muestra gratuita

Muestra gratuita

Atención y apoyo psicosocial domiciliario

Muestra Gratuita

Atención y apoyo psicosocial domiciliario

Técnicas de rehabilitación psicosocial, apoyo a las gestiones cotidianas y comunicación con el dependiente y su entorno

Muestra gratuita

Muestra gratuita

Autora

Judith Andrés Sendra (Zaragoza, 1976) es diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Zaragoza y está habilitada como educadora social por el Colegio Profesional de Educadores y Educadoras Sociales de Aragón. Además, ha recibido formación complementaria en los sectores sociosanitario y educativo.

Asimismo, tiene una amplia experiencia docente como formadora de cursos relacionados con la dependencia y las habilidades necesarias para la atención a personas dependientes. Desde hace diez años es socia-promotora de Celtadia, una cooperativa de iniciativa social de servicios de atención a personas, sita en Zaragoza, donde tanto realiza labores de coordinación y gestión como imparte cursos relacionados con la asistencia sociosanitaria.

Con Ideaspropias Editorial ha publicado la obra *Apoyo psicosocial, atención relacional y comunicativa en instituciones*.

Ficha de catalogación bibliográfica

Atención y apoyo psicosocial domiciliario. Técnicas de rehabilitación psicosocial, apoyo a las gestiones cotidianas y comunicación con el dependiente y su entorno.

1.ª edición
Ideaspropias Editorial, Vigo, 2010

ISBN: 978-84-9839-219-7
Formato: 17 x 24 cm • Páginas: 576

ATENCIÓN Y APOYO PSICOSOCIAL DOMICILIARIO. TÉCNICAS DE REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL, APOYO A LAS GESTIONES COTIDIANAS Y COMUNICACIÓN CON EL DEPENDIENTE Y SU ENTORNO.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

DERECHOS RESERVADOS 2010, respecto a la primera edición en español, por

© Ideaspropias Editorial.

ISBN: 978-84-9839-219-7
Depósito legal: VG 682-2010
Autora: Judith Andrés Sendra
Impreso en España - Printed in Spain

Ideaspropias Editorial ha incorporado en la elaboración de este material didáctico citas y referencias de obras divulgadas y ha cumplido todos los requisitos establecidos por la Ley de Propiedad Intelectual. Por los posibles errores y omisiones, se excusa previamente y está dispuesta a introducir las correcciones pertinentes en próximas ediciones y reimpressiones.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| PRÓLOGO | 15 |
| 1. Psicología básica aplicada a la atención psicosocial domiciliaria de personas dependientes | 17 |
| 1.1. Conceptos fundamentales | 18 |
| 1.1.1. Ciclo vital | 19 |
| 1.1.2. Conducta | 21 |
| 1.1.3. Procesos cognitivos | 23 |
| 1.1.4. Motivación | 25 |
| 1.1.5. Emoción y alteraciones | 28 |
| 1.2. Proceso de envejecimiento | 31 |
| 1.2.1. Cambios biopsicosociales | 32 |
| 1.2.2. Incidencias en la calidad de vida | 37 |
| 1.2.3. Enfermedad en el anciano | 38 |
| 1.2.4. Evolución del entorno socioafectivo y de la sexualidad de la persona mayor | 42 |
| 1.2.5. Necesidades especiales de atención y apoyo integral | 45 |
| 1.2.6. Calidad de vida, apoyo y autodeterminación en la persona mayor | 47 |
| 1.3. Enfermedad y convalecencia | 49 |
| 1.3.1. Conceptos fundamentales | 50 |
| 1.3.2. Características y necesidades en enfermedad y convalecencia | 52 |
| CONCLUSIONES | 57 |
| AUTOEVALUACIÓN | 59 |
| SOLUCIONES | 61 |
| 2. Relación social de las personas mayores y discapacitadas | 63 |
| 2.1. Características de la relación social de las personas dependientes | 64 |
| 2.2. Habilidades sociales fundamentales | 68 |
| 2.3. Dificultades de relación social | 73 |
| 2.3.1. Situaciones conflictivas | 76 |
| 2.4. Técnicas para favorecer la relación social. Estrategias de intervención..... | 79 |
| 2.5. Actividades de acompañamiento y de relación social. Estrategias de intervención | 86 |
| 2.6. Medios y recursos | 90 |

| | |
|--|-----|
| 2.6.1. Aplicaciones de las nuevas tecnologías | 91 |
| 2.6.2. Asociacionismo | 98 |
| 2.6.3. Recursos del entorno y vías de acceso a los mismos | 99 |
| CONCLUSIONES | 103 |
| AUTOEVALUACIÓN | 105 |
| SOLUCIONES | 109 |
| 3. Prestación de orientación a la persona dependiente y sus cuidadores principales | 111 |
| 3.1. Observación. Técnicas e instrumentos de observación aplicados a las situaciones domiciliarias | 112 |
| 3.2. Registro de la evolución funcional | 120 |
| 3.3. Desarrollo de actividades de atención | 132 |
| CONCLUSIONES | 135 |
| AUTOEVALUACIÓN | 137 |
| SOLUCIONES | 139 |
| 4. El ambiente como factor favorecedor de la autonomía personal, comunicación y relación social | 141 |
| 4.1. Distribución y decoración de espacios | 142 |
| 4.2. Uso de materiales domésticos | 150 |
| CONCLUSIONES | 155 |
| AUTOEVALUACIÓN | 157 |
| SOLUCIONES | 159 |
| 5. Elaboración de estrategias de intervención psicosocial | 161 |
| 5.1. Mantenimiento y entrenamiento de hábitos de autonomía psicosocial en situaciones cotidianas del domicilio | 162 |
| 5.2. Técnicas, procedimientos y estrategias de intervención | 167 |
| 5.3. Técnicas de resolución de conflictos | 170 |
| 5.4. Procedimientos y estrategias de modificación de conducta | 177 |
| 5.5. Intervención de acompañamiento y apoyo en la relación social, en la resolución de gestiones y en el entorno familiar | 187 |
| 5.6. Disposición para la atención integral a las personas | 190 |
| 5.7. Preferencia por las técnicas de humanización de la ayuda | 193 |
| CONCLUSIONES | 197 |
| AUTOEVALUACIÓN | 199 |
| SOLUCIONES | 201 |

