

3. Utilización del ambiente como factor favorecedor de la autonomía personal, comunicación y relación social.

La persona, a lo largo de su vida, existe en múltiples contextos que constituyen el resultado de la interacción entre los aspectos ambientales (físico, social y cultural) y los temporales (edad cronológica, edad de desarrollo o estado de salud). La interacción de ambos determina su desempeño ocupacional.

En algunas ocasiones, las exigencias del entorno se sitúan por encima de la competencia de la persona, o bien el ambiente no es capaz de cubrir las necesidades personales que surgen en torno a una nueva situación; en estos casos, la adaptación se establece como herramienta imprescindible para acceder, habitar y utilizar el entorno de la manera más funcional e independiente posible.

Solo así se podrá favorecer la autonomía personal, la comunicación y la relación social de la persona que se encuentra en situación de dependencia y se conseguirá el nivel de satisfacción suficiente como para mantener o incrementar su calidad de vida.

3.1. Elementos espaciales y materiales: distribución, presentación.

Para conseguir que la institución social reúna las condiciones de seguridad y funcionalidad necesarias y que permitan a los usuarios desarrollar las actividades de su vida diaria con la máxima autonomía y confort posibles, es preciso tener en cuenta un conjunto de recomendaciones.

El profesional debe conocer, por un lado, las ayudas técnicas, y por otro, las adaptaciones arquitectónicas mínimas que existen en las instituciones.

- La zona exterior y el acceso.

La calle y la acera del entorno próximo deberán estar suficientemente iluminadas. En ellas se evitarán los obstáculos y desniveles en el pavimento.

El acceso al portal, también merece mucha atención. En él el desnivel entre la zona exterior y el portal no podrá superar los 12 cm de altura. En caso contrario, será necesaria la colocación de una rampa de acceso.

Las rampas respetarán algunas pautas, la longitud que debe quedar desde el espacio del rellano hasta la rampa, debe ser de 1,50 m de distancia mínima. La pendiente de la rampa no será superior a un 8% si no se cuenta con personal de ayuda. En rampas con esta pendiente la medida máxima de longitud será de 15 m. Si se cuenta con ayuda externa, podrá llegar hasta un 11 % y la longitud máxima a 3 m.

En cualquiera de los dos casos anteriores serán necesarios uno o dos pasamanos a ambos lados de la rampa, situados a una altura máxima de 0,90 m. El pavimento será antideslizante y habrá una limitación por bordillos de 5 cm.

El jardín deberá cumplir determinados requisitos, como que las rejillas de desagüe existentes no superen 1 cm de ancho y se coloquen perpendiculares a las zonas de paso. Las zonas ajardinadas serán limpias, sin obstáculos que interfieran la marcha.

En el ascensor la puerta tendrá una anchura superior a los 0,95 m para que permita el acceso de un usuario con silla de ruedas, y el espacio de la cabina medirá 1,10 m de ancho por un fondo de 1,40 m como mínimo. Se aconseja una barandilla de sujeción.

Además, el dispositivo de cierre de la puerta del ascensor debe permitir el paso de personas con una locomoción lenta, y disponer de un sistema que detecte la presencia del usuario para impedir el cierre. El acceso tampoco tendrá ningún tipo de desnivel.

Dentro se utilizará pavimento antideslizante y se evitarán el alfombrado o enmoquetado sin fijar. Además, el panel de control (los botones), estará colocado horizontalmente, paralelo al suelo, a una altura de 1,20 m del suelo y a unos 50 cm, como mínimo, de la puerta.

