

Módulo 3

Material didáctico de apoyo

CÓMO REACCIONAR ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA, ABUSO Y MICRO MALTRATO: SENSIBILIZACIÓN E INTERVENCIÓN

Contra la violencia en el cuidado de personas mayores (AVEC)

2020-1-CZ01-KA2020-0783321



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



ÍNDICE

- 1. Introducción a los problemas de conducta.**
 - 1.1. Bases para la intervención conductual
 - 1.2. Pautas para facilitar la comunicación con personas con deterioro cognitivo/demencia

- 2. Saber adoptar la posición correcta como profesional**
 - 2.1. Métodos apropiados para permanecer distante y objetivo con el fin de analizar situaciones con calma y racionalidad.
 - 2.2. Actitudes que ayudan a mejorar los conflictos desde la equidistancia
 - 2.3. Pasos a seguir al intervenir en un conflicto

- 3. Cómo reaccionar ante situaciones violentas**
 - 3.1. Habilidades de comunicación
 - 3.2. La importancia de los mensajes desde el “Yo” para controlar situaciones violentas
 - 3.3. Comunicación en situaciones concretas
 - 3.4. Fases de la curva del enfado
 - 3.5. El paciente o la familia difícil
 - 3.6. Cómo afrontar las situaciones difíciles
 - 3.7. Manejo de la conducta en personas con demencia. Alteraciones conductuales: cómo se producen y cómo actuar

- 4. Técnicas de regulación emocional y habilidades sociales**
 - 4.1. Autorregulación en la intervención en crisis
 - 4.2. Técnicas de regulación de emociones

- 5. Crear conciencia sobre el abuso**
 - 5.1. Edadismo
 - 5.2. Psicología social maligna

- 6. Necesidades psicológicas de las personas institucionalizadas**
 - 6.1. Necesidades psicológicas de las personas con demencia. Modelo de Kitwood
 - 6.2. Comportamientos que conducen al abuso de mayores
 - 6.3. Protocolo en casos de maltrato a mayores

1. INTRODUCCIÓN A LOS PROBLEMAS DE CONDUCTA

1.1. Base para la intervención conductual

Thomas Kitwood (2003) en su obra *Dementia reconsidered* hablaba sobre la importancia de diversos factores a la hora de poder manejar problemas de tipo conductual, sobre todo en aquellas personas que pudieran tener daño cognitivo (demencias, daño cerebral, trastorno psiquiátrico) y de cuyo análisis funcional pudiera establecerse mejoras en las intervenciones reduciendo de manera significativa la percepción de agresividad y violencia.

Kitwood hace referencia a dos variables en este tipo de intervenciones. El conocimiento de la patología o síndrome que origina el daño cognitivo y el ambiente/entorno en el cual se desarrolla la conducta a eliminar o reducir.

- **Patología o síndrome cognitivo.** Dentro de este modelo se establece que existen una serie de sintomatología en los procesos relacionados con el daño cerebral que Existen situaciones problemáticas asociadas al trastorno neurológico que, inevitablemente, tienen que suceder dado que forman parte de la enfermedad o síndrome que tiene el paciente. Por ejemplo una persona que padezca demencia frontotemporal tendrá una rigidez cognitiva que le lleve a los pensamientos obsesivos, una persona con afasia de Broca no podrá hablar con fluidez, o una persona con daño cerebral en el hipocampo perderá la memoria. Desde esta perspectiva los profesionales que interactúan con estas personas deben de estar formados en la sintomatología clínica básica para poder manejar situaciones conductuales derivadas de ellas, evitando forzar, intentando comprender los comportamientos o dando tiempo para la emisión de la respuesta. Es decir, estos conceptos no se van a poder cambiar, solo trabajando la aceptación psicológica de la sintomatología propia de un trastorno con base orgánica y movilizándolo esfuerzos y recursos para enriquecer, estimular y mejorar el contexto donde se desenvuelve la persona sería la única forma de poder mejorar esa sintomatología.
- **Entorno.** Se entiende por entorno, toda la atención que interactúa y rodea al paciente. Desde las personas encargadas de su atención y cuidado, hasta los espacios ambientales, los horarios de actividades, las relaciones familiares y contextuales o los objetivos de vida planteados.
 - Dentro de los aspectos a cuidar en el entorno serían los siguientes
 - “Elder/speak”. Ruido ambiental. Excesivo ruido de fondo unido a los problemas auditivos puede aumentar la agitación y los problemas de orientación
 - Ambientes “Fríos”. Los pasillos de los centros residenciales deben de tener “Vida”, parecerse a una casa, facilitando la orientación de las personas principalmente cuando estas padecen demencia.
 - Cuidadores. Cada persona que interactúe con una persona mayor ha de ser consciente y estar sensibilizado en el trato “humano” hacia estas personas, debe de trabajar los principios de empatía, aceptación incondicional y escucha activa.
 - Conocer la vida “historia de vida”. El conocimiento de la historia de vida es un gran paso para minimizar los problemas de tipo conductual. Ayuda a disminuir estados de agitación.

- Pongamos por ejemplo la situación siguiente. “El señor X padece la enfermedad de Alzheimer y necesita ayuda para el aseo y la higiene personal, según los últimos registros anotados por los profesionales de atención directa se encuentra muy agresivo en las duchas, habiendo agredido a una de las auxiliares. Cuando nos ponemos a estudiar el caso del señor X, puede observarse que no todos los días presenta las mismas alteraciones, en concreto y analizando bien los datos puede observarse en concreto los problemas de conducta tienen una mayor probabilidad de aparición cuando el Auxiliar “Y” realiza la higiene. Cuando es el auxiliar “Z” quien participa en la ayuda del Señor “X” estas conductas aparecen menor medida. El proceso de intervención conductual se basará en reeducar al auxiliar “Y” marcándole pautas conductuales que puedan mejorar su atención.

Por lo tanto, los problemas de conducta son manejables y, en gran medida y como señalaba Kitwood (2005), “la calidad de vida de las personas con demencia es inversamente proporcional a las relaciones que mantengan con quienes las rodean”.

1.2 Pautas para facilitar la comunicación con personas con deterioro cognitivo/demencia

A la hora de comunicarse con personas que viven en instituciones, hay que tener en cuenta que muchas de ellas tienen deterioro cognitivo o padecen demencias como a enfermedad de Alzheimer. Por ello es conveniente que en líneas generales se tengan en cuenta una serie de premisas importantes para poder entender el proceso degenerativo en el que se encuentran y que conlleva una importante pobreza de vocabulario, la cual genera numerosos problemas a la hora de expresarse debido a los problemas afásicos que dificultan enormemente la comunicación con ellos y generan importantes problemas de tipo conductual. Al mejorar la comunicación, se conseguirá disminuir los problemas conductuales; para ello se propone una serie de técnicas que mejorarán la comunicación con estas personas:

- **Dirigirse a la persona de cara y de manera lenta.** Con calma —sin prisa, pero sin pausa—, dejar que nos vea, que sepa quiénes somos, que nos reconozca desde un tono de voz suave y tranquilo.
- **Ponerse siempre a la altura de sus ojos.** Cuando queramos hablar ella y transmitir un mensaje de calma o tranquilidad u ordenar algo que deba de hacer, es importante ponernos a su altura, de forma que podamos mirarla a los ojos.
- **Lenguaje sencillo.** Palabras conocidas que el afectado pueda reconocer fácilmente.
- **Emplear frases cortas.** Es importante simplificar nuestro discurso, mediante frases cortas, claras y sencillas; pues, si empleamos una oración larga o con un lenguaje complicado, el enfermo habrá olvidado el principio antes de que hayamos terminado la frase y no nos comprenderá. Además, así evitaremos que se agote del esfuerzo que supone tratar de entender frases largas y complicadas que seguramente no va a lograr comprender.
- **Hablar despacio y claramente.** Las personas con demencia precisan mayor tiempo para percibir e integrar los estímulos, por lo que debemos adaptarnos a su ritmo y no proporcionar más información de la que puedan asimilar. No dar una orden hasta que no hayamos

comprendido lo que intenta decirnos, darle tiempo para responder es la clave para minimizar los problemas de conducta.

- **Bajar la voz.** Tonos de voz bajos para proporcionar a la persona calma, serenidad y tranquilidad.
- **Eliminar ruidos de fondo.** La persona con demencia presenta dificultades para poder identificar y discriminar sonidos y ruidos. Por ello es importante disminuir los ruidos de fondo, de esta manera se conseguirá que el paciente se centre en la tarea y potencie su aprendizaje.
- **Utilizar preguntas sencillas.** Evitar andar con rodeos a la hora de preguntar. Realizar una pregunta sencilla, corta y directa facilita la comunicación.
- **Dejar que se exprese.** Fomentar que la persona con demencia pueda expresar sus dudas y preocupaciones, para ello es vital potenciar su comunicación verbal y no verbal.
- **No hablar por ella.** Dejar a la persona que finalice las frases e incluirla en las conversaciones evita que se sienta desplazada y pueda incurrir en problemas conductuales.
- **Tratar a la persona con dignidad y respeto.** No se puede dejar de tener presente que, a pesar del deterioro cognitivo que pueda presentar, el paciente es una persona adulta y como tal tiene sus derechos y es merecedor de un profundo respeto. Hay que recordar que, a pesar de que la persona necesite de muchos cuidados para realizar actividades de la vida diaria, siempre debe de tener garantizada su dignidad.
- **Potenciar la comunicación no verbal.** Una vez deteriorado y perdido el lenguaje verbal, la forma de expresión de la persona enferma será en un 90 % no verbal. Por ello el contacto físico, las caricias, sostenerle las manos o pasar el brazo alrededor de sus hombros será la forma más adecuada de poder comunicarnos con ella.

Tabla 1. Cuadro resumen ejemplo de comunicación. Fuente: elaboración propia.

Consejo	Ejemplo
Acercarse de frente.	Evitar la espalda o los lados debido a la pérdida de visión panorámica.
Lenguaje sencillo.	Evitar palabra tipo “ducha”, cambiarla por “aseo” o “ponerte guapa”.
Frases cortas.	Mejor “¿Quieres una manzana o una pera?”, que “Tenemos para comer de postre manzanas o peras, ¿qué prefieres?”.
Hablar despacio y claro.	Sin prisas y mirando a los ojos para potenciar el mensaje.
Tono de voz bajo.	Con suavidad, hablar alto transmite enfado y altera mucho más.
Eliminar ruidos de fondo.	Ruidos de coches, la televisión de fondo...
Facilitar la expresión.	Dejarle hablar y expresarse a su manera, mediante gestos, contacto físico... Hay que tener en cuenta que cuando nos falla el lenguaje los gestos se potencian.
No hablar por la persona.	Dejarle acabar la conversación, ubicarla en la misma y dejar que se exprese.

Incluirla en la conversación.	Evitar dejarla fuera. Por ejemplo: hablando de su enfermedad u olvidos como si no estuviera.
Dignidad y respeto.	Puertas cerradas, evitar el infantilismo, respetar su intimidad...
Mejorar la comunicación no verbal.	Gestos, caricias... El contacto físico es clave para la mejora de los problemas conductuales.

2. SABER ADOPTAR LA POSICIÓN CORRECTA COMO PROFESIONAL

A la hora de poder abordar problemas relacionados con la violencia los diferentes intervinientes de los equipos profesionales de atención a las personas mayores necesitan saber adoptar una posición neutra y equilibrada ante situaciones de conflicto. Para poder realizar adecuadamente este proceso se han de definir y analizar de manera adecuada las pautas del conflicto, así como los métodos adecuados para mantenerse al margen y ser objetivo para analizar las situaciones con calma y de manera racional.

2.1. Métodos adecuados para mantenerse al margen y ser objetivo para analizar situaciones con calma y de manera racional

Ante la aparición de una situación de conflicto que pudiera acabar en una situación de violencia o agresividad se pueden tener diferentes posiciones, lo más importante es no perder los papeles y centrarse en las soluciones, evitando en todo momento llevar la situación conflictiva a un punto sin retorno en el que ambas partes pierdan

Se entiende por **conflicto** las diferencias de intereses entre dos o más partes. Algunas personas lo entienden como batallas que hay que evitar o ganar. Ambas posturas son erróneas porque difícilmente lo malo no es la existencia del conflicto, sino su mala gestión. Es normal que en una relación intensa y prolongada la tensión que genera el trabajo, las dificultades, etc. ocasionalmente surjan roces por la diferencia de carácter de los miembros.

2.2. Actitudes que ayudan a mejorar los conflictos desde la equidistancia

Mejor que solucionar un conflicto, siempre será mejor tratar de prevenirlo. En este sentido, hay actitudes que ayudan y otras que lo promueven.