| | |
|---|-----|
| 6. Elaboración de estrategias de intervención en autonomía personal | 203 |
| 6.1. Mantenimiento y entrenamiento de hábitos de autonomía física en situaciones cotidianas del domicilio | 204 |
| 6.2. Condiciones del domicilio | 208 |
| 6.3. Distribución, actualización y señalización de espacios, mobiliario y enseres domésticos | 213 |
| 6.4. Intervención de acompañamiento y apoyo en la relación social, en la resolución de gestiones y en el entorno familiar | 225 |
| 6.5. Recursos comunitarios | 228 |
| 6.6. Solicitud de ayudas, prestaciones y servicios | 239 |
| CONCLUSIONES | 247 |
| AUTOEVALUACIÓN | 249 |
| SOLUCIONES | 253 |
| 7. Intervención de acompañamiento y apoyo en la relación social, en la resolución de gestiones y en el entorno familiar | 255 |
| 7.1. Funciones y papel del profesional de atención directa desde la unidad convivencial. Áreas de intervención | 256 |
| 7.2. Estrategias de actuación, límites y deontología | 262 |
| 7.3. Intervenciones más frecuentes. Gestiones. Seguimiento | 270 |
| 7.4. Documentación personal y de la unidad convivencial. Confidencialidad a la hora de manejar documentación de otras personas | 276 |
| 7.5. Técnicas básicas de elaboración, registro y control de documentación | 283 |
| 7.6. Respeto de los límites de actuación y la deontología profesional | 288 |
| CONCLUSIONES | 291 |
| AUTOEVALUACIÓN | 293 |
| SOLUCIONES | 295 |
| 8. Ayudas técnicas y tecnológicas para la vida cotidiana | 297 |
| 8.1. Importancia de los productos de apoyo en la atención domiciliaria | 298 |
| 8.2. Ayudas técnicas para actividades domésticas (productos de apoyo para actividades domésticas) | 302 |
| 8.3. Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros inmuebles | 304 |
| 8.4. Ayudas técnicas para la manipulación de productos y bienes (productos de apoyo para la manipulación de objetos y dispositivos) | 306 |

| | |
|---|-----|
| 8.5. Ayudas técnicas para mejorar el ambiente, maquinaria y herramientas (productos de apoyo para mejorar el ambiente, maquinaria y herramientas) | 309 |
| 8.6. Ayudas técnicas para el esparcimiento (productos de apoyo para el esparcimiento) | 311 |
| 8.7. Ordenadores personales. Internet. Correo electrónico | 312 |
| 8.8. Otras ayudas | 316 |
| CONCLUSIONES | 321 |
| AUTOEVALUACIÓN | 323 |
| SOLUCIONES | 327 |
| 9. Motivación y aprendizaje de las personas mayores, discapacitadas o enfermas | 329 |
| 9.1. Características específicas de la motivación y el aprendizaje de las personas mayores, discapacitadas o enfermas | 330 |
| 9.2. Mantenimiento y entrenamiento de las funciones cognitivas en situaciones cotidianas del domicilio | 338 |
| 9.3. Memoria, atención, orientación espacial, temporal y personal, razonamiento | 347 |
| 9.3.1. Memoria | 348 |
| 9.3.2. Atención | 359 |
| 9.3.3. Orientación espacial, temporal y personal | 361 |
| 9.3.4. Razonamiento | 369 |
| CONCLUSIONES | 373 |
| AUTOEVALUACIÓN | 375 |
| SOLUCIONES | 377 |
| 10. Servicios de atención domiciliaria | 379 |
| 10.1. Servicios, programas y profesionales de atención directa domiciliaria a personas dependientes: características | 380 |
| 10.2. Estructura funcional de la ayuda a domicilio | 387 |
| 10.3. El equipo interdisciplinar | 390 |
| 10.3.1. Coordinación del equipo de ayuda a domicilio | 396 |
| CONCLUSIONES | 399 |
| AUTOEVALUACIÓN | 401 |
| SOLUCIONES | 403 |

| | |
|--|-----|
| 11. Identificación de los problemas de comunicación y lenguaje relacionados con los principales trastornos generales | 405 |
| 11.1. Retardo mental (discapacidad intelectual) | 406 |
| 11.2. Parálisis Cerebral Infantil (PCI) | 409 |
| 11.3. Autismo | 411 |
| 11.4. Párkinson | 414 |
| 11.5. Alzheimer | 416 |
| 11.6. Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) | 418 |
| 11.7. Esclerosis Múltiple (EM) | 419 |
| 11.8. Deficiencias auditivas | 421 |
| 11.9. Deficiencias visuales | 424 |
| 11.10. Sordoceguera | 426 |
| 11.11. Consideración por la situación específica de cada persona con problemas de lenguaje y comunicación | 427 |
| CONCLUSIONES | 433 |
| AUTOEVALUACIÓN | 435 |
| SOLUCIONES | 437 |
| 12. Comunicación de las personas dependientes | 439 |
| 12.1. Proceso de comunicación | 440 |
| 12.2. Necesidades Especiales de Comunicación (NEC) | 447 |
| 12.3. Discapacidades | 449 |
| 12.4. Salud mental | 452 |
| 12.5. Minorías étnicas | 460 |
| 12.6. Alzheimer | 464 |
| 12.7. Otros | 468 |
| 12.8. Problemas de comunicación y lenguaje | 470 |
| 12.9. Estrategias y recursos de intervención comunicativa | 474 |
| 12.9.1. Sistemas alternativos de comunicación: concepto y clasificación | 475 |
| CONCLUSIONES | 481 |
| AUTOEVALUACIÓN | 483 |
| SOLUCIONES | 485 |
| 13. Aplicación de técnicas para favorecer la relación social y las actividades de acompañamiento | 487 |