Las escaleras estarán adecuadamente iluminadas al comenzar y al finalizar. Un color diferente en la pared ayudará a distinguir la escalera a personas con déficit visual o cognitivo. Por otro lado, la pendiente será moderada e incluirá espacios intermedios de descanso. A lo largo de todo el tramo las escaleras tendrán pasamanos cilíndricos de manera continua, separados unos 4 o 5 cm de la pared y entre los 75 y los 85 cm desde el suelo de la escalera. Los bordes situados en los extremos superarán los 65 cm de distancia con respecto al primer y último escalón, y finalizarán con modificaciones de la forma cilíndrica para indicar inicio y final de la escalera. La altura (15 cm) y el ancho de los escalones (30 a 32 cm) deben permitir un uso seguro a personas con la movilidad reducida y usuarios de alguna ayuda técnica para la marcha. La utilización de bandas antideslizantes en los escalones facilitará la adhesión del paso.

- Las condiciones ambientales.

La iluminación será preferiblemente natural frente a la artificial, y se acercarán los puntos de trabajo a los de luz. No se debe utilizar luz directa o excesivamente brillante que pueda deslumbrar y favorecer las caídas.

Otras recomendaciones son iluminar las zonas oscuras, colocar los interruptores de la luz cerca de las puertas y proteger los enchufes de la luz. Se aconsejan las luces nocturnas en pasillo, dormitorio y cuarto de baño.

En cuanto a la temperatura, se recomienda utilizar un sistema de calefacción que mantenga la temperatura ambiente a unos 22°C en épocas de frío, así como un sistema de ventilación y refrigeración adecuado en épocas de excesivo calor.

- La modificación de aspectos comunes.



Los cambios afectarán a elementos del espacio institucional como el pavimento, que será de material antideslizante, sin alfombras ni moquetas que puedan suponer un obstáculo. Se evitará encerar los suelos en exceso, solo si fuese necesario y con productos antideslizantes con autoabrillantado.

Nunca se dejarán en el suelo objetos que puedan

resultar un obstáculo y fomenten caídas. Habrá que limpiar y secar humedades. Los cables de la luz deben ir adheridos a la pared para evitar que atraviesen zonas de paso.

Las puertas serán preferiblemente de bisagra (frente a las de mecanismo giratorio o de corredera). Su ancho mínimo será de unos 90 cm para permitir el acceso a usuarios de sillas de ruedas. Los tiradores se adecuarán a las necesidades de prensión manual y se podrán utilizar con una sola mano. En la parte inferior se podrá colocar una placa metálica que amortigüe los golpes de los reposapiés de la silla de ruedas.

Las ventanas deberán incorporar mecanismos de seguridad y estar situadas a una altura adecuada. El pomo o tirador se colocará según la posición de locomoción del usuario (bipedestación o silla de ruedas).

- Los espacios particulares.

En la institución, los pasillos y los distribuidores deben permitir el acceso a todas las habitaciones, su anchura estará entre 1,10 y 1,50 m (este último caso para permitir el paso de un usuario con silla de ruedas).

Se colocarán pasamanos a unos 90 cm de altura del suelo. Las luces nocturnas en estos espacios facilitarán la orientación, y se dejarán los espacios libres de muebles, cables y otros obstáculos.

En el baño, el espacio y la disposición de los sanitarios deben permitir el acceso y la manipulación de una silla de ruedas, por lo que será necesario tener en cuenta sus dimensiones y el espacio requerido para poder realizar un giro (1,10 m x 0,65 m y 1,50 m respectivamente). Se colocará material antideslizante en todas las zonas de riesgo. El plato de ducha (dimensiones recomendadas: 1,4 m x 1,4 m) y el asiento de ducha (a 55 cm del suelo y con unos 50 cm de ancho) sustituirán la bañera tradicional. En este caso, el grifo no debe superar el metro de altura en su colocación. El lavabo se situará a una altura máxima de 80 cm y se evitará la colocación de pies o pedestales que dificulten el acceso de un usuario con silla de ruedas. Los grifos serán de palanca y se identificará claramente la dirección del agua caliente y la del agua fría. Los accesorios de baño (como toallas, jabones, etc.) se colocarán a una altura comprendida entre los 0,40 m y 1,40 m en función de las necesidades individuales. Se colocarán asideros y barras de sujeción en lugares de necesidad de apoyo (ducha, taza, lavabo, etcétera). La altura de la taza oscilará entre los 40 y 55 cm según la altura del usuario. Existen elevadores de taza para incrementar su altura sin necesidad de modificar el sanitario y barras de sujeción abatibles para facilitar las transferencias. La cadena será de fácil acceso. Se evitarán los cerrojos en las puertas a no ser que se sitúen a ambos lados para abrir desde fuera en caso de accidente.