Actitudes que previenen conflictos

- Mostrar cercanía
- Interesarse por las opiniones de los integrantes del equipo
- Conocer las opiniones de los participantes en la situación conflictiva
- Trato personalizado y amable
- Tratar de conseguir que se puedan expresar de manera libre, facilitando climas óptimos de resolución

Actitudes a evitar para no generar conflictos:

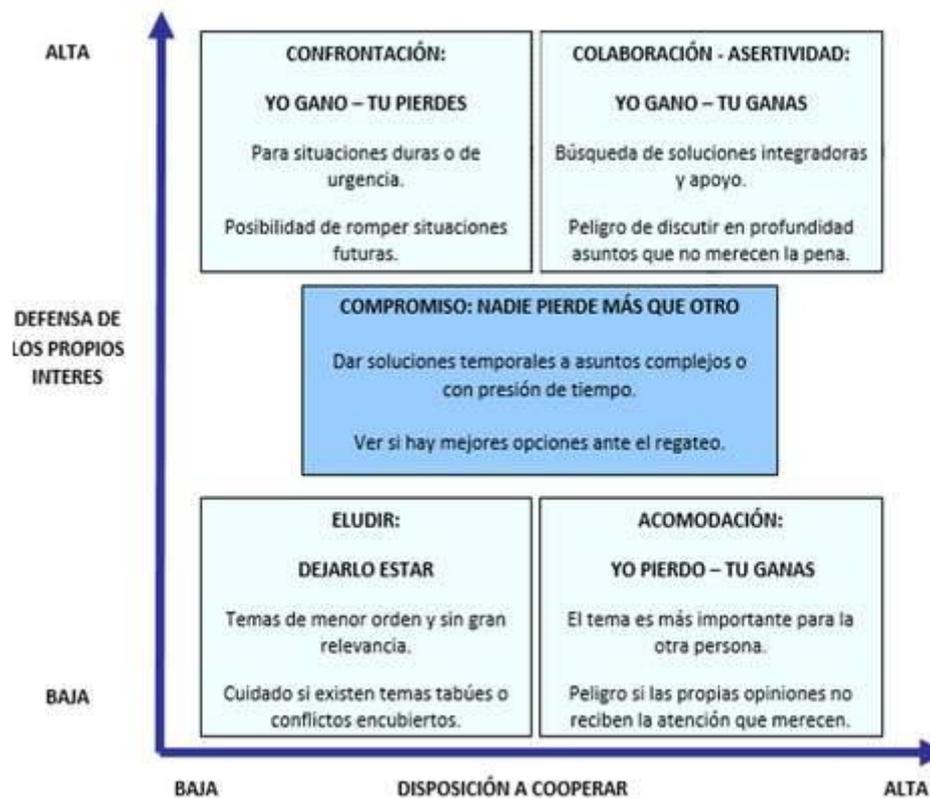
- Posiciones dicotómicas en las cuales ambas partes quieren o consideran tener la razón
- Dar órdenes contradictorias
- Agravios comparativos
- Ser siempre condescendiente con la misma parte, dejando de lado al otro
- Situaciones claramente injustas
- Trato preferencial hacia alguna de las partes

2.3. Pasos a seguir al intervenir en un conflicto

La intervención en un conflicto puede seguir una pauta en **5 pasos que favorezcan una resolución.**

- 1. EVALUACIÓN.** Se evalúan cinco aspectos del entorno que rodea la comunicación en el equipo de trabajo:
 - a) Relaciones mutuas.** Es de la relación y no de las personas de donde surgen los conflictos.
 - b) Naturaleza y causas del conflicto.** El conflicto dependerá mucho de las causas que lo originen. Estas pueden ser: diferencias en las creencias sobre el modo de alcanzar los objetivos o diferencias en los sistemas de valores de las personas (estos últimos comprometen la identidad personal y son mucho más difíciles de resolver).
 - c) Esclarecimiento de objetivos.** Es necesario **identificar los objetivos con claridad** para resolver el conflicto de manera productiva.
 - d) Examen del clima existente: Revisión** del entorno de comunicación, el factor tensión, los precedentes respecto a situaciones parecidas, etc.
 - e) Comportamiento a seguir.** Determinación inicial sobre el comportamiento a seguir para afrontar el conflicto. Existen cinco líneas estratégicas para resolver conflictos dependiendo de los grados de cooperación y de actividad.

Estas estrategias quedan resumidas en el siguiente cuadro:



2. **ACEPTACIÓN.** Dos personas pueden percibir el mismo hecho desde posturas radicalmente opuestas. En un conflicto se ha de tratar de comprender y aceptar las diferencias y similitudes entre los implicados. Durante esta fase las dos partes tienen que reconocer que los conceptos y las normas por las que se rige la otra persona pueden diferir de las propias. De no ser así, el problema podría quedar sin solución. Por lo tanto, será fundamental, aunque difícil, empatizar con la otra persona.

3. **ACTITUD.** La actitud adecuada para conducir a los miembros del equipo a una interacción productiva incluye:
 - Tratar de mantener la objetividad. Autocontrol emocional
 - Controlar sesgos como los estereotipos y prejuicios
 - Mantenerse flexible y abierto a la búsqueda de soluciones
 - Relajación
 - Explorar como se percibe el propio comportamiento al compararlo con el del otro

4. **ACCIÓN.** El objetivo final de la gestión del conflicto es el de iniciar acciones productivas para alcanzar los propios objetivos. En esta fase se tomarán en cuenta los siguientes elementos:
 - Otorgar credibilidad a la otra parte
 - Establecer un nivel de confianza
 - Plantear el problema desde los dos puntos de vista para que ambas partes se entiendan
 - Utilizar con precisión comunicaciones verbales y no verbales
 - Controlar el vocabulario
 - Observar cómo se comunica la otra parte
 - Atenerse a los objetivos. No desviarse del tema

- No prometer nada que no se pueda cumplir
- No presentar los asuntos bajo la fórmula “ganar – perder”
- Elaborar tantas opciones como sea posible incluyendo los dos puntos de vista
- Mantener abiertos los canales de comunicación con nuestro entorno y favorecer la interacción
- Revisar y resumir las expectativas y decisiones de las dos partes

5. ANÁLISIS DE NECESIDADES. Aunque esta variable ha de estar presente a lo largo de todo el proceso de gestión del conflicto, es importante también su sentido como fase de culminación. En ella hay que comprobar:

- Si se ha prestado atención a las preocupaciones de todas las partes
- Si las decisiones se pueden llevar a la práctica rápida y eficazmente
- Si los efectos de la solución son viables a largo plazo
- Si la relación entre las partes del conflicto se ha modificado de manera productiva
- Si se han resumido y aclarado las decisiones. Si se han revisado los procedimientos para llevar a la práctica cualquier cambio

3. CÓMO REACCIONAR ANTE SITUACIONES VIOLENTAS

A la hora de reaccionar ante situaciones de agresividad conviene tener conocimientos sobre una serie de elementos que interactúan de manera conjunta a fin de poder intervenir y desarrollar pautas de intervención desde lo general hasta lo concreto.

3.1. Habilidades de comunicación

Muchos problemas conductuales pueden solucionarse si se tienen en cuenta una serie de pasos,

Pasos de la comunicación Los pasos que seguir para un correcto proceso de comunicación son:

1. **Elegir el momento y lugar adecuados** y pactados con la otra persona, y estar en un estado emocional favorable a la comunicación.
2. **Ser congruente** y haber reflexionado sobre qué se quiere, qué se quiere decir y cómo decirlo mejor.
3. **Ser consciente** de los propios filtros para enviar y captar mensajes.
4. **Escuchar activa y empáticamente** y hacer preguntas abiertas o específicas según sea más adecuado al tema tratado.
5. Utilizar un **estilo asertivo** de comunicación.
6. Expresar sentimientos y emociones en forma de “**mensajes yo**”.
7. Utilizar **mensajes claros**, precisos, consistentes y útiles.
8. **Aceptar argumentos, objeciones o críticas**, incorporando los mensajes de la otra persona en nuestro discurso.
9. **Escucha activa.** Escuchar bien es una habilidad cognitiva, afectiva y motivacional que requiere una actitud que demuestre a nuestro interlocutor que realmente estamos comprendiendo lo

que nos quiere decir. Por otra parte, la escucha es un elemento indispensable para conocer a la otra persona, para entablar relaciones interpersonales de calidad.

Los efectos positivos de la escucha activan son, para quien se siente escuchado, de ayuda; al ser más consciente de su realidad, contribuye a su crecimiento personal. Y para quien escucha, es una fuente de información, contribuye a modificar de forma positiva actitudes, adquiriendo mayor sensibilidad, tolerancia y flexibilidad. La habilidad de la comunicación asertiva

10. **Estilos de comunicación:** Existen tres estilos de comunicación:

- a) **Comunicación asertiva:** implica expresar los propios sentimientos, necesidades y derechos sin amenazar los derechos de las otras personas.
- b) **Comunicación pasiva:** implica la violación de los propios derechos, al no ser capaz de expresar de forma honesta los sentimientos, emociones, pensamientos y opiniones. Acompañando al lenguaje verbal aparecen conductas no verbales como la ocultación de la mirada, posturas tensas...
- c) **Comunicación agresiva:** implica la defensa de nuestros derechos de forma que a veces puede resultar inapropiada y puede violar los derechos de la otra persona. La persona se expresa de forma impositiva, utilizando la coacción.

Ejemplo. Entrás en la habitación de una persona mayor de la residencia y ves que está muy desordenada con toda la ropa por el suelo. ¿Qué le dices?:

- ✓ **Comunicación pasiva:** no dices nada y lo recoges mientras protestas internamente de que sea este desordenada y te quejas internamente una y otra vez.
- ✓ **Comunicación agresiva:** te diriges hacia la usuaria y le recriminas que sea una desordenada, que no tenga consideración, que estás harta de decirle que recoja su habitación y sus cosas, que no sabe convivir con los demás.
- ✓ **Comunicación asertiva:** vas donde está la persona y le dices: “Tienes la habitación llena de ropa en el suelo” (hechos). “Me siento como si fuera tu criada cuando lo dejas todo en medio” (sentimientos). “Procura recoger todo cuando te cambies mañana” (conducta). “Así harás que me sienta mejor” (consecuencias).

3.2. La importancia de los mensajes desde la perspectiva del yo para el control de situaciones de violencia

La habilidad de comunicación desde el yo (“**mensajes yo**”) se envían en primera persona. Cuando utilizamos estos mensajes, le estamos expresando a la otra persona que aquello que expreso es mío, mis sentimientos (“yo me siento mal”), mis opiniones (“yo opino que”) y mis deseos y preferencias (“me gustaría que...”). De esta forma, dejamos claro a la otra persona que no la estamos culpabilizando por lo que yo siento/pienso/necesito. Le hacemos saber de una forma honesta y respetuosa que a veces podemos tener diferencias o desacuerdos. Es un mensaje facilitador y persuasivo.

Los “**mensajes tú**” suelen culpar al interlocutor de nuestros comportamientos u opiniones; con estos mensajes las personas se pueden sentir evaluadas.

¿Cómo se elabora un mensaje yo?

Los “mensajes yo” tienen tres partes:

1. Describo lo que hace el otro (“cuando tú...”).
2. Expreso lo que siento (“yo me siento...”).
3. Propongo lo que me gustaría (“en cambio, me gustaría que...”).

Ejemplo. Lucas escucha el tocadiscos a un volumen tan alto que interfiere en la conversación que tienen sus padres en la habitación de al lado

- “Mensaje tú”: ¿Cómo puedes gritar tan fuerte? ¿No puedes ser más considerado con los demás?
- “Mensaje yo”: Cuando gritas tan fuerte, no podemos hablar con tranquilidad. Me gustaría que bajaras el tono de voz.

3.3. Comunicación en situaciones concretas

Dar y recibir quejas:

En muchas ocasiones, otras personas hacen cosas que nos desagradan o nos molestan. Muchas veces, no nos atrevemos o no sabemos cómo decirlo. Otras veces, somos nosotros los que molestamos.

¿Cómo recibimos quejas?

1. Diciendo por qué estás molesto.
2. Expresando los sentimientos negativos.
3. Pidiendo a la otra persona que no vuelva a hacer lo que acaba de hacer.
4. Reforzando al otro porque me ha escuchado. Ventajas: presentar una queja positiva reduce las fuentes de irritación y antipatía en las relaciones. Al escuchar las quejas de otras personas, ven que nos importa lo que dicen.

Dar una negativa o decir no:

En ocasiones, nos encontramos ante a personas que nos piden cosas que no queremos hacer y, por miedo a decir que no y enfadarnos, cedemos (estilo pasivo) o adoptamos un estilo agresivo.

¿Qué deberíamos hacer?

1. Escuchar sin interrumpir e intentando entender lo que se nos pide.
2. Decir no de forma adecuada, explicando las razones para que la otra persona comprenda nuestra postura e intentando no herir sus sentimientos. Ser amable.
3. Sugerir alguna otra idea (ofrecer alternativas). Ventajas: si se sabe decir no, se hace saber la propia postura y se evita que la gente se aproveche.

Nos sentimos bien porque no tenemos que hacer algo que no nos gusta o no tenemos ganas de hacer.

Respondiendo a la persuasión o presión:

¿Qué hacer?

1. Escuchar lo que la otra persona, publicidad, medios de comunicación, etc., opinan sobre el tema.
2. Decidir lo que se opina personalmente de ese tema.
3. Comparar lo que ha dicho la otra persona con lo que se piensa.

4. Decidir qué idea se prefiere y comunicarlo.

Pedir ayuda de manera efectiva:

1. Expresarse con amabilidad.
2. Explicar de forma clara lo que se quiere.
3. Explicar los motivos por los que necesita esa ayuda o favor.
4. No insistir mucho.
5. Si te dicen sí, agradecerlo.
6. Si te dicen no, buscar alternativas. Cuando la comunicación falla aparece el conflicto

3.4. Fases de la curva del enfado

1. **Fase racional:** es el periodo inicial en el que se mantiene un nivel emocional adecuado para discutir de forma propicia la solución de los problemas.
2. **Fase de disparo:** de ascenso de la emotividad. Ante un paciente o familiar enfadado lo más oportuno es que escuchemos, debemos evitar enjuiciar o interpretar su consulta.
3. **Fase de enlentecimiento:** es importante empatizar para evitar la vuelta a la fase de disparo. Hacer preguntas abiertas, para conocer qué le pasa, cómo se siente.
4. **Fase de afrontamiento:** se produce la caída de la reacción de hostilidad. Hay que esperar a que la reacción “se enfríe” del todo.
5. **Fase de enfriamiento:** de vuelta a la calma.
6. **Fase de solución de problemas:** retorno al nivel racional. Es el momento óptimo para solucionar el problema. Desde que estamos inmersos en una situación conflictiva podemos elegir la actitud que vamos a tomar ante ella.

Las cuatro actitudes más frecuentes son:

- a) **Retirada o enfoque de evitación:** cuando te retiras física o emocionalmente de un conflicto pierdes la oportunidad de dar tu opinión. Son formas de retirada: dejar de hablar, ignorar a la otra persona, actuar en términos de negocios.
- b) **Supresión o enfoque de rápida mediación:** suprimir un conflicto es no hablar de lo importante. Una madre nos solicita un antibiótico porque “otra vez que tuvo lo mismo, no se lo dieron y luego fue una neumonía”. Nuestra actitud, para acabar pronto es darle el antibiótico
- c) **Yo gano/tú pierdes o enfoque de la conquista:** esta actitud expresa la lucha por el poder en el que una de las partes se erige como ganadora. En el caso anterior, actuaríamos así en caso de imponer nuestra idea: “el pediatra soy yo”.
- d) **Pacto o enfoque del regateo:** en muchas ocasiones esta actitud hace que ninguna de las partes se sienta demasiado convencida. La madre nos solicita el antibiótico. Nosotros “vamos a hacer una cosa, no le voy a dar el antibiótico y vamos a esperar 24 horas; mañana lo volveré a explorar y veremos qué pasa”.