| | |
|---|-----|
| 13.1. Estrategias de intervención en comunicación | 488 |
| 13.2. Proceso de selección del sistema alternativo de comunicación | 492 |
| 13.3. Recursos comunicativos | 497 |
| 13.4. Técnicas de comunicación alternativa y aumentativa para personas con deficiencias físicas, motrices y psíquicas | 499 |
| 13.5. Técnicas de comunicación alternativa y aumentativa para personas con deficiencias sensoriales | 507 |
| 13.6. Ayudas técnicas en la comunicación alternativa y aumentativa. Ayudas técnicas para la información y señalización | 518 |
| 13.7. Técnicas de observación de la evolución general de la persona dependiente | 526 |
| 13.8. Sensibilidad ante los problemas de comunicación de las personas dependientes | 531 |
| CONCLUSIONES | 535 |
| AUTOEVALUACIÓN | 537 |
| SOLUCIONES | 541 |
| | |
| PREGUNTAS FRECUENTES | 543 |
| | |
| GLOSARIO | 545 |
| | |
| EXAMEN | 553 |
| | |
| BIBLIOGRAFÍA | 559 |

Atención y apoyo psicosocial domiciliario es uno de los módulos pertenecientes al certificado de profesionalidad de **Atención sociosanitaria a personas en el domicilio**, según el Real decreto 1379/2008.

Los contenidos que en esta obra se recogen se corresponden con una duración de 210 horas.

El objetivo de este manual es que el lector conozca cómo desarrollar intervenciones de atención psicosocial domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención sociosanitaria.

Muestra gratuita

Muestra gratuita

PRÓLOGO

Cuando Celtadia, la empresa de servicios de atención a personas de la que soy socia promotora, daba sus primeros pasos, allá por 1999, la expresión «servicios de atención a personas dependientes» extrañaba a mucha gente.

Recuerdo claramente cómo muchas auxiliares de ayuda a domicilio se indignaban cuando, al explicar su trabajo a otras personas, estas no comprendían la complejidad de su labor.

Quiero pensar que la Ley 39/2006 (Ley de dependencia) ha contribuido a sacar a la luz un trabajo escasamente reconocido y que, a fuerza de escuchar hablar de él y ver cómo familiares, vecinos o amigos reciben este servicio, la sociedad en general tiene una idea más exacta de todo lo que la asistencia domiciliaria ofrece al usuario dependiente: la posibilidad de continuar viviendo en el propio domicilio, mantenerse conectado con el entorno que le es familiar y cerca de las personas a las que quiere y los lugares que tienen significado para él en su recorrido vital. Es un servicio que ofrece la posibilidad de recibir los apoyos necesarios para mantener la autonomía el máximo tiempo posible, así como la posibilidad de ser asistido en casa en aquello que ya no se puede hacer por uno mismo.

Si lo pensamos, no es extraño que algunas personas dependientes se muestren reticentes a la ayuda a domicilio. Por una parte, supone reconocer su propia dependencia y admitir que necesitan la asistencia de otra persona para tareas que hasta hace poco tiempo eran capaces de hacer por sí solos. Por otra parte, implica dejar entrar a una persona extraña en su hogar, su lugar más íntimo y personal, el espacio en el que todos nos sentimos con derecho a expresarnos tal y como somos.

Por ello, el primer trabajo del auxiliar de ayuda a domicilio es saber conocer y darse a conocer, conectar con el asistido, entender lo que cada uno necesita y, también, que, a veces, lo que se necesita y lo que se quiere son cosas diferentes.

Los auxiliares domiciliarios son personas que limpian, cocinan, realizan compras, planchan, que cambian un pañal, que asean en la cama a un enfermo y que lo ayudan a caminar porque solo ya no puede. Pero sobre todo, son personas que observan, que escuchan y que acompañan. Por este motivo, la base de la asistencia domiciliaria son las relaciones humanas.

Aún hoy, después de todos estos años, me sorprende que, a pesar de la complejidad de funciones y tareas que abarca la expresión «ayuda a domicilio»,

los profesionales que trabajan asistiendo a las personas dependientes en sus hogares realicen sus tareas con tanta naturalidad y soltura, como si no costara esfuerzo. Tantas habilidades sociales y personales puestas al servicio de una labor tan delicada y tan importante que impresiona la destreza inconsciente con que se desenvuelven en su quehacer diario. Como quien no le da importancia.

Las personas que realizan este servicio no solo mantienen limpio el domicilio, sino que atienden necesidades humanas, acompañan a personas dependientes y les permiten vivir con mayor calidad de vida en el lugar donde se sienten mejor.

Por ello, es tan importante que los profesionales dispongan de los conocimientos teóricos y técnicos que les permitan trabajar las relaciones y llegar hasta el usuario con el fin de dar a cada uno aquello que necesita.

Este manual está inspirado por esas personas que saben que su profesión es mucho más que las tareas que realizan y que practican a diario la empatía, la sensibilidad y la ternura; y también por todas aquellas que quieren aprender a cuidar a otros. Espero que os ayude a reconocer lo esencial.

Judith Andrés Sendra

Atención y apoyo psicosocial domiciliario

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

Objetivos

- Conocer y analizar las características y necesidades biopsicosociales de las personas dependientes, determinando las actitudes y valores que debe manifestar el profesional de atención directa con los dependientes y su entorno.
- Identificar las características psicosociales más destacables en una unidad de convivencia con una persona dependiente y las principales necesidades de apoyo psicosocial que genera.