En el dormitorio la cama tendrá una altura moderada (ni alta ni baja) para evitar caídas, con colchones no depresibles, del tipo antiescaras en caso necesario. Se colocarán próximos a la cama y en lugar estable para evitar su caída todos aquellos objetos que el usuario utilice, como, por ejemplo, las gafas, el audífono, las ayudas técnicas para la marcha, la cuña o la botella de micción, etc. Es muy importante que el interruptor de la luz sea accesible desde la cama.



18. Señala qué temperatura se debe conseguir en época de frío:

- 22°C
- 30°C
- 18°C
- 45°C
- 20°C



19. Señala cuáles son las medidas correctas para la adaptación física y funcional del baño:

- Las dimensiones recomendadas del plato de ducha son:
 - a. 1,4 x 1,4m
 - b. 1 x 1m
 - c. 1 x 1,5m
- Los accesorios de baño se colocarán a una altura comprendida entre:
 - a. 0,40 y 1,40 m
 - b. 0,90 y 1,40 m

c. 1,00 y 1,10 m

- La altura de la taza oscilará entre:
 - a. 55 y 65 cm
 - b. 40 y 55 cm
 - c. 65 y 75 cm



20. Señala si son verdaderas o falsas las siguientes afirmaciones:

- Un color diferente en la pared ayudará a distinguir la escalera a personas con déficit visual o cognitivo.
- Los objetos que el usuario utilice habitualmente se colocarán lejos de la cama para evitar su caída.
- La cocina necesitará material antideslizante en las zonas de peligro.
- En la vivienda los pasillos y los distribuidores deben tener una anchura de 1,50 m para permitir el paso de una silla de ruedas.
- La iluminación será preferiblemente artificial y se alejarán los puntos de trabajo a los de luz.

3.2. Decoración de espacios.

La adaptación cognitiva del entorno, que debe seguir unas indicaciones y pautas determinadas para tener éxito, es absolutamente complementaria de lo que acabamos de ver.

El terapeuta ocupacional, que será quien acompañe al profesional de atención sociosanitaria durante este proceso, le asesorará sobre las indicaciones más adecuadas en cada caso, entre las que destacan las siguientes:

- Evitar los cambios.
Una persona con alteraciones cognitivas presenta muchas dificultades para identificar y reconocer los cambios que se puedan producir a su alrededor. Cuando estos tienen lugar, la desorientación, la confusión, la agitación y los sentimientos de inseguridad, miedo y frustración pueden aflorar fácilmente, motivo por el cual el mantenimiento de la estabilidad en el ambiente será el primer objetivo.
- Simplificar el entorno.
La carga cognitiva que tiene el entorno domiciliario, normalmente, es demasiado alta para personas con déficits en esta área. Por eso, será necesario establecer medidas que simplifiquen el ambiente y lo hagan un lugar mucho más accesible. De manera general, las adaptaciones cognitivas que se realicen deben ir dirigidas a conseguir:
 - Mantener la identidad de la persona con objetos personales y recuerdos del pasado.
 - Eliminar todos aquellos elementos de la decoración que supongan un exceso y carezcan de significado o funcionalidad.
 - Ordenar los espacios y los objetos.
- Facilitar la orientación.
Se puede facilitar la orientación personal, la orientación espacial y la orientación temporal de la persona siguiendo indicaciones específicas, como:
 - Situar relojes en lugares de acceso visual.
 - Colocar calendarios en sitios fácilmente visibles.
 - Poner objetos significativos en zonas destacadas y reconocibles de la institución.
 - Señalar direcciones con flechas indicativas.
 - Distribuir objetos y fotos familiares por la vivienda.