Existe una quinta actitud que contempla el conflicto como una oportunidad (yo gano/tú ganas). En este enfoque se descubren soluciones más amplias. Algunas de las pautas para obtener soluciones según este enfoque son:

- Definir las necesidades de todos.
- Tratar de prestar atención a todas.
- Reconocer los valores de los demás como los propios.
- Intentar ser objetivo y separar el problema de la persona (“duro con el problema, suave con las personas”).

3.5. El paciente o la familia difícil

Una posible definición sería: “aquel que consigue hacerte sentir ese desagradable nudo en el estómago cada vez que lees su nombre en la lista de citados”. Hablar de “pacientes difíciles” es otorgarles una etiqueta que atribuye toda la responsabilidad al paciente o familiar por ser quien es, sin tener en cuenta que las relaciones se construyen entre dos o más partes y nosotros tomamos parte activa. ¿Qué podemos hacer? Trabajaremos con las variables que dependen de nosotros (profesional):

- Adoptar una actitud evaluativa más que una actitud defensiva.
- Aceptar los sentimientos y emociones que tenemos ante el paciente.
- Puesta en marcha de nuestras mejores habilidades comunicativas.
- Pensar que no es posible el tener una relación perfecta.
- No contagiarse de la emoción del otro.
- Practicar la escucha activa.
- Empatizar y mostrar el deseo de resolver la situación

3.6. Cómo afrontar las situaciones difíciles

- Conservar la calma. Responder en lugar de reaccionar. Reaccionar es contagiarse de las emociones del otro. Responder, en cambio significa comportarse de forma reflexiva.
- Escucha activamente y no ofrezcas resistencia. Si te presentas ante la otra persona como muro, probablemente lo que consigas es que arremeta con más fuerza.
- Utiliza los mensajes yo.
- Técnicas específicas de comunicación asertiva:
 - Disco rayado. Repetir el propio punto de vista una y otra vez, con tranquilidad, sin entrar en las provocaciones que pueda hacer el otro. “Entiendo que esté preocupada por la fiebre, pero no está indicado en este momento un antibiótico”; “comprendo que le preocupe que tenga fiebre, pero yo no veo necesario en este momento darle un antibiótico”.
 - Banco de niebla. Dar la razón al otro en lo que consideremos puede haber de cierto en sus críticas, pero negándonos a entrar en mayores discusiones; así aparentamos ceder el terreno, sin cederlo realmente, pues dejamos claro que no vamos a cambiar de postura. “Cada vez que vengo por la tarde tengo que esperar un montón; tiene razón, es posible que tenga que variar mi agenda”.
 - Aserción negativa. Dejar de lado el hábito de decir “lo siento” o “perdona” que a fuerza de repetidos no significan nada y utilizar frases del tipo “ha sido una tontería por mi parte”, “no debería haber dicho/hecho”, “tienes toda la razón.”

- Aplazamiento asertivo. Consiste en aplazar la cuestión que se está discutiendo hasta un momento en que sea más propicio: “Creo que no es el momento de hablar de este tema, porque estamos muy alterados. Será mejor que lo hablemos mañana”.
- Negativa parcial. Técnica útil ante una demanda en la que estamos dispuestos a realizar una parte, pero con condiciones. Se expresa de forma que, en primer lugar, decimos lo que estamos dispuestos a hacer y luego continuar con la parte que no aceptamos: “No tengo ningún inconveniente en quedarme dos horas más pasando tu consulta, siempre que en otra ocasión lo hagamos al revés”.
- Negativa total. Formular la negativa de forma clara, sin que dé lugar a insistir, pero sin herir al interlocutor: “Por tal y tal razón, no puedo hacerle un justificante para la guardería”.
- Desarmar la ira. Con esta técnica pretendemos centrarnos en los sentimientos negativos del interlocutor ignorando el contenido de la demanda: “Me doy cuenta de que está muy enfadado por la espera. Vamos a ver qué podemos hacer”.
- Separar el problema de la persona.
- Saber hacer preguntas: a. Hacer preguntas que dirijan la negociación. Si vemos que la negociación no va en la dirección que debería, preguntar, por ejemplo: “¿Nos está llevando este plan hacia donde queríamos ir?”. b. Ante afirmaciones generales (“todos, siempre, nunca”), preguntar: “¿Todos? ¿Siempre? ¿Nunca?”. c. Ante afirmaciones rígidas (“no podré hacer eso”), preguntar, por ejemplo.: “¿Qué necesita para que eso sea posible?”

3.7. Manejo de la conducta en personas con demencia. Alteraciones de conducta: cómo se producen y cómo actuar

Uno de los problemas más frecuentes en las demencias son los denominados síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia, conocidos como (SCPD).

Esta sintomatología genera un alto grado de sufrimiento tanto para el enfermo como para su entorno, dando lugar a situaciones de difícil manejo en las que saber actuar es determinante.

A continuación, procedemos a señalar cómo responder a las alteraciones más frecuentes.

Agitación y agresividad

Se puede definir como la presencia de movimientos o comportamientos excesivos, exagerados o inadecuados a la situación, y que no son provocados por un estímulo externo. Incluiría conductas como: inquietud, movimientos repetitivos, manipulación de objetos, vestirse y desvestirse repetidamente, morder, arañar o tirar objetos.

Cómo actuar ante la agresividad y la agitación:

No gritar, sujetar, provocar ni elevar la voz.
No enfrentarse ni pedir explicaciones.
No hacer gestos bruscos ni tocarla inesperadamente o por detrás.

Postura empática, receptiva, hay que recordar siempre que la sonrisa es el amortiguador de la agresividad.
Eliminar o retirar objetos peligrosos su alcance.
Buscar el contacto visual, facilitando el acercamiento progresivo.
Retirarse fuera del alcance de sus golpes.
Desviar la atención (verbal o ambientalmente).
Anticiparse a la agresividad.
No tomarlo como algo personal.
Olvidar lo ocurrido y recordar siempre que la persona no esa cognitivamente bien.

Alucinaciones

Las alucinaciones son alteraciones de la percepción en ausencia de un estímulo. Suelen estar presentes en la demencia con cuerpos de Lewy, también en la enfermedad de Alzheimer o en las demencias frontotemporales. Las alucinaciones más comunes en personas con demencia con cuerpos de Lewy generalmente incluyen la presencia de personas o animales (en forma de bichos o insectos) dentro de su hogar. Hay principalmente alucinaciones visuales.

Evaluar déficits sensoriales, principalmente en vista y oído (descartar cataratas y glaucoma).
Revisar la farmacología (principalmente neurolépticos).
Buscar el desencadenante: cómo, cuándo, dónde y por qué se produce.
Nunca negarle la alucinación. Hay que recordar que para la persona es real.
Tranquilizarla y acercarse despacio, siempre dentro de su campo visual, identificándose y diciéndole en todo momento quiénes somos.
Puede intentar distraerle mostrándole algo que le guste.
Si la alucinación no es peligrosa, dejar a la persona tranquila.

Ideas delirantes

Los pacientes con demencia a menudo tienen ideas fijas de carácter delirante, que no pueden, por tanto, modificarse con el razonamiento lógico. Las más frecuentes son las ideas de robo (que aparecen como un intento de explicación a la pérdida de objetos en la fase inicial y moderada de la demencia) y las ideas persecutorias o paranoicas, que le pueden llevar a huir sin sentido o a rechazar la alimentación por miedo a ser envenenados.

Facilitar la ubicación en el espacio conocido y familiar.
Buscar el desencadenante: analizar por qué, el momento antes y después del delirio.
Nunca seguirle a la persona la corriente ni discutir con ellos sobre la veracidad de este hecho.
Mantener conversación con la persona y reforzar las ideas coherentes, premiándolas por ello.
Desviar la atención a actividades o cosas agradables, que se sepan que son del agrado de la persona con el fin de desviar la atención.
No dejar a la persona sola.
Se debe intentar orientarla con tranquilidad.
Explicarle lo que ve o escucha. Si no lo entiende, repetir información.
Evitar hablar bajito en su presencia.

Insomnio

Los problemas de sueño están presentes en las demencias, son muy habituales en la enfermedad de Alzheimer (como consecuencia de la desorientación temporoespacial), en las demencias vasculares (cambios de ritmo sueño vigilia) y en las demencias por cuerpos de Lewy (por alteraciones en la fase REM). Generan importantes problemas conductuales y alteran el descanso de las personas cuidadoras.

Crear una rutina de horarios de dormir. Programar el sueño.
Evitar las cabezadas diurnas.
Realizar actividad física durante el día, de tal manera que llegue cansada a la hora de dormir.
Evitar cenas excesivas o dejarla con hambre; acostumbrar a la rutina de tomarse un vaso de leche tibia ayuda a dormir.
Evitar líquidos excesivos antes de dormir.
Ir al servicio antes de acostarse.
Temperatura de la habitación adecuada.
Dormitorio tranquilo, si es posible lejos de otras zonas de la residencia donde se produzca mayor ruido ambiental.
Si se levanta, acompañamiento para dormir, tranquilizarla y orientarla.

Desinhibición

Principalmente presente en las demencias frontotemporales. Muchos pacientes presentan conductas inadecuadas en el aspecto sexual o conductual (conductas impulsivas) que pueden desembocar en fuertes conductas agresivas.

No reaccionar de forma alarmante ni castigar a la persona ante un problema de este tipo.
Desvío de atención.
Ayudarla a vestirse llevándole a un lugar tranquilo y adecuado.
Adaptar y modificar las ropas con botones especiales para que no se la quite con facilidad.
Recordar que cuando hay problemas de masturbación el paciente solo hace lo que le hace sentirse bien y no tiene culpa de ello.

Vagabundeo:

También conocido como deambulación errante, la persona con demencia puede caminar largas horas sin sentido por diferentes lugares, con el peligro que puede conllevar, principalmente en forma de caídas. En ocasiones la deambulación llega hasta el extremo del agotamiento.

Eliminar barreras arquitectónicas que impidan el vagabundeo, como sillas o muebles en los pasillos, que puedan provocar caídas.
Rodear los nuevos ambientes con objetos familiares.
Buscar la raíz de la conducta, la hora de mayor incidencia, la causa y tratarla.
Pasear con la persona e intentar desviar la atención a otra tarea gratificante o provechosa de forma serena.
Hablar con ella, intentar calmarla, evitando una reacción catastrófica tales como un grito.
No obligarla a sentarse. Se volverá a levantar.
Dejarla andar. Al tener una mayor actividad física, dormirá mejor.
Señal de aburrimiento, intentar aumentar su nivel de actividad física y mental.

4. TÉCNICAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y HABILIDADES SOCIALES

Habilidad para emitir libre información

Consiste en facilitar información adicional a la directamente planteada en la pregunta, referida normalmente a aspectos de índole personal (nuestras opiniones, ideas, actividades, etc.). En ocasiones es una especie de invitación para hablar sobre aquello que la persona piensa que es apropiado. Esta habilidad cumple dos funciones principales: por una parte, facilita un tema de

conversación y por la otra estimula a los demás a hablar de sí mismos, lo que nos permitirá manifestar interés por cosas que son importantes para ellos.

Por tanto, se trata de ofrecer información personal suficiente durante la conversación. También se pueden hacer preguntas abiertas o comentarios sobre la información facilitada, sin olvidar que también aportamos muchos datos al interlocutor con nuestra forma de vestir, expresión facial, la postura que adoptamos durante la conversación, el lenguaje que empleamos, etc.

Por ejemplo, ante la pregunta: «Hola, ¿cómo estás?», podemos contestar «Bien» o «Bien, acabo de terminar un trabajo y ahora por fin estoy tranquilo». Esta segunda respuesta dará pie al interlocutor a preguntar por el tema del trabajo, el motivo de este, etc. facilitando así la conversación.

Habilidad para hacer autorrevelaciones

Como su propio nombre indica, se trata de verbalizaciones en las que la persona revela información personal sobre ella misma. Su función es facilitar a la otra información sobre nosotros mismos que no se podría conocer de otra forma, o sobre nuestros pensamientos, sentimientos y reacciones ante la información que nos llega de los demás.

Facilita que la comunicación se realice de forma bidireccional, lo que es fundamental para que no se nos interprete como curiosos sobre temas ajenos sin compartir los propios. Para ello son útiles las oraciones en primera persona como, por ejemplo: «Sobre ese tema, yo pienso...»; «Lo que a mí me apetece es poder...»; «Me gustaría...».

Las autorrevelaciones son fundamentales para lograr una mayor intimidad o amistad con una persona, pero no hay que hacerlo de un modo apresurado. Resulta igualmente incómodo, establecer una relación con una persona que no revela datos personales, de modo que las conversaciones se mantienen siempre en un nivel superficial, sin avanzar en la intimidad, como hacerlo con alguien que revela información muy personal demasiado pronto. Por este motivo, la autorrevelación debería ser simétrica, es decir, que las dos personas revelen información, más o menos, al mismo ritmo.

Habilidad para formular una crítica.

Antes de formular una crítica hay que tener en cuenta una serie de componentes previos, como elegir el momento y el lugar adecuado. Se trata de seleccionar una situación en la que nuestro interlocutor no esté alterado y se encuentre disponible. También debemos evitar formular críticas en estados de tensión o de enfado con la otra persona, pues de esta forma nuestro comportamiento sería agresivo y no asertivo. También hay que tener en cuenta no esperar mucho tiempo desde que se produjo la conducta objeto de crítica y sólo hacer una crítica cada vez. Uno de los aspectos más importantes en la formulación de una crítica es describir operativamente el comportamiento objeto de crítica, pero sin juzgarlo y sin generalizarlo a otras situaciones.

Los pasos para formular asertivamente una crítica son los siguientes:

1. Describir la situación que resulta molesta o incómoda y que se pretende cambiar con la realización de esa crítica. En este sentido, es importante que se haga referencia a comportamientos observables («Cuando tú...») y no a deseos o intenciones supuestos por nosotros («Sé que te gustaría...»; «Lo has hecho adrede...»).
2. Expresar los sentimientos personales que la realización de esa conducta provoca en nosotros («Yo me siento...»).

3. Posteriormente, se sugieren los cambios que se consideran necesarios de cara a que no nos incomode la conducta del compañero, planteándole las alternativas u opciones a la misma («Me gustaría que...»).