Contenidos

1. Psicología básica aplicada a la atención psicosocial domiciliaria de personas dependientes
 - 1.1. Conceptos fundamentales
 - 1.1.1. Ciclo vital
 - 1.1.2. Conducta
 - 1.1.3. Procesos cognitivos
 - 1.1.4. Motivación
 - 1.1.5. Emoción y alteraciones
 - 1.2. Proceso de envejecimiento
 - 1.2.1. Cambios biopsicosociales
 - 1.2.2. Incidencias en la calidad de vida
 - 1.2.3. Enfermedad en el anciano
 - 1.2.4. Evolución del entorno socioafectivo y de la sexualidad de la persona mayor
 - 1.2.5. Necesidades especiales de atención y apoyo integral
 - 1.2.6. Calidad de vida, apoyo y autodeterminación en la persona mayor
 - 1.3. Enfermedad y convalecencia
 - 1.3.1. Conceptos fundamentales
 - 1.3.2. Características y necesidades en enfermedad y convalecencia

1.1. Conceptos fundamentales

La asistencia de las personas dependientes en sus propios domicilios abarca mucho más que la mera atención de sus necesidades físicas. A pesar de que indudablemente es importante saber cómo asear a un individuo encamado que lo necesita o cómo preparar menús equilibrados, no es menos importante tener nociones sobre la manera en que las personas sentimos, pensamos y actuamos, ya que en muchas ocasiones estos conocimientos nos darán la clave precisa para entablar la relación adecuada con el dependiente, a partir de la cual se plantearán las intervenciones que se llevarán a cabo con él.

Estas intervenciones irán dirigidas en gran parte de los casos a prestar ayuda en diverso grado para la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

Las **AVD** son aquellas tareas que las personas desarrollan habitualmente en su vida cotidiana. Hay que distinguir entre Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Por un lado, las ABVD son las habilidades referentes al autocuidado personal y, por otro lado, las AIVD abarcan aquellas tareas complejas que requieren del usuario cierto grado de capacidad funcional para su desarrollo. Algunos ejemplos de ambos tipos de AVD son:



La realización de todas estas actividades por parte del auxiliar de ayuda domiciliaria, en colaboración con el asistido o en sustitución del mismo, podemos clasificarlas bien como **tareas de atención doméstica**, cuando van referidas al cuidado y mantenimiento del hogar, o bien como **tareas de atención personal**, cuando las intervenciones se llevan a cabo directamente con la persona dependiente como, por ejemplo, darle de comer, supervisar su aseo, etc. En

ambos casos, el espacio en el que se desarrollan estas actividades es el mismo, esto es, en la vivienda de la persona que necesita ayuda.

Por ello, el auxiliar de ayuda a domicilio que va a cuidar a un usuario en su propio domicilio debe ser consciente de que está entrando en el espacio más personal e íntimo del asistido, aquel lugar en el que se siente seguro y puede desarrollar su personalidad con total libertad. A partir de esta conciencia y siempre con el objetivo de establecer una relación adecuada por el asistido, es necesario conocer unos conceptos básicos y comunes a todos los seres humanos como, por ejemplo, la manera en que se entiende y explica la vida de una persona desde el nacimiento hasta la muerte y todos los cambios que van asociados a dicho proceso, así como los rasgos que caracterizan su manera de estar en el mundo. Por ello, se hablará del significado del ciclo vital, de qué es la conducta y la motivación, los procesos cognitivos y las emociones.

Además, se hace necesario profundizar en los diversos aspectos que caracterizan la tipología de individuos que son más susceptibles de ser atendidos. Para aproximarse al trabajo con dependientes, hay que conocer de qué manera piensan y sienten, qué características específicas presentan, qué les mueve a comportarse de una manera determinada y cómo repercute en ellos la vivencia que hacen de los procesos que están experimentando, etc.

Por ese motivo, es preciso clarificar los conceptos relacionados con el proceso de envejecimiento y los cambios que acontecen, así como las incidencias que tiene en su entorno socioafectivo y sexualidad y las repercusiones en sus necesidades de atención, en su calidad de vida y autodeterminación. También se citarán en esta unidad otros procesos que pueden desencadenar las situaciones de dependencia como es el proceso de enfermedad y convalecencia, y las características y necesidades especiales que presentan estas personas.

A continuación, se abordarán los términos «ciclo vital», «conducta», «procesos cognitivos», «motivación» y «emoción» y sus alteraciones, ya que son conceptos importantes a la hora de reconocer las características psicológicas de los asistidos en el domicilio.

1.1.1. Ciclo vital

La perspectiva del **ciclo vital** concibe la vida de las personas de manera dinámica, como un continuo que se ve influido por diversos factores (culturales, sociales, históricos, de salud, personales, etc.) y que enriquece y supera las tradicionales clasificaciones que establece la psicología evolutiva en función de la edad cronológica.

Esta perspectiva implica aceptar que a lo largo de toda la vida los individuos experimentan pérdidas y ganancias, y que las incorporan a ella y las asumen desde sus propias características personales y experiencias vitales.

Asimismo, a lo largo del ciclo vital se da una secuencia de etapas que se presenta básicamente de la misma manera en todas las personas con sus características diferenciales, es decir, todos pasamos por la infancia, la juventud, la adultez, etc., aunque las transiciones entre estas etapas sean fluidas y la duración de cada fase sea variable en cada individuo.

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) relaciona la capacidad funcional con el ciclo vital, entendiendo que esta capacidad funcional (por ejemplo, la resistencia física, la capacidad respiratoria y cardiovascular, etc.) se desarrolla progresivamente desde la niñez y llega a sus cotas máximas al alcanzar la edad adulta. A partir de ahí se inicia un descenso en esta capacidad funcional, que será constante hasta el final de la vida, pero que se desarrollará a una velocidad variable en función de cada individuo.