- Utilizar letreros, dibujos y fotos en las puertas de las estancias, los armarios y cajones.
- Situar en lugares estratégicos de la institución el programa de actividades diarias.
- Emplear diferentes colores y pavimentos para diferenciar estancias.

No hay que olvidar, en ningún caso, explicar al usuario el significado de las indicaciones y objetos, y animarle a que los utilice.

- Hacer del entorno un espacio estimulante sin sobrecargas.
La estimulación del usuario a través de la decoración de la institución es un buen sistema para fomentar las reminiscencias y la expresión verbal. Habrá que tener cuidado en la dosis de estímulos, pues un exceso puede provocar el efecto contrario y hacer del entorno un espacio complejo que requiera mayor atención y dificulte su comprensión y acceso.

Por otra parte, la utilización de colores en la decoración de espacios reporta beneficios en la salud de las personas:

- La pintura en colores suaves y diferentes en paredes, techos y suelos potencia la orientación y la percepción espacial.
- El uso del mismo color en una habitación produce sensación de inestabilidad.
- El empleo de colores llamativos o con contrastes provoca confusión.
- Los complementos, como las cortinas, dotan de colorido a la institución.

Los colores influyen en el estado de ánimo de las personas. La elección del color favorece que unos entornos sean más estimulantes o relajantes, que en la habitación haya una sensación de calidez o frialdad, o que resulte un entorno alegre o deprimente.

El profesional de atención sociosanitaria debe conocer las técnicas de cromoterapia y el tratamiento del color como recursos que reportan beneficios en la salud de la persona en situación de dependencia.

Emociones que despiertan los colores:

- Naranja: ansiedad y conflicto.
- Rojo: estimulación y excitación.
- Blanco: pureza y perfección.
- Azul: seguridad y comodidad.
- Amarillo: alegría y jovialidad.
- Negro: desánimo, depresión e infelicidad.
- Verde: esperanza, calma y felicidad.

Asimismo, los elementos que se utilizan para crear un ambiente estético reciben el nombre de elementos decorativos y son los siguientes:

- Las telas: el uso de cortinas, visillos o tapetes de diferentes texturas y colores favorece la creación de ambientes acogedores.
- Los cuadros: la decoración de las paredes con cuadros de distintos motivos proporciona un ambiente personalizado.
- Las fotografías: los recuerdos de personas o situaciones importantes en la vida del usuario se evocan a través de ellas.
- Los colores: la combinación de determinados colores en muebles, telas, pinturas o paredes proporciona ambientes fríos, cálidos o estimulantes.
- Las plantas y flores: la variedad de sus formas y colores ayuda a conseguir ambientes alegres.

- Los adornos: los jarrones, las figuras, las cajas o las velas que decoran los muebles favorecen un ambiente acogedor.
- Las luces: las luces tenues evocan ambientes relajantes mientras que las fuertes invitan a la actividad.



21. Señala si las siguientes afirmaciones son verdaderas o falsas:

- Hay que mantener la identidad de la persona con objetos personales y recuerdos.
- Es necesario mantener todos los elementos de la decoración, aunque supongan un exceso y carezcan de significado o funcionalidad.
- Es importante ordenar los espacios y los objetos.



22. Señala con qué podemos facilitar la orientación personal, espacial y temporal de la persona:

- Colocando relojes en lugares de acceso visual.
- Situando calendarios en lugares de acceso visual y objetos significativos en zonas destacadas de la institución.
- Señalando direcciones con flechas indicativas.
- Utilizando letreros, dibujos y fotos en las puertas de las estancias, los armarios y los cajones.
- Utilizando el mismo color y pavimento para las diferentes estancias.

3.3. Diseño y elaboración de materiales.

Ya hemos comentado que el empleo de ayudas visuales y la elaboración de materiales decorativos del espacio pueden mejorar la participación social de los residentes en el centro ampliando su capacidad de comunicación interpersonal.