Veamos un ejemplo:

“Pedro, quiero comentarte algo sobre tu trabajo. Cada vez que entras al almacén para recoger la medicación de un paciente, dejas todos los envases encima de la mesa y no vuelves a colocar las cajas donde estaban. Cuando después entro yo me siento enfadada porque lo veo todo desorganizando y me cuesta mucho encontrar lo que busco. Por eso me gustaría que lo dejaras todo ordenado cuando acabes de recoger lo que buscas. Té agradezco que me hayas escuchado porque este tema es importante para mí y creo que lo podemos solucionar fácilmente”.

A partir de esta formulación general, podemos encontrar variaciones en función del objetivo de la interacción, según la prioridad sea informar o cuidar la relación. También se puede formular la crítica para pedir un cambio de conducta, pero esto lo veremos en el próximo apartado.

- a) Si el objetivo es informar al otro del comportamiento objeto de la crítica, usaremos expresiones del tipo «Cuando tú...», y expresaremos nuestro sentimiento en primera persona (Yo me siento...). Por ejemplo:

“... cuando bromeas sobre mis despistes delante de tus amigos [comportamiento objetivo] tus gracias me hacen sentir estúpido [expresión de sentimientos]”.

- b) Si el objetivo prioritario de la crítica es que no se deteriore la relación, empezaremos la crítica expresando algo positivo del comportamiento de la otra persona (Me gusta mucho que...), a continuación, expresamos entendimiento (Entiendo que a ti...) y finalmente aceptamos una parte de responsabilidad (Tal vez yo...).

“Me gusta mucho que estés tan motivado por el trabajo. Entiendo que a veces te puedas implicar personalmente con alguna familia, pero creo que eso es un error y no se puede llamar a casa del paciente para ver cómo evoluciona. Entiendo que al principio te reforzaba el que trataras a los pacientes de forma personal, pero te vas a resentir mucho si continuas con esta tónica”.

Tras la crítica, no debemos olvidar reforzar cualquier comportamiento positivo del otro del que se haya observado, aunque no se haya conseguido un cambio (Me alegro de que hayamos quedado; Te agradezco de que no te hayas enfadado).

Habilidad para solicitar cambios en el comportamiento o la realización de tareas

Para realizar este tipo de comunicaciones, resulta muy útil emplear una estructura de “bocadillo”, es decir, formulamos el comentario negativo entre dos comentarios positivos, de modo que a nuestro interlocutor no le quede mal sabor de boca. Para ello, comenzamos por hacer referencia a un comportamiento positivo, halagando al sujeto por la realización de este y después introducimos la propuesta de cambio, crítica o sugerencia. Para terminar, aludimos a otro comportamiento adecuado o al mismo al que hicimos referencia al principio.

Por ejemplo:

“Se nota que has trabajado el tema, sin embargo, creo que deberías reforzar la práctica, aunque desde luego tus avances con notables”

“Me resulta agradable trabajar contigo, pero si fueras más ordenado creo que seríamos más eficaces”.

“Llevas dos días llegando tarde y me tengo que quedar para poder explicarte cómo llevamos el trabajo. Eso me molesta mucho, además luego tengo que irme corriendo para poder llegar a tiempo a recoger a mi hija. Me disgusta ir tan estresada. Té pido que a partir de ahora seas puntual”

Habilidad para expresar opiniones o criterios distintos a los de otro miembro del grupo

Esta habilidad se basa en el derecho personal que tenemos todos a mantener las opiniones propias, a cambiar de parecer si lo consideramos conveniente y a que las otras personas respeten nuestras opiniones.

Cuando queremos expresar opiniones contrarias a las manifestadas por otros miembros del grupo, haciéndolo de manera asertiva, una fórmula adecuada puede ser dar inicialmente a la persona parte de razón sobre la opinión expresada, para a continuación dar nuestra opinión. Resultan muy útiles frases del tipo: “No dudo de que tendrás razones suficientes para, ...pero...”; “Ya sé que.... no obstante, y a pesar de todo...”; “Es cierto que..., a pesar de todo sigo opinando que...”; “Es verdad lo que dices... pero aun así deseo...”.

Por ejemplo:

“Ya sé que en el hospital en el que trabajabas antes este procedimiento se hacía de manera distinta, pero aun así debes seguir los protocolos que tenemos establecidos en este centro”.

“Entiendo que podáis pensar esto de María, con las experiencias que habéis tenido con ella. No obstante, creo que debemos invitarla a la cena para que no se sienta relegada”.

Si al insistir en nuestra opinión, recibimos críticas de nuestros compañeros podemos aceptar si consideremos que están en lo cierto, o bien, volver a insistir en nuestra opinión si pensamos que tenemos razón (“Es posible lo que dices, pero a mí me cuesta creer que cometa errores intencionadamente”).

Habilidad para pedir que el otro confirme o exprese desacuerdo

Se utiliza para favorecer la expresión de acuerdo o desacuerdo con cualquier argumento o situación, o bien con la intención de conocer el posicionamiento de un individuo frente a una determinada situación. Para ello, debemos plantear una pregunta de manera que en su respuesta nuestro interlocutor tuviera que decantarse por una de las alternativas.

Algunas formas de plantear estas preguntas serían:

- “¿Es correcto suponer que ...?”
- “¿Estoy en lo cierto y lo que dices es que...?”
- “¿Me equivoco al pensar que ...?”

Habilidad para hacer preguntas

Esta habilidad se utiliza con diversas finalidades: recoger información, mantener conversaciones, generar dudas o invitar a la reflexión a nuestro interlocutor. Se pueden hacer dos tipos de preguntas:

1. Las preguntas abiertas son exploratorias y animan a la persona a pensar sobre sus sentimientos y pensamientos. Permiten al interlocutor contestar con amplitud y sinceridad y continuar reflexionando sobre el contenido del mensaje que nos transmite. Pero su característica fundamental es que en su formulación no orienta hacia la respuesta y que habitualmente se responden con más de una o dos palabras. Por todo ello permiten mantener conversaciones durante un tiempo más prolongado.

Ejemplo de preguntas abiertas serían: *“¿Cómo lo has hecho?, ¿Cómo está evolucionando el paciente X?, ¿Qué quieres decir con eso?, ¿Cómo te sientes ahora?, ¿Qué piensas de su actitud?”*

2. Las preguntas cerradas se hacen para obtener información específica y tienen una contestación directa o corta, seleccionada a partir de un número limitado de respuestas. Por tanto, su principal característica es que obligan a respuestas muy restringidas y concretas (por ejemplo, sí, no).

Ejemplos de preguntas concretas son: *“¿Ha comido ya el paciente X?, ¿Trabajas el domingo?”*

Para mejorar la comunicación es necesario aumentar el número de las abiertas. Así, en lugar de *“¿Ha pasado bien la noche?”* podemos preguntar *“¿Cómo ha pasado la noche?”* y en lugar de *“¿se estaba medicando en casa?”* podemos preguntar *“¿qué medicación estaba tomando en su casa?”*. Sin embargo, en ocasiones la necesidad de concretar algo hace necesarias las preguntas cerradas. Por ejemplo: *“¿es diabético?, ¿padece hipertensión?, ¿le has cambiado ya el suero?”*.

Habilidad para hacer elogios

Los elogios resaltan aquellas características que consideramos positivas de una persona. Si comunicamos al otro los aspectos que más nos agradan de ella o lo que consideramos positivo, nos ayudará a hacer más agradable y mejorará nuestra relación con ella. Además, el hacer elogios une a las personas, tienden a ser recíprocos, y permite a las personas saber qué nos gusta de ellos con lo que aumenta la probabilidad de que lo repitan.

Al emitir un elogio debemos tener en cuenta una serie de aspectos:

- a) Ha de ser justificado y sincero, pues en caso contrario la otra persona lo notará.
- b) Debe ser personalizado, es decir, destacando las particularidades de la persona a la que va dirigido y adaptado a la situación concreta en la que nos encontramos. En este sentido, repetir el mismo elogio a nuestro interlocutor o reforzar el mismo aspecto en todos los sujetos resta credibilidad al mensaje.
- c) Finalmente, ha de ser lo más específico posible, describiendo la conducta de la persona antes que utilizar un calificativo general. Por ejemplo, es mejor decir «me has explicado muy claramente el problema» antes que decir «eres muy inteligente».

En general, los pasos a seguir al realizar un elogio son los siguientes:

1. Expresión de afecto y elogio (siempre en primera persona): «Pienso que eres un buen compañero»; «Creo que eres estupendo»
2. Expresión de sentimientos positivos: «Me gusta cómo atiendes a los pacientes»; «Me siento muy cómoda cuando me comparto la guardia contigo».
3. Especificar los aspectos positivos o gratificantes de la conducta del otro de forma clara y concreta: «Tu forma de escucharme»; «cuando explicas al paciente cómo ha de seguir el tratamiento».
4. Especificar las situaciones de una forma clara y concisa, por ejemplo «cómo me ayudas cuando intento aprender cosas nuevas».
5. Ofrecer una conducta positiva recíproca: «Si alguna vez necesitas algo dímelo»; «Venga te invito a un café».

Otra forma de elogio más sutil, pero que resulta muy agradecida, es repetir el nombre de la persona con al que hablamos a lo largo de la conversación: “Muy bien, Luis”, “Estamos de acuerdo, Pedro”.

4.1. Autorregulación en la intervención en crisis

La primera ayuda psicológica ha de ser prestada por los profesionales que realicen la primera asistencia, entre ellos los profesionales sanitarios que le atienden o que les comunican la mala noticia. Los objetivos de la intervención en crisis siguen cuatro etapas:

1. **Etapasomática:** se dirige a contribuir a la supervivencia física.
2. **Etapas afectiva:** su objetivo es identificar y expresar los sentimientos involucrados en la crisis.
3. **Etapas cognitiva:** su finalidad es que la persona obtenga el dominio cognitivo con el fin de que comprenda la situación.
4. **Etapas conductual/interpersonal:** en esta última fase se persigue que la persona genere nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales con el fin de que se adapte a la situación.

Así pues, en la intervención en crisis se asegura primero la supervivencia física de la persona, para ir avanzando en las distintas etapas hasta alcanzar la adaptación a la nueva situación tras la crisis.

La primera ayuda psicológica que deberían prestar, en otros, los profesionales de enfermería se plantean con un objetivo central: que la persona en crisis sea capaz de tomar decisiones. Todas las situaciones de crisis se caracterizan por un trastorno de las habilidades para la solución de problemas. Para la persona en crisis lo esencial del problema es que él o ella se siente incapaz de hacer frente a las circunstancias abrumadoras del momento. En este sentido, una ayuda bien dispensada puede ayudar a la persona a que tome las medidas concretas que le permitan el manejo de los propios sentimientos y la toma de decisiones.

Los conceptos básicos de la intervención en crisis son los siguientes:

1. La capacidad de afrontamiento de los afectados no funciona bien por sobrecarga.
2. La ayuda rápida y específica puede colaborar a equilibrar de nuevo el funcionamiento.
3. Sólo los asuntos que uno mismo no puede manejar pueden ser manejados por otros.
4. La ayuda ofrecida debe ser coherente con la individualidad de la persona.
5. Se debe suprimir la ayuda tan pronto como sea posible.

Esta ayuda se ha de prestar lo antes posible, de modo que reduzcamos el tiempo que la persona en crisis se encuentre sola. Se trata de que reaccione cuanto antes a la ayuda prestada. Otro aspecto importante es que cuando la persona de enfermería intervenga, lo haga convencida de que con su labor conseguirá ayudar a la persona a reducir el impacto de la situación. De este modo, transmitirá seguridad y confianza a la víctima. Esta ayuda se ha de realizar en un lugar discreto, cercano y, siempre que sea posible, fuera del alcance visual del lugar donde se han producido los hechos para evitar que pueda producir rechazo o temor en la persona afectada.

Comunicación efectiva en crisis

La intervención en crisis es un proceso de ayuda dirigido a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de resultar dañada física y emocionalmente se reduzca y la posibilidad de crecimiento se incremente. Este proceso se divide en dos partes: primera ayuda psicológica y terapia en crisis.

El objetivo de esta primera ayuda es atender al trastorno emocional que sufre la persona, así como a su conducta desajustada al lugar y al momento.

La intervención en crisis consta de cinco pasos:

1. Contacto psicológico.
2. Examinar las dimensiones del problema.
3. Examinar las posibles soluciones.
4. Ayudar a adoptar soluciones concretas.
5. Seguimiento.

Fase I. Contacto psicológico

En esta fase debemos intentar que la persona en crisis se sienta escuchada, comprendida y apoyada. Otros objetivos de este primer momento son reducir los problemas emocionales y favorecer la toma de decisiones

Para conseguir estos objetivos, se plantean las siguientes tareas:

- Invitar a la persona a hablar.
- Estar atento a hechos y sentimientos.
- Resumir hechos y sentimientos.
- Empatía y escucha activa.
- Autorrevelaciones.
- Expresiones directas e indirectas de interés por su estado y sus problemas.
- Contacto físico.
- Aceptación y ayuda incondicional.
- Comunicar aceptación.

Asimismo, en esta primera fase de la ayuda, existen una serie de errores que se deben evitar por parte del sanitario que presta esta atención. Se trata de contar un hecho personal o del que tengamos noticia y que se considera similar al que está viviendo la persona en crisis. También hay que evitar juzgar el

comportamiento de la persona, tomar partido por una de las partes (si es el caso) o ignorar hechos o sentimientos expresados por el afectado.

Por ejemplo:

“Es que a quién se le ocurre ir sola a esas horas de la noche”.

“¿No crees que les has provocado? ¡Qué esperabas!”.

“Mira, eso que dices que sientes vergüenza por lo que ha pasado es una tontería”.

En el caso de que sea necesario, en esta primera etapa se ofrecerá ayuda instrumental, como seguridad física, asistencia sanitaria, abrigo, etc.

Fase II. Examinar la dimensión del problema

Este segundo momento se centra en conocer las necesidades inmediatas y posteriores de la persona en crisis. En ocasiones pueden ser complejas, pero otras veces puede ser muy sencillo, como avisar a un familiar. Así pues, el objetivo fundamental de la segunda fase es conocer los problemas de la persona afectadas que deben tratarse inmediatamente y los que se pueden posponer, debido a la imposibilidad de tratarlos todos al mismo tiempo.