Existen diversos factores relacionados con el modo de vida de cada individuo que influyen en ello como, por ejemplo, los hábitos nutricionales, el seguimiento o la ausencia de unas rutinas de ejercicio físico, o la adicción al tabaco o al alcohol.

Pero también hay otro tipo de factores que afectarán a las capacidades funcionales a lo largo del ciclo vital relacionados con el entorno ambiental, económico y socioeducativo; son las condiciones higiénico-sanitarias en las que se vive, el tipo de trabajo que se realiza, el acceso a la educación, los recursos económicos personales, etc. Todos estos factores contribuirán a configurar el particular modo de envejecer de cada persona.

1.1.2. Conducta

Conducta es cualquier manifestación que efectúe un ser humano.

En los inicios de la psicología de la conducta se consideraba como tal únicamente aquellas expresiones observables y medibles de la persona como las motoras, glandulares y verbales. Esto excluía la actividad mental, donde se originan las manifestaciones corporales. Sin embargo, en la actualidad se acepta de forma generalizada la definición de Daniel Lagache, psicoanalista y criminalista francés, que explica la conducta como el comportamiento o la expresión causada por las operaciones fisiológicas, motrices, verbales o mentales.

Las personas dependientes a las que se preste atención domiciliaria van a desarrollar determinadas conductas y en ello influirán diferentes factores. A continuación, profundizaremos en algunas cuestiones básicas relacionadas con la conducta con el objetivo de comprender mejor los mecanismos que participan en ella y mejorar las intervenciones que se realicen en el domicilio con los usuarios.

La conducta está determinada fundamentalmente por dos **factores**: biológicos, y ambientales y de socialización. Suelen suponer un cambio en el interior de la persona y en su grupo social debido a las interrelaciones existentes entre ambos.

Los **factores biológicos** engloban los factores genéticos que conducen a la conducta innata y existen en el individuo desde su nacimiento, mientras que los **factores ambientales y de socialización** conducen a la conducta concreta (aprendida) en una determinada situación, siendo adoptados modelos de conducta para interactuar en grupos (familia, escuela, etc.).

Para originar la aparición de conducta, es necesario un estímulo, que regulado por los procesos simbólicos (pensar, razonar, planificar, imaginar, etc.) conllevará un movimiento o acción que tendrá unos efectos concretos. La conducta está enmarcada siempre en un contexto que determina que se produzca un determinado comportamiento en lugar de otro. Además, siempre se encuentra motivada por algo y tiene una finalidad.



La conducta se manifiesta en tres **áreas** interrelacionadas entre sí, ya que cualquier fenómeno que se dé en una de ellas implica a las otras dos. Sin embargo, en un momento dado puede darse la supremacía de alguna, lo que permite calificar dicha conducta como perteneciente a esa área. Esas tres áreas son las siguientes:

- **Conducta corporal:** se manifiesta somáticamente. Un ejemplo de este tipo de conducta es el rubor.
- **Conducta sobre el entorno:** implica movimiento físico, por ejemplo, acudir a una cita. En ella se da siempre una conducta corporal.
- **Conducta mental:** es la relativa a la cognición, por ejemplo, razonar, planificar, imaginar, considerar, pensar, etc.

Asimismo, cuando la conducta se produce como parte de una relación social, podemos distinguir entre estos tres tipos:

- **Conducta pasiva:** las necesidades de los demás se anteponen a las propias. Se evita perjudicar a los otros en cualquier caso y no se defienden los derechos o intereses personales. La actitud que se toma en este tipo de conducta es sumisa.
- **Conducta agresiva:** se anteponen las propias necesidades a las de los demás. En este caso, no se tienen en cuenta los derechos de otras personas, prevalecen siempre los deseos personales y la actitud es violenta (física, verbal o psicológica).
- **Conducta asertiva:** se defienden los propios derechos respetando a su vez los de los demás. Se toma una actitud conciliadora.

En general, hay grandes diferencias conductuales entre las personas e incluso en el patrón de conducta de un mismo individuo. Esto se debe a las diferencias individuales, a las diversas situaciones en las que se encuentran y a la persecución de fines distintos. Así pues, hay que tener en cuenta que no podemos hablar de un único patrón conductual presente en todas las personas dependientes que se atienden en los domicilios, sino que habrá diferencias en su forma de comportarse, ya que en ella influirán su herencia genética, aptitudes, tendencias, facultades, motivaciones, temperamento, carácter y experiencias, y habrá igualmente que considerar en el ambiente el momento y espacio cultural, grupos y hechos sociales. Cada uno de estos aspectos influye sobre la conducta, pero ninguno la determina por completo.

1.1.3. Procesos cognitivos

Los **procesos cognitivos** son operaciones mentales internas. La mente y la conducta funcionan mediante procesos, transformando una operación en otra por la aplicación de una regla, y abarcan también todas las actividades psicológicas (aprendizaje, emoción o motivación). Los procesos cognitivos básicos son la atención, la percepción y la memoria.

Se explicará brevemente en qué consiste cada uno de estos procesos cognitivos básicos, ya que es posible que algunas de las personas dependientes con las que vayamos a trabajar tengan afectados estos procesos por diversas razones, lo que tendrá repercusiones en sus capacidades funcionales, puesto que la realización de las AVD o el aprendizaje de nuevas estrategias y procedimientos para minimizar su dependencia están muy relacionados con estos procesos.

La **atención** es un proceso de activación del organismo para captar estímulos (internos o externos), responsable de la puesta en marcha y el funcionamiento de los procesos cognitivos. Es un acto adaptativo que selecciona aquellos estímulos de interés para la persona, avisando dónde deben dirigirse los procesos psicológicos y qué debe ser procesado. Además de esta operación de selección, también colabora en la distribución y mantenimiento de la actividad psicológica.