Un apoyo visual es un código alternativo al lenguaje oral que supone una clarificación; una forma con la que podemos traducir o transformar la información verbal en información visual para facilitar la comprensión de los mensajes comunicativos. Existen diversos tipos de apoyos visuales, como la distribución ambiental, la imagen de objetos reales que informan de una actividad o las fotografías, los pictogramas y las palabras escritas.

La utilización de apoyos o ayudas visuales aumenta la independencia de las personas con dificultad en la comunicación, facilitándoles recibir información para manejarse en situaciones concretas del entorno residencial. Igualmente, favorece el proceso comunicativo y la integración social.

Además, sirven para prevenir la desorientación en el espacio y en el tiempo; por ejemplo, decorar los espacios comunes con imágenes propias de la estación del año en la que nos encontramos ayuda a que las personas se sitúen en el presente.

Estos materiales pueden ser presentados de muchas formas y en diferentes tamaños y estar reflejados en palabras escritas, pictogramas, dibujos, fotografías, señales, logotipos, etc. Lo normal es que luzcan en forma de gráficos colgados en la pared, escritos en una pizarra o fotocopiados y entregados a cada usuario. Los más utilizados en los centros son:

- Etiquetas con ilustraciones para estructurar el ambiente de la residencia; por ejemplo, una imagen de un inodoro en la puerta del cuarto de baño junto a las letras WC.
- Horarios de las actividades diarias.

- Calendarios con imágenes y fechas señaladas.
- Carteles con dibujos de las actividades de tiempo libre.
- Iconos y señales con ayudas para explicar las normas de la institución (como una señal de “prohibido” para indicar “no pasar”).
- Cuadernos de tareas, que consisten en una selección de imágenes con instrucciones concretas como ayuda para el manejo del grupo en los talleres o para el desarrollo de las actividades.
- Tablón de anuncios.
- Mapas.

Por otra parte, el diseño y la elaboración de materiales decorativos para la preparación de las celebraciones de fiestas anuales que rompen la monotonía son un medio de preservar la noción del tiempo, a pesar de las rutinas diarias y de la repetición horaria que caracteriza a la vida institucional.

Además, la decoración del entorno ofrece un referente espacio-temporal que ayuda a que las personas se sitúen correctamente en la época del año en la que viven y participen de su contexto cultural activamente y con alegría.



Desde otro punto de vista, celebrar las festividades en el centro y crear el ambiente abre las puertas de la residencia al mundo exterior, yendo a comprar los materiales para realizar los adornos, invitando a familiares y amigos a asistir a la fiesta, etc.

3.4. Características específicas de la motivación y el aprendizaje de las personas enfermas dependientes.

El ser humano se adapta a su medio a través del aprendizaje. Desde que nace hasta que muere, no deja de aprender. Sin embargo, debe existir «algo» que empuje a la persona a aprender: es necesario que exista una motivación.

En los colectivos de personas mayores, con discapacidad o enfermas es frecuente que la persona se sienta desmotivada debido a sus dificultades.

Los procesos cognitivos se deterioran con el paso de los años, haciendo el aprendizaje más lento y difícil. Las personas con discapacidades se pueden encontrar ante barreras difíciles de superar (ceguera, trastornos del habla, etc.) y un estado de salud negativo puede condicionar la motivación para adquirir nuevos conocimientos.

Sin embargo, todas estas personas pueden aprender con herramientas y estrategias específicas. Es fundamental que el profesional de atención sociosanitaria conozca los procesos generales de aprendizaje y motivación y las técnicas específicas adecuadas a las necesidades de los colectivos con los que debe trabajar.

3.4.1. El aprendizaje en las personas mayores.

La capacidad intelectual se deteriora con la edad. Memoria, atención, lenguaje y percepción son habilidades cognitivas que se resienten con el paso del tiempo. Por eso el aprendizaje resulta más costoso.