¿Cómo se pueden alcanzar estos objetivos?

- Realizando preguntas abiertas sobre el suceso precipitante.
- Realizando preguntas abiertas sobre cuáles son los problemas inmediatos, de qué miembros o amigos se puede disponer para ayudar, qué pensamientos tienen en esos momentos en relación con el suceso crítico y a los problemas derivados de éste.
- Realizar preguntas abiertas sobre cuáles son las necesidades, preocupaciones y problemas inmediatos y a corto plazo. En este momento de la ayuda, el sanitario ha de evitar las abstracciones continuas e intentará que el problema se describa de forma concreta y operativa. También hay que estar muy atento ante los posibles signos de peligro por parte del paciente, como amenazas contra sí mismo o contra los demás.

Fase III. Examinar las posibles soluciones

Una vez que hemos identificado qué problemas tiene planteados la persona en crisis, se trata de colaborar en encontrar posibles soluciones a las necesidades inmediatas o posteriores.

Para ello, nuestra comunicación debe centrarse en:

- Preguntar lo que se ha intentado hasta el momento.
- Tratar de analizar las ventajas e inconvenientes de las soluciones que ha propuesto la persona. Es importante no dejar ningún obstáculo de cada solución sin analizar.
- Si se considera conveniente, aportar nuevas soluciones, por ejemplo, una nueva conducta del afectado, la redefinición del problema, pedir ayuda externa o realizar un cambio de ambiente.

En esta fase es muy común que el afectado muestre una visión de túnel, es decir, una percepción muy negativa de la situación en la que se siente incapaz de encontrar solución alguna o un resquicio de esperanza. Se ha de transmitir a la persona en todo momento, sensación de control y de capacidad para

hacer frente a la situación crítica. Por ello, debemos evitar ser tan directivos que la persona tenga la sensación de que todas las soluciones las ha aportado el sanitario.

Fase IV. Ayudar a la toma de decisiones

Una vez que se han identificado los problemas y las posibles soluciones, se trata de decidir qué opción se selecciona, entre las propuestas. En general, se ha de tener en cuenta que se no se trata de decidirse por la solución ideal sino por la que resulte más factible, es decir, por la mejor entre las soluciones disponibles.

Por tanto, los objetivos de esta fase son: por una parte, implementar soluciones inmediatas y concretas y, en segundo lugar, negociar aplazamientos concretos, por ejemplo, de hora, de lugar, o de personas, si es que es necesario.

Las tareas que ayudan a conseguir estos objetivos son los siguientes:

- Si la persona es capaz de actuar, se ha de incitarla a hacerlo a través de la escucha activa y una actitud facilitadora.
- Si la persona no es capaz de actuar, se ha de ser directivo en lo relacionado con la decisión a tomar. Para ello, resulta muy útil emplear verbalizaciones del tipo “puedo actuar en su beneficio”.
- Si se considera necesario, se puede posponer la toma de decisiones. En este caso se ha de señalar la hora y lugar, así como dar facilidades para que se produzca el encuentro.

Errores comunes se refieren a intentar resolverlo todo de manera inmediata y a tomar decisiones sobre acciones a largo plazo. El profesional debe evitar que la persona se muestre tímida o que evite aceptar decisiones cuando sea necesario.

En este punto el personal de enfermería puede adoptar dos actitudes diferentes:

1. Puede mostrar una actitud facilitadora, en el caso en que el afectado tenga capacidad para decidir y actuar. En este caso, se trata de colaborar con él para favorecer la toma de decisiones.
2. También se puede adoptar una actitud directiva, pero sólo en el caso de que la persona no se muestre capacitada para hacerlo, por el estado emocional en el que se encuentra, o por que exista un riesgo inminente que no admite espera.

Fase V. Seguimiento

Finalmente, se plantea una última fase de seguimiento, que permita al profesional cómo ha evolucionado la situación. A pesar de que sería deseable, resulta muy complejo llevarla a cabo en situaciones de atención urgente, lo que provoca que no se realice en la mayoría de las ocasiones.

En el caso de que hayan acudido los familiares, resulta muy útil detectar al líder familiar para que canalice información o decisiones, en el caso de que tenga la serenidad necesaria para ello. Se debe facilitar información acerca de la persona afectada, por ejemplo, informar de cómo se encuentra, si es necesario realizar gestiones posteriores, etc.

4.2. Técnicas de regulación de emociones

Técnica n.º 1: Respiración profunda

Una de las técnicas de control emocional que es muy fácil de aplicar y, además, resulta muy útil para controlar las reacciones fisiológicas antes, durante y después de enfrentarse a las situaciones emocionalmente intensas. Se realiza de la siguiente manera:

1. Inspira profundamente mientras cuentas mentalmente hasta 4.
2. Mantén la respiración mientras cuentas mentalmente hasta 4.
3. Suelta el aire mientras cuentas mentalmente hasta 8.
4. Repite el proceso anterior.

En definitiva, se trata de **hacer las distintas fases de la respiración de forma lenta** y un poco más intensa de lo normal, pero sin llegar a tener que forzarla en ningún momento. Para comprobar que respiras correctamente, puedes poner una mano en el pecho y otra en el abdomen. Estarás haciendo correctamente la respiración cuando sólo se te mueva la mano del abdomen al respirar. Algunos le llaman también respiración abdominal.

Técnica n.º 2: Detención del pensamiento

Si hablamos de técnicas para controlar las emociones, esta puede utilizarse también antes, durante o después de la situación que nos causa problemas. Concretamente, se centra en el **control del pensamiento**. Para ponerla en práctica debes seguir los siguientes pasos:

1. Cuando te empieces a encontrar incómodo/a, nervioso/a o alterado/a, préstale atención al tipo de pensamientos que estás teniendo, e identifica todos aquellos con connotaciones negativas (centrados en el fracaso, el odio hacia otras personas, la culpabilización, etc.).
2. Di para ti mismo/a “¡Basta!”.
3. Sustituye esos pensamientos por otros más positivos.

El problema de esta técnica es que se necesita cierta práctica para identificar los pensamientos negativos, así como para darles la vuelta y convertirlos en positivos.

Técnica n.º 3: Relajación muscular

Esta técnica de autorregulación emocional también sirve para aplicar antes, durante y después de la situación, pero para su empleo eficaz **requiere entrenamiento previo**. Si quieres ponerla en práctica, sigue los siguientes pasos:

1. Siéntate tranquilamente en una posición cómoda. Cierra los ojos.
2. Relaja lentamente todos los músculos de tu cuerpo, empezando con los dedos de los pies y relajando luego el resto del cuerpo hasta llegar a los músculos del cuello y la cabeza.
3. Una vez que hayas relajado todos los músculos de tu cuerpo, imagínate en un lugar pacífico y relajante, por ejemplo, tumbado en una playa. Cualquiera que sea el lugar que elijas, imagínate totalmente relajado y despreocupado.

4. Imagínate en ese lugar lo más claramente posible.

Practica este ejercicio tan a menudo como sea posible, al menos una vez al día durante unos 10 minutos en cada ocasión. Si te ha convencido la utilidad del ejercicio, recuerda que debes practicarlo para llegar a automatizar el proceso y conseguir relajarte en unos pocos segundos.

Técnica n.º 4: Ensayo mental

Otra de las técnicas de control emocional pensada para emplearse **antes de afrontar situaciones** en las que no nos sentimos seguros/as. Consiste simplemente en imaginarte que estás en esa situación, por ejemplo, pidiéndole a alguien que salga contigo, y que lo estás haciendo bien, a la vez que te sientes totalmente relajado y seguro.

Debes **practicar mentalmente lo que vas a decir y hacer**. Repite esto varias veces, hasta que empieces a sentirte más relajado y seguro de ti mismo/a.

Técnica n.º 5: Regulación del pensamiento

Cuando estamos ante un momento de malestar mental y no sabemos cómo gestionar nuestras emociones, solemos experimentar algo conocido como "torrente de pensamientos". Muchas veces, estos pensamientos incontrolados son negativos y no nos dejan buscar una solución a la situación estresante.

Por esa misma razón, regular el pensamiento puede ser una eficaz técnica de control emocional. ¿Cómo podemos hacerlo? El primer paso será **detectar el torrente de pensamientos** e ir identificando qué tipo de ideas acuden a nuestra cabeza. A continuación, podemos probar de apuntarlas en una libreta si estamos solos/as para luego trabajar sobre esas afirmaciones.

Técnica n.º 6: Razonamiento lógico

Muy ligada a la anterior técnica de control emocional, el razonamiento lógico consiste en **analizar uno a uno los pensamientos que nos producen malestar emocional** y razonarlos de manera lógica. A continuación, te mostramos un ejemplo de cómo hacerlo:

1. Pensamiento: "*soy un inútil y no sirvo para nada*"
2. Emoción: tristeza y llanto
3. Razonamiento lógico: "*¿hasta qué punto es cierta esa afirmación? ¿De qué me sirve pensar eso de mí? ¿Qué puedo hacer para cambiar ese pensamiento?*"

Técnica n.º 7: Distracción

Las técnicas para el manejo de las emociones también incluyen métodos para **momentos de emergencia**, es decir, cuando no podemos controlar los sentimientos de otra forma. Cuando nos sentimos desbordados por nuestras emociones, podemos intentar distraernos con algún estímulo que nos reconforte como una canción, un libro, una película, etc.

Técnica n.º 8: Autorregulación

La autorregulación emocional es una técnica para controlar las emociones que **requiere algo de práctica**, sin embargo, es muy eficaz. Para lograr autorregularnos, debemos seguir los siguientes pasos:

1. Detectar y apuntar los momentos en los que perdemos el control.

2. Cuando estemos calmados/as, pensar en los desencadenantes de la situación (qué estábamos pensando cuando perdimos el control de nuestras emociones).
3. Identificar los pensamientos desencadenantes antes de que deriven en emociones incontrolables.
4. Aprender a regular nuestras emociones durante momentos de crisis ayudándonos de otras técnicas de relajación

Técnica n.º 9: Educación emocional

Este es uno de los ejercicios para controlar las emociones y prevenir las crisis emocionales. La educación emocional consiste en **aprender a detectar los sentimientos y valorarlos sin juzgarlos** negativamente. Todas nuestras emociones son necesarias en algún nivel y nos ayudan a adaptarnos al mundo que nos rodea.

Técnica n.º 10: Entrenamiento Asertivo

El entrenamiento asertivo es una de las técnicas de control emocional que requiere de un especialista para ser completada satisfactoriamente. Este grupo de ejercicios psicológicos tiene como objetivo **aprender a responder de forma asertiva ante un conflicto**. Algunas de las técnicas del entrenamiento asertivo son:

- Identificar las situaciones en las cuales queremos ser más asertivos.
- Describir las situaciones problemáticas.
- Escribir un guion para el cambio de nuestra conducta.
- Poner en práctica dicho guion.

Recomendaciones generales

1. **Tener claros los objetivos del acto comunicativo/entrevista clínica:** establecer y mantener la relación con el paciente, responder a sus emociones, obtener y compartir la información, explicar y planificar, tomar decisiones e implementarlas.
2. **Diseñar una estrategia de trabajo en equipo a la hora de informar al paciente y a la familia,** de manera que todos los profesionales implicados participen activamente aportando aquello que resulte pertinente para conseguir la excelencia en la relación terapéutica.
3. **Adquirir conocimientos relacionados con los elementos que intervienen en el proceso de comunicación:**
 - **Elementos conductuales:** referidos a las conductas que realizamos y que pueden ser observadas por los demás: conductas verbales (contenido de lo que decimos y tipo de lenguaje empleado), conductas no verbales (aquellas en las que no interviene la palabra, tales como la sonrisa o la mirada) y conductas paraverbales (forma de decir las cosas, incluido el volumen de la voz, la velocidad al hablar, la entonación, etc.).
 - **Elementos cognitivos:** relacionados con los pensamientos que tenemos mientras se realiza el proceso de comunicación.
 - **Elementos fisiológicos:** que tienen que ver con las reacciones de nuestro cuerpo cuando nos comunicamos.

4. **Adquirir y emplear habilidades sociales:**

- Utilizar el asertividad, especialmente para destacar lo más importante del mensaje.
- Utilizar *técnicas de autocontrol* (por ejemplo, la técnica de Jacobson) para mejorar la relajación en contextos comunicativos difíciles.
- Escucha activa: prestar atención no solo a lo que se dice sino también a cómo se dice, observando los elementos no verbales y paraverbales; demostrar interés por lo que se nos dice, realizando movimientos afirmativos de cabeza, utilizando palabras afirmativas (“sí”, “ya veo” ...); parafrasear las palabras del interlocutor, resumir y confirmar las afirmaciones que hace.

5. **Incorporar habilidades y elementos comunicativos adicionales en las situaciones de especial complejidad**, tales como dar malas noticias, afrontar la agonía y la muerte, hablar sobre sexo y/o asuntos estigmatizadores (violencia de género, abuso infantil, enfermedad mental); manejar emociones (estrés, temor, enfado, agresividad); comunicarse con personas con características especiales (diferencias transculturales, adolescentes, personas con problemas auditivos y/o visuales, etc.).

5. SENSIBILIZAR SOBRE EL ABUSO

El maltrato a personas mayores no es un tema nuevo, pero sí de interés muy reciente en nuestra sociedad. Es en 1975 cuando encontramos las primeras referencias a este tema en diversas publicaciones científicas británicas (Baker, 1975. Burston, 1977) y es a partir de ese momento que progresivamente comienza a aumentar el interés mundial por el maltrato a mayores, equiparando dicho interés a otros temas principales como el respeto a los derechos humanos o la igualdad de género. De este modo, Naciones Unidas aborda por primera vez la violencia contra las personas mayores en la **II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento** (Madrid 2002), en la que se presenta un informe al respecto. Paralelamente, la Red Internacional para la Prevención del Maltrato a las Personas Mayores (INPEA), con el apoyo de la OMS, publica el Informe “**Voces Ausentes**”, que se ha convertido en un referente para la implementación de procesos de investigación-acción en muchos países del mundo. Este documento contiene una serie de **recomendaciones** para poner en marcha una estrategia global que contribuya a dar respuesta al problema del maltrato a las personas mayores.