Los mecanismos de la atención se ven afectados por diferentes factores, algunos de ellos referentes al estímulo (relacionados con su forma, color, tamaño, movimiento, etc.) y otros, a la persona y sus condicionantes físicos (por ejemplo, el cansancio) y psicológicos (por ejemplo, el interés que despierta en ella determinado estímulo).

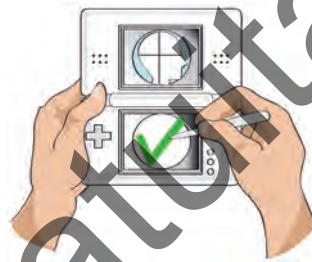
La **percepción** es el conjunto de procesos y actividades mediante los que se obtiene información de nuestro entorno, las acciones que realizamos en él y de los propios estados internos, a través de los sentidos. Percibir es un acto adaptativo que permite tener una conducta apropiada y adecuar las respuestas a las demandas del entorno.

Se produce a partir de un estímulo perceptual que inicia el proceso perceptivo que desencadena una experiencia sensorial. Esta experiencia no solo es una respuesta

de nuestro organismo al estímulo, sino una experiencia interior, observable únicamente por uno mismo pero no por los demás. Se diferencia del pensamiento en que tiene una configuración sensorial. La percepción se produce después de la sensibilidad y antes de la memoria, el pensamiento y la motivación.

La **memoria** es un proceso mental por el cual se registra, retiene y recupera información. Para que exista la memoria, son necesarios estos tres pasos, siendo imposible que se produzca si hay un mal funcionamiento en alguno de ellos.

La adquisición o registro de la información se refiere a la manera en que se almacena o representa la información; la retención, al modo en que la información es conservada; y la recuperación, a la forma de reintegrar dicha información.



Según el tiempo de procesamiento de la información, se pueden distinguir principalmente los siguientes tipos de memoria: sensorial, a corto plazo y a largo plazo.

- **Memoria sensorial:** es de muy corta duración y se podría considerar incluso parte de la percepción. Se trata de una memoria que permite que el efecto de un determinado estímulo continúe aunque este haya desaparecido. Su función es conservar la estimulación aumentando las posibilidades de poder procesar la información.
- **Memoria a corto plazo:** tiene una duración de 18 a 30 segundos. Asimismo, tiene una capacidad limitada de elementos que se pueden retener (aproximadamente siete). Esta memoria mantiene disponible información del momento actual, así como materiales reactivados o extraídos de la memoria a largo plazo. Esta memoria, denominada también «memoria de trabajo», es la que necesitamos para poder mantener la información en el momento presente mientras realizamos cualquier tarea cognitiva.
- **Memoria a largo plazo:** es la que explica por qué podemos retener la información a lo largo del tiempo. Tiene una capacidad prácticamente ilimitada, los contenidos persisten a lo largo del tiempo y tiene pluralidad de códigos, aunque predomina la codificación semántica. Ruiz-Vargas (1995) afirma que dentro de la memoria a largo plazo se puede distinguir entre memoria declarativa y memoria procedimental.

Por un lado, en la **memoria declarativa** el conocimiento puede ser recordado de forma consciente en forma de palabras o imágenes. Este tipo de memoria es episódica cuando hace referencia a hechos concretos y semántica si se refiere al conocimiento que tenemos sobre el mundo que nos rodea y que nos permite estructurarlo mentalmente.

Por otro lado, la **memoria procedimental** registra la información necesaria para realizar de forma automática determinadas acciones. Este tipo de memoria a largo plazo está relacionada con las habilidades motoras y cognitivas. Por ejemplo, saber qué pasos hay que seguir para lavarse las manos es toda una secuencia de actos encadenados que llevamos a cabo de forma automática, sin necesidad de recordar de forma consciente cómo hacerlo.

Para el auxiliar de ayuda domiciliaria es importante conocer y prestar atención a la manera en que se desarrollan todos estos procesos cognitivos en el usuario, para detectar variaciones que indiquen un incremento de su dependencia con el objetivo de prestar unos cuidados adaptados a su estado en cada momento.

1.1.4. Motivación

La **motivación** está formada por los impulsos y estímulos que nos inducen a la realización de una conducta determinada.

Es decir, la conducta se origina por un motivo y se dirige a una meta. Cada motivo puede tener diferente origen, intensidad o finalidad. Asimismo, los motivos se pueden clasificar en dos categorías generales: primarios y secundarios.

Los **motivos primarios** pueden ser **biológicos**, guardan una relación con las necesidades corporales (sed, hambre, sueño, regulación de la temperatura corporal, sexo, etc.), o de **adaptación ambiental**, tienen como finalidad acomodarse a las circunstancias del entorno (evitación del dolor y del peligro, conducta exploratoria y conducta de manipulación de objetos). Los motivos primarios son innatos e importantes para la supervivencia individual o de la especie.

Los **motivos secundarios** son aquellos relacionados con el logro, la afiliación y el poder. Estos motivos son aprendidos o adquiridos a partir de la interacción con el entorno social y dependen del contexto cultural en el que se desarrolle la persona.

Abraham Maslow propuso una jerarquía de las necesidades humanas que plasmó en una pirámide con diferentes estratos. Según esta pirámide, cada nivel de necesidades se corresponde con un nivel de motivación. En la base se encuentran los motivos básicos, destinados a satisfacer las necesidades fisiológicas, las más importantes. Subiendo la pirámide nos encontramos con los motivos de seguridad, de afiliación, autoestima y realización. Según Abraham Maslow, cuanto más bajo se sitúa un motivo dentro de la jerarquía de la pirámide, antes aparece en el desarrollo individual de la persona. Para que aparezcan los motivos de un sustrato superior, han de estar satisfechos los motivos de los niveles inferiores.



Jerarquía de las necesidades de Abraham Maslow (1934)

Del mismo modo, si se tiene en cuenta el origen del impulso o motivo por realizar una acción, se distingue entre motivación intrínseca y motivación extrínseca.

Por un lado, la **motivación intrínseca** se origina exclusivamente en el interior de la persona. En este caso, la actividad se realiza por el placer de realizarla; por ejemplo, aficiones deportivas. Cuando la motivación nace de uno mismo su duración en el tiempo y efectividad es mayor.

Por otro lado, en la **motivación extrínseca** existe un estímulo externo para la realización de la actividad; por ejemplo, la obtención de un premio o la evitación de un castigo.

Pero, ¿por qué ocurre la motivación?, ¿qué explica su existencia? Pinillos (1980) afirma que existen cuatro teorías para explicar la existencia de la motivación:

- **Teorías homeostáticas:** consideran que el organismo tiende al mantenimiento del equilibrio biológico interno (homeostasis), por lo que cuando hay algo que desequilibra las variables se ponen en marcha ciertos mecanismos para resolverlo. Estas teorías solo pueden explicar la respuesta motivacional a la satisfacción de algunas necesidades primarias como el hambre, el sueño o la sed, pero no de otras también primarias como la sexual, que no pretende recuperar el equilibrio biológico interno. Tampoco explica otro tipo de conductas como, por ejemplo, permanecer despierto aún estando cansado para realizar una actividad gratificante.
- **Teorías del incentivo:** se fundamentan en que el ser humano tiende a llevar a cabo las actividades que tienen repercusiones placenteras para él y a evitar aquellas que tienen consecuencias desagradables. En este caso, cuando un motivo se asocia con placer, se produce una conducta de aproximación, mientras que si la motivación se relaciona con dolor, se produce una de evitación, independientemente de que ello sea lo más adecuado para el mantenimiento del equilibrio del organismo y, por el contrario, siendo en algunos casos incluso perjudicial como, por ejemplo, en el caso de las adicciones a sustancias que producen reacciones placenteras pero que son dañinas.
- **Teorías cognitivas:** entienden que la persona desarrolla una determinada conducta en función de las percepciones que tiene sobre la situación que vive. Por ejemplo, alguien que cree que aquellos que lo rodean lo miran con desprecio probablemente responderá con una conducta defensiva. Además, estas teorías contemplan otras variables que modelan la respuesta conductual de una persona como, por ejemplo, las expectativas, los deseos y los temores que tiene respecto a una situación y la intensidad con que se presentan.
- **Teorías humanistas:** relacionan los motivos humanos con interpretaciones filosóficas y existencialistas vinculados al deseo de desarrollo personal, trascendencia, autodeterminación, etc.

Los auxiliares de ayuda domiciliaria a personas dependientes deben conocer el concepto de «motivación», ya que la conducta de todas las personas,

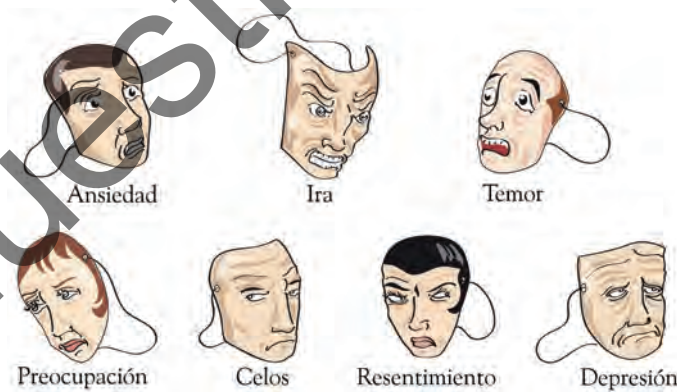
incluyendo aquellos dependientes con los que vamos a trabajar, tiene un sentido, unas motivaciones, que variarán de unos sujetos a otros. Al conocer aquello que motiva a cada usuario, se puede planificar una correcta intervención para estimular la realización de conductas dirigidas a aminorar su dependencia y, consecuentemente, mejorar su calidad de vida.

1.1.5. Emoción y alteraciones

La **emoción** es un estado de ánimo que surge al dar significado a determinados cambios fisiológicos y corporales, así como a ciertos pensamientos. Tiene un carácter de impulso para la acción e incluso, en algunas emociones, existen pautas de acción predeterminadas.

Es muy importante recordar que la mayoría de las personas dependientes a las que se va a atender en los domicilios, incluso aquellas que presentan grandes dependencias, conservarán, en mayor o menor medida, la capacidad de sentir emociones ante lo que viven y de reaccionar conforme a ellas.

Por tanto, la emoción se relaciona estrechamente con la motivación. La parte subjetiva y consciente de la emoción es el sentimiento, que tiene una duración más extendida en el tiempo.



La emoción se inicia con un antecedente externo, por ejemplo, una situación determinada, o interno, por ejemplo, los recuerdos. Luego aparecen en el organismo los efectos fisiológicos, conductuales, expresivos y sociales, además del sentimiento. Asimismo, existen dos tipos de emociones: las emociones básicas y las no básicas.

Las características principales de las **emociones básicas**, muy adaptativas, son su universalidad (se presentan en todas las culturas de la misma manera) y su innatismo (las tenemos desde que nacemos). Estas emociones se dividen en positivas, negativas y neutras.

En primer lugar, entre las emociones positivas se encuentra la alegría, que nos induce a repetir aquellas situaciones que nos provocan felicidad. Estas son agradables y se ven como beneficiosas. En ellas no se movilizan recursos del organismo para afrontarlas, ya que no son necesarios.