- Crear y difundir un método de investigación para el estudio de la violencia contra las personas mayores.
- Diseñar y validar un instrumento de detección y evaluación para profesionales sociosanitarios que trabajan en la comunidad.
- Desarrollar materiales didácticos dirigidos a los profesionales para un correcto abordaje del problema.
- Movilizar a la sociedad civil a través de campañas de sensibilización que generen cambios de actitud hacia las personas mayores y, en especial, hacia el maltrato.

Sin embargo, todavía existen pocos estudios a nivel mundial sobre la prevalencia y la recopilación y el análisis de estadísticas sobre el maltrato a personas mayores.

Los valores en alza de la sociedad actual, basados en la belleza y la eterna juventud, no benefician a las personas mayores. El **edadismo** se ha convertido en una forma más de discriminación y rechazo por el mero hecho de tener una determinada edad. Por ello el colectivo de personas mayores forma parte de los grupos de población considerados vulnerables, con un riesgo elevado de sufrir maltrato y conductas negligentes. Para el año 2060 el INE prevé que el 29,9% de la población total en España serán mayores de 65 años y el 13,1% serán mayores de 80 años y más.

El aumento de la esperanza de vida ha propiciado que el porcentaje de personas mayores que requieren de cuidados asistenciales profesionales y servicios destinados a promover su salud y bienestar sea cada vez mayor. El incremento del número de mayores que sufre algún tipo de enfermedad neurodegenerativa, las cuales limitan enormemente la capacidad para realizar de manera independiente las actividades de la vida cotidiana, unido a los profundos cambios que vienen produciéndose en las últimas décadas en las sociedades modernas, tanto a nivel social como en la estructura y roles de las familias, ha contribuido a generar situaciones de tensión y angustia importantes entre los cuidadores principales que se han visto sobrecargados al tener que compatibilizar en numerosas ocasiones los cuidados del mayor con el desarrollo de su vida familiar y laboral, cuando no, tener que tomar la difícil decisión de elegir entre las posibles opciones, los cuidados profesionales en centros residenciales, con toda la carga psicológica y emocional que ello conlleva.

Del mismo modo, los **estereotipos** que socialmente se manejan en torno a la vejez, asociándolos a criterios de enfermedad, deterioro, dependencia, falta de expectativas vitales, etc., unido a la propia percepción negativa que los mayores han desarrollado sobre su colectivo y en muchos casos sobre sí mismos, pueden estar en el fondo de la normalización con la que en algunas situaciones se han asumido los malos tratos, o mejor dicho, la **falta de concienciación** de lo que debería considerarse como conductas de malos tratos.

Todo ello ha traído consigo cambios significativos en las dinámicas familiares así como en los lazos afectivos hacia las personas mayores; en muchos casos la sociedad globalizada, el desarraigo o incluso la concepción social de que los mayores constituyen una potencial fuente generadora de situaciones-problema, al necesitar unas atenciones que actualmente el entorno familiar no siempre puede cubrir, ha incrementado el porcentaje de mayores que se encuentran en situaciones de indefensión, desamparo o de falta de apoyo social y familiar.

Por ello, resulta imprescindible que, tanto la sociedad civil, como los poderes públicos, aúnen sus esfuerzos para garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas mayores así como asegurar el mantenimiento de su calidad de vida. Ello sólo será posible si se coordinan acciones para prevenir y para actuar de manera eficaz ante el conocimiento o sospecha de una situación de maltrato hacia este sector de población.

5.1. Envejecimiento

En 1969, Butler definió el "edadismo" como la discriminación contra individuos o grupos en función de su edad.

Esta discriminación se compone de tres partes:

1. Actitudes hacia las personas mayores y el envejecimiento
2. Conducta discriminatoria
3. Prácticas institucionales que favorecen la presencia de estos estereotipos

La discriminación por edad es una consecuencia de la falta de conocimiento sobre quiénes son las personas mayores. Refleja miedo y rechazo al envejecimiento, no aceptando el envejecimiento como una etapa más, se podría decir que se utiliza como protección, como una coraza que nos protege de envejecer, y de presentar todas aquellas características negativas que se asocian al envejecimiento.

La discriminación por edad se considera la **tercera gran forma de discriminación, después del racismo y el sexismo**. Debido a la sutileza de la discriminación por edad y la falta de conciencia, puede estar presente en mayor proporción que los otros dos fenómenos, de ahí la importancia de incidir en su prevención e intervención.

En nuestra sociedad se han producido cambios de diversa índole (demográficos, sociales, etc.) y esto también ha provocado cambios en la percepción y actitudes hacia las personas mayores. Hace unos años, las personas mayores tenían un alto estatus en la sociedad y en las familias; su mayor experiencia y sabiduría fueron consideradas "un grado" y fueron muy positivas. En la actualidad, solo las características negativas se asocian con el envejecimiento, lo que también influye en la presencia de creencias, actitudes y comportamientos discriminatorios hacia las personas mayores; son considerados una carga e incluso en algunos casos ciudadanos de segunda clase.

Manifestaciones del edadismo

A nivel lingüístico

El edadismo puede manifestarse de diferentes maneras, por ejemplo, a través de la comunicación verbal o no verbal. Anteriormente se comentaba el papel del lenguaje en la infantilización. Dependiendo de cómo se utilice la comunicación esta puede proporcionar beneficios o daños. Daño y sufrimiento provoca cuando sirve para humillar, vejar, dañar la integridad de la persona. Tal y como señala Paniagua (2013) puede tener lugar la negligencia lingüística y el maltrato lingüístico.

La negligencia lingüística consiste en omisiones. Cuando no se le escucha, no se atienden sus demandas, no se le hace partícipe en conversaciones, no se le mira, no se le expresa afecto, no se le permite expresar sus sentimientos, no se creen sus argumentos habiendo competencia para ello, se le omite información sobre temas médicos, patrimoniales y/o familiares que le conciernen directamente, se toman decisiones sin consultarle, se ignora su presencia en citas médicas, notariales, bancarias.

Por otro lado, el maltrato lingüístico hace referencia a los insultos, las descalificaciones, gritos, humillaciones, amenazas, mentiras, engaños, falta de respeto, coacciones, uso de tecnicismos excesivo, expresar delante de otros temas correspondientes a su intimidad.

Muchos términos utilizados para hacer referencia al envejecimiento y/o a las personas mayores y algunos tienen connotaciones muy negativas. Por ello, es importante cambiar estos conceptos por otros más adecuados:

- En vez de "tercera edad" o "ancianos", utilizar "personas mayores".
- En vez de "asilo" o "geriátrico", utilizar "residencia para personas mayores".
- En vez de "guardería para ancianos", utilizar "centro de día para personas mayores".
- En vez de "taca-taca", utilizar "andador".
- Evitar expresiones con connotaciones paternalistas o infantilizadoras como "nuestros mayores", "abuelos", "mis chicos/as", "mis abuelillos/as", etc. Incluso aunque la intención de la utilización sea para mostrar cariño, es necesario suprimirlas ya que no son respetuosas.
- Sustituir términos globalizadores y etiquetadores. Por ejemplo, es conveniente utilizar "personas con discapacidad", en vez de "discapacitados", "personas con demencia" en vez de "dementes".
- El uso de este tipo de comunicación ridiculiza, infantiliza, despersonaliza a las personas mayores, las "cosifica" y les hace perder valor en la sociedad.

Además, esto provoca que algunos/as profesionales prefieran informar a otros sobre cuestiones referentes a la vida de la persona mayor porque consideran que no son capaces de entender, que están sordos y toman decisiones por ellos sin contar con su opinión incluso en los casos en los que la persona mayor mantiene su capacidad cognitiva y competencia intacta.

A nivel de los profesionales

El edadismo también se manifiesta en los profesionales que trabajan con personas mayores, como por ejemplo los médicos. El cupo de usuarios más frecuentes son personas de 65 años o más.

Muchos profesionales mantienen una **visión negativa y estereotipada** hacia los pacientes mayores. Por ejemplo, consideran que son depresivos, seniles, no tratables y rígidos. Esta imagen se basa en creencias como las siguientes: "el envejecimiento no se puede parar", "la enfermedad que acompaña al envejecimiento no es importante, es parte natural del proceso de envejecimiento", "envejecimiento como un estado de continuo declive físico y cognitivo", "un tratamiento tiene menos valor para una persona mayor", "los recursos sanitarios utilizados no tendrán retorno social, ya que son improductivos".

Nuevamente, estas creencias tienen consecuencia en el trato con las personas mayores. Por ejemplo, se centran en el tratamiento para el manejo de la enfermedad en lugar de fomentar la prevención y promoción de la salud; la formación en geriatría es poco valorada; aparece el **nihilismo terapéutico**.

Por ejemplo, si una persona joven presenta síntomas de malestar psicológico rápidamente es derivado a salud mental para efectuarle una evaluación adecuada, mientras que esto no es así en personas

mayores. Este nihilismo conlleva a pensar que los tratamientos psicológicos con las personas mayores no son apropiados y son ineficientes puesto que no hay posibilidad de cambio o mejoría y esto conduce a la **utilización de mayor cantidad de farmacoterapia y menor presencia de la terapia** en el tratamiento con personas mayores.

Otra de las consecuencias son las limitaciones por edad en los protocolos de tratamiento (hipertensión, cáncer); o que en determinados casos se excluya a las personas mayores de los ensayos clínicos, lo que conduce a un desconocimiento de la eficacia y tolerancia de tratamientos en este grupo de población; que se les considere una carga para el sistema sanitario; que los sistemas sanitarios no estén adaptados a las necesidades cambiantes de la población. De aquí surge la necesidad de superar todas estas barreras.

Factores que influyen en el edadismo

Existen muchos factores que influyen en la presencia del edadismo como la edad, género, nivel de conocimiento, frecuencia y tipo de contacto con las personas mayores, influencias culturales y sociales.

Género

En primer lugar, el género de una persona podría influir en cómo se percibe a las personas mayores. En general, los hombres manifiestan actitudes menos favorables hacia las personas mayores que las mujeres. Aunque no todos los estudios apoyan estos resultados. Además, los estudios realizados también indican que los hombres y mujeres mayores son percibidos de forma diferente. En algunos de ellos se encuentra que las mujeres son evaluadas de manera más negativa que los hombres y son consideradas como mayores antes que ellos. No obstante, otros estudios encuentran resultados contrarios por lo que es necesario que se realice más investigación a este respecto. En algunos casos esto puede deberse a las representaciones culturales, a las expectativas referentes al género, así como al envejecimiento.

Edad

En segundo lugar, la edad. También respecto a esta variable existen resultados contradictorios. Mientras algunos estudios sugieren que las personas mayores mantienen actitudes más positivas hacia el envejecimiento que personas más jóvenes, en otros estudios se encuentran resultados opuestos.

Nivel educativo

En tercer lugar, el nivel educativo. Los resultados de algunos estudios reflejan que el nivel de estudios es un factor protector respecto a los estereotipos negativos de manera que mientras personas con menor nivel educativo presentan con mayor frecuencia estereotipos negativos sobre la vejez, personas con mayor nivel de estudios y/o formación en gerontología los presentan en menor medida.

Conocimiento sobre el envejecimiento

Otra variable es el conocimiento sobre envejecimiento. Nuevamente se encuentran resultados ambiguos. Mientras unos estudios encuentran que la educación y la formación son la mejor estrategia para enfrentarse al edadismo, otros no logran mantener esta conclusión.

Contacto con personas mayores

También influye en el edadismo el contacto con personas mayores. La interacción con personas mayores podría tener lugar en el ámbito personal, educativo o profesional y podría haber diferentes niveles de contacto en función de la frecuencia e intimidad. Algunos investigadores señalan que el contacto ayuda a favorecer las actitudes positivas y a adquirir un conocimiento más preciso del envejecimiento. La interacción entre individuos de diferentes generaciones: jóvenes y mayores permite a las personas la oportunidad de aprender sobre el envejecimiento saludable, a enfrentarse a los estereotipos y a ver más allá de los prejuicios y vislumbrar las cualidades positivas de las personas mayores.

Sociedad y cultura

Finalmente, la sociedad y la cultura pueden influir en la percepción sobre las personas mayores. Es decir, las creencias familiares, los factores sociales y culturales, los medios de comunicación, la literatura e incluso el ambiente pueden afectar a esta percepción. Los resultados de diferentes estudios demuestran que la percepción sobre la vejez no es la misma en todas las culturas e incluso es diferente dentro de un mismo país. Por ejemplo, mientras algunas culturas, donde se priman los principios de autonomía e independencia las personas mayores tienen un estatus inferior al de otros grupos de edad, en otras culturas, donde se enfatizan los valores colectivos y la interdependencia, las personas mayores son admiradas y respetadas por presentar dos características que puede conferir la edad: la experiencia y la sabiduría.

CASO PRÁCTICO

Lee el siguiente texto y contesta las preguntas.

D. Luis Martínez, un joven de 30 años, acude a la consulta de un psicólogo clínico y tras la realización de una entrevista se encuentran los siguientes síntomas:

- Problemas de memoria: dificultades para recordar acontecimientos que acaban de tener lugar.
- Cambios bruscos de personalidad (apatía, retraimiento en la interacción social).
- Dificultad para pensar.
- Fatiga.
- Pérdida de interés por todo lo que siempre le ha interesado.
- Tristeza.
- Pérdida de la capacidad intelectual.
- Deterioro de su rutina de actividades cotidianas.
- Sentimiento de infravaloración e incapacidad personal.
- Preocupación por la muerte.
- Dificultad para tomar decisiones.

- ¿Qué diagnóstico darías en función de estas características? Depresión, ansiedad, demencia, esquizofrenia o sin tratamiento. Puedes elegir una o más opciones.
- Y, ¿qué tratamiento sería el más adecuado en esta situación? Farmacoterapia, ingreso en institución, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, no intervención.

Antes de mostrar la respuesta, reflexiona sobre otro caso,

D. Luis Martínez una persona de 75 años, acude a la consulta de un psicólogo clínico y tras la realización de una entrevista se encuentran los siguientes síntomas: Problemas de memoria: dificultades para recordar acontecimientos que acaban de tener lugar.