En segundo lugar, entre las emociones negativas se encuentran el miedo, que nos orienta hacia la protección; el asco, que nos produce rechazo de lo que estemos presenciando; la ira, que nos induce a la destrucción; y la tristeza, que nos facilita la reintegración de una nueva situación. Estas emociones son desagradables, se perciben como dañinas y hacen movilizar numerosos recursos para afrontarlas.

Por último, la única emoción neutra que encontramos es la sorpresa, la cual nos ayuda a orientarnos frente a una nueva situación.

Las **emociones no básicas** no son universales. Su aprendizaje depende de los estímulos del entorno y la cultura, aunque también existen diferencias entre las personas que pertenecen a un mismo ámbito cultural. La vergüenza es un ejemplo de emoción no básica que se va desarrollando en el individuo por los parámetros culturales de la sociedad en la que vive. Un mismo hecho puede desencadenar vergüenza en personas provenientes de culturas diferentes; por ejemplo, llevar el pecho descubierto en público puede provocar vergüenza a mujeres de culturas occidentales y no a mujeres de determinadas tribus indígenas que realizan de esa manera sus AVD con total normalidad. Asimismo, el grado de vergüenza y desinhibición puede variar entre los individuos de la misma cultura; en el ejemplo propuesto, habrá mujeres occidentales que jamás descubran sus pechos en público por sentir vergüenza de forma muy intensa y otras que no tengan dificultad para hacerlo en determinadas situaciones como, por ejemplo, en la playa o al dar de mamar a un niño.

Las partes que componen el proceso de la emoción son la aparición de una estimulación (que inicie el proceso), una activación fisiológica, una evaluación cognitiva y la emoción. El orden en que se presenta la activación fisiológica o la evaluación cognitiva depende de la teoría desde donde se enfoque, pero, en todo caso, es en la evaluación cognitiva donde puede intervenir el sujeto.

Para que las emociones cumplan su función adaptativa, deben manifestarse de forma adecuada, por lo que es necesario que se dé una regulación de las mismas. Esta regulación puede actuar de dos maneras distintas: evitando la confrontación con los hechos y, por tanto, las situaciones que producen la emoción, o regulando el procesamiento de la información (tanto interna como externa) en la que se reevalúa la situación para modificar su significado.

La regulación emocional está relacionada con la inteligencia emocional, teoría desarrollada por Daniel Goleman, psicólogo estadounidense, que la define como la habilidad de las personas para atender y percibir las emociones propias de forma precisa y apropiada, asimilarlas y comprenderlas, regulando y modificando las emociones o estados de ánimo propios y los de los demás. Tener un nivel alto de inteligencia emocional se relaciona con la salud, el bienestar, y disminuye la ansiedad, la depresión y la agresividad.

Cuando no se cumple la función adaptativa de las emociones aparecen las **alteraciones emocionales**. Las más frecuentes son la ansiedad y la depresión, que se observarán con frecuencia en los dependientes.

La **ansiedad** aparece como una reacción de urgencia, de alerta y activación ante determinadas situaciones interpretadas como amenazantes o peligrosas para la propia integridad. Aunque cierto nivel de ansiedad es necesario para afrontar algunos momentos, cuando la activación del organismo es demasiada para la situación o se ve desbordada por ella, produce un sentimiento de indefensión en el sujeto y un malestar general. Existe una sensación de inquietud mental y temores, preocupaciones excesivas, conducta nerviosa e intranquila y tensiones físicas. El trastorno se produce cuando resulta persistente en el tiempo y se presenta como algo común en el día a día. Además, la ansiedad produce un mal funcionamiento general psicosocial, social y fisiológico.

La **depresión** es una expresión de tristeza de forma continuada que genera en la persona un abatimiento permanente. Pueden propiciar este proceso, entre otros, factores como la genética de la persona, la vivencia de situaciones dramáticas, la muerte de un ser querido o la vivencia de otro tipo de pérdidas o rupturas (sentimentales, laborales, etc.). El estado depresivo produce una pérdida de interés por iniciar y realizar actividades, así como dejadez en el arreglo personal. Además, el individuo tiende a perder el apetito y tiene alteraciones del sueño y la memoria, disminuye su capacidad de concentración y aumenta su sensación de fatiga. Puede tener consecuencias personales y sociales negativas, ya que las personas de su entorno ante esa expresión repetitiva de tristeza que no desaparece, optan por evitar al sujeto deprimido.

Estas alteraciones emocionales pueden interferir en la capacidad funcional de la persona y consecuentemente, incrementar la situación de dependencia de los usuarios afectados; por este motivo es importante conocerlas con el fin de detectarlas y realizar a tiempo las intervenciones que se consideren oportunas en cada caso.

Actividad

Enumere cuatro emociones básicas e identifique al menos una situación de su vida diaria que le despierte cada una de las citadas emociones.

| Emoción | ¿En qué situación? |
|---------|--------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

1.2. Proceso de envejecimiento

El **envejecimiento** es una parte constante e irreversible del ciclo vital. En este punto todas las facultades empiezan a descender a un ritmo variable según cada individuo y el momento vital por el que pase.

El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad. Debemos diferenciar el **envejecimiento fisiológico**, producido por el paso del tiempo y su efecto en las estructuras físicas y mentales de la persona, y el **envejecimiento patológico**, en el que intervienen diferentes situaciones patológicas, de enfermedad o ambientales que aceleran ese proceso normal de envejecimiento. El envejecimiento fisiológico no puede detenerse ni prevenirse, pero sí pueden adoptarse medidas para prevenir en la medida de lo posible los efectos del envejecimiento patológico.



Asimismo, existen diferentes conceptos relacionados con la **edad** que hay que diferenciar. Por ejemplo, la edad cronológica (relacionada con el tiempo real transcurrido) no es la misma que la edad psicológica (referente