- Cambios bruscos de personalidad (apatía, retraimiento en la interacción social).
- Dificultad para pensar.
- Fatiga.
- Pérdida de interés por todo lo que siempre le ha interesado.
- Tristeza.
- Pérdida de la capacidad intelectual.
- Deterioro de su rutina de actividades cotidianas.
- Sentimiento de infravaloración e incapacidad personal.
- Preocupación por la muerte.
- Dificultad para tomar decisiones.

- ¿Qué diagnóstico darías en función de estas características? Depresión, ansiedad, demencia, esquizofrenia o sin tratamiento. Puedes elegir una o más opciones.
- Y, ¿qué tratamiento sería el más adecuado en esta situación? Farmacoterapia, ingreso en institución, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, no intervención.

Este caso se aplicó a estudiantes de psicología y se observaron los siguientes resultados.

- ✓ En el primer caso, persona de 30 años el diagnóstico fue depresión y el tratamiento incluía la farmacoterapia, la psicoterapia individual y la grupal.
- ✓ Mientras que, en el siguiente caso, persona de 75 años, se encontraron diversos diagnósticos como depresión, demencia y sin trastorno y el tratamiento elegido fue farmacoterapia, ingreso en institución o sin intervención.

¿Cuál es la diferencia entre los dos casos? Solo la edad, el resto de la información es el mismo y, mientras que en el caso de persona joven se toman en cuenta sus síntomas, en el caso de la persona mayor se asocian en muchos casos a su edad lo que conduce incluso a que no se diagnostique nada, ni se intervenga.

Este ejemplo clarifica adecuadamente lo comentado hasta ahora.

5.2. Psicología social maligna

Kitwood (2003) dentro del contexto de la Atención Centrada en la Persona (ACP) y vinculado a las necesidades psicológicas anteriormente descritas crea el término **Psicología Social Maligna (PSM)**. Este concepto hace referencia a conductas **automatizadas**, que tienen los equipos de trabajo en las residencias y que generan daño físico o psicológico a la persona mayor. Este maltrato se agudiza dado que el trabajador no tiene conciencia de que lo que está realizando puede suponer una **vulneración de los derechos** de la persona mayor.

Pongamos por ejemplo algo tan habitual como puede ser “mover una silla de ruedas sin avisar a quien está sentado en ella o entrar sin llamar a una habitación”. En estos aspectos es donde hay que trabajar primeramente para poder conseguir las buenas praxis en estos centros, en el cambio cultural, en la toma de conciencia de los detractores que facilitan el maltrato.

Como se ha comentado anteriormente, el personal no lo hace con voluntad expresa de perjudicar, al contrario, los episodios de PSM **nunca se cuestionan** y acaban por ser parte integrante del entramado de la cultura de la atención y, por lo tanto, de la organización. La presencia continuada de estas actitudes se basa en el hecho de que pasan de uno a otro miembro del personal de atención con mucha facilidad.

Cuando alguien empieza a trabajar en una residencia, aprende a comunicarse a partir de lo que hacen sus compañeros de trabajo. “Si el estilo de comunicación tiende a la infantilización, al paternalismo o a la desautorización, el personal recién llegado lo adoptará” (Kitwood, 2003).

El éxito de la intervención psicológica para mejorar el bienestar de las personas con demencia dependerá del proceso que se planifique para introducir cambios en la organización, es decir, en el sistema. La PSM se puede identificar, es decir, todo el personal y el equipo de trabajo de una residencia pueden crear los **indicadores** que ayuden a hacerla visible para transformarlo en un entorno favorecedor.

Se puede evidenciar empíricamente que los episodios frecuentes de psicología social maligna implican a la persona, rebajan el bienestar y aumentan el grado de malestar y en el peor de los casos, provocan una radical despersonalización de las personas con demencia y refuerzan la percepción de la sociedad de que éstas no son del todo humanas (Brooker y Surr, 2005).

Identificarlo resulta el elemento indispensable para transformarlo y conseguir que las **relaciones** sean **personalizadoras** y refuercen todo aquello que otorga estatus a la persona.

Kitwood definió estos elementos y los clasificó de la siguiente manera.

- **Intimidar.** Dentro de esta categoría se incluirían las amenazas verbales o la fuerza física pueden hacer que la persona se sienta asustada o temerosa y de esta manera poder cumplir lo ordenado por el centro donde habita.
- **Evitación.** Puede definirse como no prestar la atención requerida en el momento preciso, no cubriendo la necesidad en el aquí y en el ahora.

- **Ritmo inadecuado.** Los tiempos del centro residencial no están pensado para los residentes con demencia o con alto grado de dependencia, duchas en menos de diez minutos, acostarse a las nueve de la noche, ritmos “estándar” sin tener en cuenta lo que la persona necesita.
- **Infantilizar.** Actividades, lenguaje, tono de voz y vocabulario infantil, sin tener en cuenta la historia de vida de la persona, la infantilización facilita la despersonalización y el paternalismo en los cuidados fomentando el aumento de la dependencia en las actividades de la vida diaria.
- **Etiquetar.** Utilizar etiquetas para poder clasificar a los residentes, la primera de ellas el excesivo uso de la palabra “Enfermo” en contraposición a la palabra “Persona”. Catalogar a una persona en función a sus conductas “Agresivo, escapista, caminante...” pueden ser algunas de las etiquetas habituales para referirse a comportamientos de los residentes.
- **Desautorizar.** Eliminar mediante ordenes tajantes y cortas deseos, sueños, metas, gustos o preferencias de los residentes “No puedes comer lo que quieras, te guste o no te tienes que duchar o la terapia es obligatoria y si no quieres ir se lo dices a tu hija” son algunas de las frases con las que se desautoriza, se minusvalora a los mayores y se limitan su capacidad de decisión disminuyendo su autoconcepto.
- **Acusar.** Culpabilizar a los residentes por sus acciones, y por las repercusiones de las mismas por algo que la persona ha hecho o ha omitido. “Por tu culpa ya vamos tarde, siempre la lía el mismo, de lo que quiere bien que se entera”.
- **Manipular.** Uso excesivo de las denominadas “Mentiras piadosas”, manipular información con la finalidad de salir del paso de alguna situación comprometida “Si te comes esto te llevo el primero a dormir, mañana cuando acabe el turno vamos a coger el tren y nos vamos a ir a tu pueblo...”.
- **Invalidar.** La persona con demencia vive en su mundo, en una realidad diferente. Por ello es fundamental reconocer ese aspecto para dar sentido a su vida. “Tiene insomnio (sin preguntarse a qué hora se ha levantado)”.
- **Desempoderar.** Evitar que la persona potencie todas las capacidades que aún conserva. En este sentido sería importante un cambio en el lenguaje interno con el que nos referimos a determinados conceptos. Cambiar el “Dependiente para” por “Necesita ayuda para” ayudaría sobremanera a mejorar las capacidades del residente “No dejarles elegir la ropa, abotonarles en lugar que lo hagan ellos para ganar tiempo”
- **Imponer.** Actividades, programas que son necesarias para el centro residencial o para sus familiares, pero no para el residente, consiguiendo forzar que las personas hagan o dejen de hacer algo “Ordenar que se siente a alguien que está deambulando o que se levante a alguien que está sentado”. En muchas ocasiones la imposición procede de presiones externas al centro como las propias familias. De ahí que hay que trabajar con ellas para que puedan comprender toda esta situación y mejorar la calidad de vida de los usuarios
- **Interrumpir.** Romper el hilo de una conversación en el que se encuentra una persona, interrumpiendo su relato con la finalidad de ganar tiempo o como consecuencia de aburrimiento de escuchar a una persona. “Venga no hables de que tienes que comer, ya me lo has contado cien veces, termina ya...”
- **Cosificar.** El exceso de terminología para clasificar a los residentes en función a sus necesidades sanitarias “Diabéticos, autónomo, valido, asistido, semi asistidos, hipertensos” cosificar excederse en etiquetas facilita la despersonalización.
- **Excluir.** Aislar a la persona como consecuencia de sus conductas o capacidades, suele suceder con las personas con GDS 6/7, con las personas encamadas, con personas con fuertes

alteraciones conductuales que corre el riesgo de quedarse socialmente aisladas considerando que de esa manera se mejora las conductas grupales.

- **Burla.** Relacionarse con la persona desde el humor, la humillación o el exceso de bromas que la persona es incapaz de comprender dado que por su demencia ha perdido la capacidad como el doble sentido. Utilizar motes o apodos para referirnos a ellos picarles con una insinuación o una falta promesa, contar a los compañeros algo relacionado con la intimidad del paciente en tono burlesco.

Con todos estos puntos y situaciones se torna como fundamental poder intervenir, realizar intervenciones que se basen en el fomento de las buenas prácticas, en la toma de conciencia, en la historia de vida. Hay que concienciar, abrir la mente para poder identificar estos errores cotidianos y poder con ello dar un primer paso hacia las buenas prácticas, piedra angular para el desarrollo del buen trato en los centros residenciales.

6. NECESIDADES PSICOLÓGICAS DE LAS PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS

6.1. Necesidades psicológicas de las personas con demencia. Modelo de Kitwood

Kitwood (2003) señaló que existen cinco tipos de necesidades psicológicas básicas en las personas con demencia. Estas necesidades no son solo propias de las personas con demencia, sino que están, con mayor o menor intensidad, en todo ser humano. Sin embargo, cuando la demencia está presente, es responsabilidad de los profesionales y cuidadores informales ayudar a que sigan estando cubiertas. En caso contrario, y siguiendo el modelo de Kitwood, la persona no podrá mantener un estado de bienestar óptimo.

Cada modalidad (Brooker y Surr 2005) puede verse potenciada o contrarrestada en función de las actitudes que se fomenten (positivas o negativas) desde la institución, por ello es de vital importancia tomar conciencia de ellas y trabajar el cambio actitudinal en las personas cuidadoras.

Las cinco necesidades identificadas desde el modelo de atención centrada en la persona (ACP) son las siguientes (Brooker y Surr, 2005):

1. Confort:

Hacer que la personas se sienta confortable es mucho más que una comodidad física, para Kitwood (2003) adquiere el componente emocional, así como “la necesidad de cariño y proximidad con los demás”, de sentirse querido y apoyadas por quienes les rodean. Cubrir la necesidad de confort supone ganar en seguridad emocional y, por lo tanto, en calidad de vida.

Actitud negativa	Actitud positiva
Excluir/negar a la persona mayor la posibilidad de tener contacto físico. De atender a sus necesidades emocionales. Por ejemplo: cuando está gritando y se la deja sola o se le apaga la luz; cuando está sentada en una silla de ruedas	Estar cerca de ellos, ofrecer una sonrisa, dar una muestra de cariño, un abrazo o, sencillamente, hablar con calma y tranquilidad en los momentos en los que notamos que tienen miedo; dejar encendida una pequeña luz en

y levanta los brazos para llamar y nadie acude a la llamada	caso de alteración nocturna, acudir a tocarla y sonreír ante su llamada
---	---

2. Identidad:

Todas las personas necesitan seguir sabiendo quienes son, necesitan que en caso de amnesia como ocurre en las personas con demencia quienes están a su alrededor le ayuden a recordar, a mantener vivos los recuerdos emocionales (música, creencias, anécdotas), su vida (aficiones, trabajo, vida...). Saber datos básicos de su vida (año de nacimiento, lugar de nacimiento, lugares donde ha vivido), necesita por lo tanto que se conozca su historia de vida, saber a qué persona se está cuidando, preocuparse por su identidad personal.

Actitud negativa	Actitud positiva
Seguirle la corriente cuando nos está contando una historia de su vida; no parar el tiempo necesario cuando se le traba el lenguaje o vemos que no le salen las palabras. No prestar atención a su aspecto físico, vestirla sin priorizar sus gustos...	Tratar de escucharla; darle tiempo para que se pueda expresar; recordarle en todo momento su nombre; saber el año en el que ha nacido; ver con la persona fotos de su pasado; trabajar recuerdos comunes; vestirla acorde a su historia de vida...

3. Apego:

En la demencia son muchas las situaciones en las cuales la persona va a sentir miedo, inseguridad. Esta inseguridad puede llevar a la persona a situaciones de ansiedad y la ansiedad derivar en agitación y agresividad. Broker (2005) definió la necesidad de apego como “la necesidad de establecer un vínculo afectivo seguro con los cuidadores o, al menos, con el cuidador de referencia”. Rodear a la persona con cuidadores que conozcan su vida, su patología, las consecuencias de esas sobre su día a día minimizando situaciones de angustia y conflicto. El apego está estrechamente relacionado con la vinculación afectiva.

Actitud negativa	Actitud positiva
Cambiar de rutinas, de equipos; no dar información entre turnos de trabajo; no conocer sus gustos o aficiones; estar atendiendo a la persona con prisas, pensando en otras cosas sin la presencia emocional adecuada en ese momento.	Conocer la historia de vida de la persona, sus gustos, sus aficiones, estar presente en la relación de cuidado. Por ejemplo: a la hora de ducharla saber que para esa persona supone algo muy íntimo y personal, dado que seguramente casi nadie la ha visto desnuda.

4. Ocupación:

La ocupación podría establecerse como la necesidad de sentirse implicado en actividades de su interés personal. En este lugar el centro residencial debe de pensar si las actividades que ofrece a los residentes están basadas en su historia de vida, sus gustos y prioridades o si por el contrario están centradas en las necesidades del servicio. Si las actividades tienen el objetivo de continuar con la vida y los ritmos que las personas tenían antes de su ingreso, en su hogar, en su casa, respetando el derecho de las personas a participar o no participar de las mismas y valorando en todo momento si dichas

actividades ayudan y aportan si son terapéuticas para las mismas o son un requisito para cumplir una serie de pliegos solicitados por la administración pública de turno o incluso por la presión de las propias familias. Por ejemplo, ¿es eficaz a nivel terapéutico un grupo de estimulación cognitiva con más de ocho personas? La ocupación satisface la profunda necesidad que tenemos las personas de tener un impacto sobre el mundo y sobre los que nos rodean.

Actitud negativa	Actitud positiva
Hacer cosas por la persona que puede seguir haciendo por sí misma: abotonarla cuando puede abotonarse ella, darle de comer mientras pueda seguir llevándose la comida a la boca, obligarla a participar en actividades en las que no quiera estar.	Potenciar sus capacidades y toma de decisiones, aunque esta esté mermada por la pérdida cognitiva; pensar en qué actividades le son agradables y potenciarlas; dejar, aunque se tarde mucho más, que siga realizando aquellas cosas que todavía puede hacer.

5. Inclusión:

El ser humano necesita interaccionar con otros independientemente de su capacidad física o cognitiva, necesita formar parte de un grupo. En este sentido las personas que padecen demencia (especialmente aquellas en estadios severos) corren el riesgo de quedar socialmente aisladas. Una buena práctica en este sentido sería que el centro residencial se preguntara ¿Cuáles son los programas o actividades que tiene el centro para las personas con estadios GDS 6/7?, ¿Cuántas personas encamadas o con movilidad reducida haciendo vida cama/sillón habitan en el centro y que actividades se realizan con ellas? Desde esta dimensión no se apela únicamente a la inclusión física (“Me siento a comer junto a otros”), sino que también apelamos a la inclusión psicológica (“como con quien quiero comer, o con quien el centro necesita que coma”).

Actitud negativa	Actitud positiva
Dejarla solo o aislada; sacarla fuera de un lugar o de una actividad como castigo por un comportamiento, notar que suele estar sola y no hacer nada por evitarlo, dejarla viendo la televisión sin ninguna compañía cercana, en una silla de ruedas durante horas sin ser trasladada a un sillón más confortable	Realizar actividades conjuntas; incluirla cuando detectemos que está sola; aconsejar a la familia sobre nuevas formas de comunicación con ella, desarrollar actividades con las personas más deterioradas para que noten nuestra cercanía, acariciar y hablar con sentido, trasladar a la persona de la silla de ruedas a un lugar cómodo

Esta aportación del grupo de la Universidad de Bradford capitaneados por Kitwood supuso un antes y un después en la atención en psicogerontología.

6.2. Comportamientos que conducen al abuso de personas mayores

El daño físico o económico generado a la persona mayor, los malos tratos, puede ser consecuencia de diversas acciones u omisiones que pueden clasificarse del siguiente modo (Etxeberria, Goikoetxea, Martínez, et. Al. 2013):2

- **Obstinación en la atención**, que puede darse tanto en la valoración/diagnóstico como en la asistencia; por ejemplo, sobretratamiento medicamentoso, obstinación en la recuperación de la movilidad sin expectativas razonables de conseguirlo, etc.
- **Atención insuficiente o inapropiada** generada por una falta de atención o por una valoración equivocada o incompleta de las necesidades de la persona mayor; por ejemplo mala gestión de los gastos o pagos, sujeciones no indicadas, falta de seguimiento continuado de los tratamientos, planes e intervenciones prescritos, ausencia de atención buco-dental, alimentación insuficiente...)
- **Negligencia**, que supone cualquier acto de omisión, fallo intencional (activa) o no (pasiva), en el cumplimiento de las necesidades vitales para una persona mayor por ejemplo sujeciones no indicadas, la mala gestión de sus recursos económicos, la ausencia de valoración y errores de tratamiento de enfermedades físicas o síntomas como el dolor
- **Abandono y falta de protección** de la persona mayor en alguna de sus dimensiones o en su conjunto por parte de la persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o que posee su custodia: ausencia de plan de cuidados personalizado, abandono en un centro sanitario.
- **Engaño y manipulación** con el objeto de utilizar o instrumentalizar a la persona mayor sin su consentimiento: por ejemplo, información insuficiente o incomprensible de la gestión de los bienes y/o de la salud, engaño sobre gasto o para cambiar el testamento,
- **Amenaza** creíble a la persona mayor con el fin de lograr que realice acciones o acepte determinadas intervenciones coercitivamente; por ejemplo, amenazar con sujetarle si utiliza el teléfono o con ingresarle en un centro si no accede a firmar determinados documentos...

6.3. Protocolo en casos de maltrato a mayores

Un protocolo es un documento que reúne un conjunto de instrucciones o normas que permite a todos los profesionales trabajar de forma coordinada y en una misma dirección.

Debe servir de guía a la hora de determinar las acciones a realizar y las decisiones a tomar. En el caso que nos ocupa, se orienta a actuar con mayor celeridad y eficacia, reduciendo los daños y consecuencias, y procurando el mayor bienestar de la persona mayor que sufre maltrato.

El protocolo que aquí presentamos es una propuesta de trabajo de los diferentes ámbitos de intervención y atención a las personas mayores, para dar respuesta a aquellas situaciones de maltrato que puedan sufrir.

Los objetivos del protocolo son:

1. Detectar personas mayores en riesgo de sufrir maltrato
2. Identificar situaciones de maltrato en personas mayores.
3. Intervenir, ajustándose a las características de la persona y del caso concreto.
4. Vigilar la situación de la persona mayor.

Esto implica las siguientes acciones:

- Recoger de manera ordenada y sistemática las actuaciones a realizar en caso de maltrato a las personas mayores.
- Protocolizar el trabajo en las diferentes áreas de intervención y equipos de trabajo.
- Coordinar información entre servicios para mejorar la atención a las personas.

Este protocolo de intervención es un esquema básico de las actuaciones a realizar. Estos están relacionados entre sí y no tienen por qué seguir la dirección lineal marcada, sino que su evolución dependerá de las características de cada caso y de las necesidades urgentes a atender en cada momento.

Como punto de partida para la realización de este protocolo, nos basamos en el modelo que se muestra a continuación.

Cuando nos encontramos ante la posibilidad de encontrarnos ante una situación de maltrato en una residencia de mayores, tenemos que partir de un esquema básico, un protocolo que nos oriente hacia dónde mirar, qué observar y analizar y cómo proceder. , cómo intervenir en función de quién es el presunto abusador.

A. Prevención del abuso

Cuando hablamos de maltrato a personas mayores, la palabra clave es prevención. La prevención debe comenzar con la llamada prevención primaria, es decir, con la promoción de actitudes sociales positivas hacia todo lo relacionado con la vejez y el proceso de envejecimiento, con una modificación de los estereotipos que llevamos demasiado tiempo manejando sobre las personas mayores y que los cataloga como un grupo que necesita cuidados continuos, protección y que el declive de sus capacidades cognitivas no les permite tomar decisiones sobre su propia vida.

El grupo de personas mayores es heterogéneo. Debemos intentar mirar a cada persona mayor desde su singularidad e individualidad, evitando caer en intervenciones homogéneas, lo que contribuye a aumentar la despersonalización y no percibir a la persona mayor desde sus capacidades, y el derecho a seguir desarrollando el proyecto vital que elegir en base a sus deseos, gustos y preferencias.

Cuando hablamos de prevención primaria dentro de las residencias de mayores, debemos incluir los valores y la cultura de la propia organización y la promoción de una imagen positiva de las personas mayores, dando valor a las necesidades que presentan, pero también a sus capacidades. Las personas mayores pueden contribuir en el desarrollo de los diferentes programas que están implementando los profesionales, ya que el contenido de estos programas debe estar basado en las historias de vida de las personas a las que van dirigidos.

El siguiente nivel de prevención al que nos vamos a referir y al que también debemos prestar atención en las instituciones es la prevención secundaria, que está dirigida a la población de riesgo con la que estamos trabajando, las personas mayores del centro. Este tipo de prevención consistiría en actuar sobre los factores de riesgo que hemos identificado en el centro y que sabemos que están presentes, sin posibilidad de eliminarlos, y, al mismo tiempo, promover factores protectores hacia las personas mayores.

B. Detección de abuso

Los pocos estudios que existen sobre el maltrato a mayores indican que un porcentaje no despreciable de las situaciones de maltrato que se dan en las instituciones pasan desapercibidas para los profesionales.

La detección de una posible situación de maltrato suele darse por dos vías: bien por la denuncia de una persona mayor, que suele ser el indicador más sensible de que algo puede estar pasando y por tanto debe ser escuchada y valorada, bien por la presencia de indicadores, ya mencionados, que actúan como señales de alerta que nos avisan de que en el centro se pueden estar produciendo situaciones de maltrato.

Cualquier miembro del equipo interdisciplinario que detecte o sospeche la existencia de una situación de maltrato deberá comunicarlo al director o encargado de la residencia para iniciar la investigación correspondiente. Antes de clasificar una situación como abuso, se debe considerar la frecuencia y gravedad de las consecuencias producidas.

C. Intervención

Intervenciones que podemos implementar en este nivel de actuación son:

- **Escucha a los residentes**, cómo se sienten, cómo perciben que los cuidamos, qué tipo de actividades les gustaría realizar, etc. Para ello, podemos planificar semanalmente:
 - Talleres de apoyo emocional dentro de las terapias del centro.
 - Asamblea de reunión mensual de los vecinos, en la que se evalúan temas como los menús (calidad y cantidad), las actividades programadas, información faltante; bienvenida a nuevos residentes, viajes planificados, etc.
 - Invitar periódicamente a profesionales para que les den una charla sobre temas que elijan que les interesen, incluido el maltrato.
 - Organizar actividades intergeneracionales dentro o fuera del centro.
 - Valorar actividades de terapia animal, realidad virtual, etc.
- **Exponerles sus derechos**, las formas y medios a través de los cuales pueden expresar sus inquietudes, sus quejas y sus expectativas, de forma que podamos anticiparnos a posibles situaciones que puedan generar malestar en el centro. Para ello, podemos planificar sesiones periódicas con el terapeuta o trabajador social del centro, en las que se comentan sus necesidades y deseos.
- **Supervisar las siguientes tareas sanitarias:**
 - **Alimento:** supervisar que tomen las cantidades de ingesta necesarias, servir los alimentos a la temperatura adecuada y cuidar su presentación, elaborar dietas especiales según

- patologías, no omitir ninguna de las cuatro ingestas mínimas diarias, distribuir adecuadamente los horarios de ingesta a lo largo de la día, respetar el ritmo necesario según las necesidades de cada usuario, etc.
- **Ropa:** utilizar ropa o calzado de la talla adecuada y según la estación del año, acostar al residente sin pijama o camisón si así lo desea, etc.
 - **Higiene:** usar esponjas desechables, no usar la misma toalla o peine para varias personas, cambiar las toallas absorbentes necesarias para cada persona, no dejarlas sentadas en el inodoro por un tiempo excesivo, etc.
 - **Restricción física:** no coaccionar de forma injustificada o sin prescripción y autorización del médico y familiar respectivamente, para evitar levantarse o caerse, no coaccionar por falta de personal, llevar un registro actualizado de estas medidas.
 - **Cuidado de la salud:** informar al familiar de todos los cambios de salud o incidencias importantes (caídas, accidentes...), comprobar que lleva gafas, audífonos y prótesis dentales, proporcionar tratamiento médico programado, realizar cambios posturales programados, prestar atención al estado general física y psicológica, realizar curas con la periodicidad establecida, considerar sus opiniones si la persona mantiene capacidades conservadas.
 - **Privacidad:** saludar al entrar en la habitación, cerrar la puerta del baño cuando lo estén utilizando, permitir espacios privados para estar a solas con sus parejas, facilitar la llave del armario de la habitación, etc.
 - **Seguridad:** mantener las instalaciones en buen estado: agua, calefacción, electricidad, no bloquear las salidas de emergencia, proteger las escaleras, espacios adaptados libres de obstáculos, dejar accesibles los timbres de cama y las luces de cabecera si el residente lo solicita.
- **Sensibilizar y formar a los profesionales** del centro en temas como el envejecimiento y el maltrato, para que sean capaces de reconocer conductas de maltrato. Las residencias de mayores son contextos donde existe una gran variabilidad de profesionales que provienen de culturas y formas muy diferentes de entender el envejecimiento y las personas mayores. Asumir que las conductas abusivas son una realidad en los centros ayudará a mantener el nivel de alerta necesario entre los miembros del equipo, para que puedan realizar una detección precoz de situaciones potencialmente dañinas. Incluir en los planes anuales de formación continua otros temas para todos los profesionales, como el envejecimiento normal y patológico, para que sepan diferenciar y reconocer los signos y síntomas de los distintos tipos de demencia, síndromes geriátricos, principios bioéticos, atención centrada en la persona modelo, etc. Asimismo, proponer formación específica por departamentos.
 - Disponer de un protocolo de maltrato a disposición de los profesionales que contenga una lista de verificación de posibles situaciones de maltrato a observar.
 - **Llevar un registro de casos conflictivos** que puede ser coordinado por la psicóloga o trabajadora social del centro.

- **Programar reuniones periódicas con el equipo.** Debatir y analizar situaciones de conflicto que puedan haber surgido en el centro, ya sea con los residentes, familiares u otros profesionales.
- Contar con un **Manual de Ética y Buenas Prácticas.**
- **Promover la independencia funcional y la autodeterminación de las personas mayores** en el centro, flexibilizando el tiempo que cada uno necesita para realizar las actividades básicas de la vida diaria y permitiéndole realizar a su ritmo las tareas que todavía es capaz de hacer por sí mismo.
- Contar con un **protocolo para el manejo de alteraciones psicológicas y de conducta.**
- **Revisar periódicamente** las medidas organizativas y los planes de atención para reducir la posibilidad de situaciones potencialmente susceptibles de abuso. Es decir, revisar la distribución de residentes por ayudante, y en función del grado de dependencia de los residentes, hacer una distribución equilibrada entre los ayudantes y evitar que algunos profesionales sientan que tienen una mayor carga de trabajo.
- **Realizar entrevistas individuales periódicas a los residentes.** Conocer su grado de bienestar-malestar en el centro. Esta tarea puede ser realizada por el terapeuta, psicólogo o trabajador social. Dejar constancia en los seguimientos del residente.
- **Promover actividades de relaciones intergeneracionales** con el fin de ayudar a transmitir a las generaciones más jóvenes valores como el respeto a la dignidad y los derechos fundamentales de las personas mayores. Para ello, se pueden planificar actividades conjuntas dentro o fuera del centro con grupos de niños o jóvenes, ya sean de colegios cercanos al centro, institutos, estudiantes universitarios...
- **Trabajar con el modelo de atención integral centrado en la persona** y el trabajo basado en la asignación de profesionales de referencia para cada grupo de residentes, constituye una buena herramienta de protección frente al maltrato ya que contribuye a incrementar el sentimiento de responsabilidad e implicación de éstos hacia las personas mayores que cuidan, además de facilitar el control y la supervisión de la atención que reciben.
- Cualquier otro tipo de actuación que contribuya a mejorar la calidad de vida de las personas mayores.