En cuanto a la información que se les da en cualquier aprendizaje que deban realizar:

- El nuevo conocimiento debe ser aplicable e importante para la persona mayor.
- El material debe presentarse de forma clara y ordenada, tratando de que la información no aparezca fragmentada sino dentro de un todo.
- El aprendizaje por partes es más adecuado para los jóvenes, el global es más apropiado para los mayores.

La actitud que debe tener el profesional ante el aprendizaje de las personas mayores:

- El optimismo, la paciencia, el elogio, el buen humor y los refuerzos positivos incrementan la capacidad de aprendizaje.
- Las conductas aprendidas, una vez asentadas, deben reforzarse con frecuencia para que persistan.
- Los mayores requieren más tiempo que los jóvenes para reaccionar ante una información nueva.

Se puede mejorar el aprendizaje de la persona mayor si se siguen algunas pautas básicas concernientes a la forma de comunicarse:

- Colocarse frente a la persona cuando se desea decirle algo.
- Utilizar frases cortas y ser breve y conciso (la atención de los mayores se disipa a los treinta minutos aproximadamente).
- Repetir las instrucciones si es necesario.
- Concentrar la información importante al principio de la frase para que les sea más fácil captarla.
- Mantener el uso de los nombres y evitar los pronombres.
- Formular preguntas cerradas (sí o no) que faciliten la respuesta de la persona mayor.
- Usar mímica o imágenes como acompañamiento.

Es recomendable establecer una relación de respeto y afecto, así como proporcionar un ambiente seguro y confortable. Su capacidad de atención y concentración empiezan a decaer a los treinta minutos, por lo que la utilización de refuerzos positivos incrementará su capacidad de aprendizaje. Si el conocimiento a adquirir es importante para la persona, lo aprenderá de manera más rápida. Habrá que utilizar la paciencia, ya que, al necesitar más tiempo de reacción ante una nueva información, habrá que dividirla en pequeñas cantidades y durante periodos amplios.

3.4.2. El aprendizaje en las discapacidades sensoriales.

El profesional de atención sociosanitaria empleará pautas y alternativas para equiparar a las personas que padecen discapacidad con quienes no la padecen, lo que se conoce como normalización.

La disminución de la visión y de la audición en las personas de edad avanzada es también un problema frecuente; estas pautas de actuación son válidas también para ellos.

- Los problemas visuales.
Las personas con una discapacidad visual necesitan que el aprendizaje se centre en lo auditivo.
El profesional deberá:
 - Presentar materiales con imágenes muy grandes y de trazos simples.
 - Trabajar con materiales auditivos.
 - Utilizar colores vivos, intensos y contrastados.
 - Las limitaciones visuales que aparecen en personas de edad avanzada pueden provocar accidentes domésticos.
 - Por eso será fundamental que la persona aprenda a manejarse por la institución, siguiendo pautas como:
 - Mantener una buena iluminación de las estancias, sobre todo de los pasillos y los baños.
 - Ordenar la institución de forma que no se dejen objetos tirados por el suelo que puedan provocar tropiezos.
 - Conservar las alfombras en buen estado.
- Los problemas auditivos.
Las personas con una discapacidad auditiva basarán su aprendizaje principalmente en lo visual.
El profesional puede adoptar las siguientes medidas:
 - Trabajar con imágenes.
 - Enseñar la lengua de signos.
 - Activar los subtítulos para las películas.

Al tratar con personas con discapacidades auditivas, gritar no mejora el entendimiento, incluso puede disminuir la habilidad de la persona para entender qué se le está diciendo.

Para captar la atención y la mirada de la persona se recomienda:

- Sentarse frente a frente.
- Modular bien la voz, sin realizar inflexiones muy marcadas que puedan distorsionar el mensaje y, por tanto, su comprensión.
- Reducir el ruido ambiental al mínimo, bajando el volumen o incluso apagando la radio o el televisor, buscando lugares tranquilos, etc.
- En casos de hipoacusia grave puede ser necesario enseñar la lectura labial.

3.4.3. El aprendizaje en las personas con discapacidad psiquiátrica.



La discapacidad psiquiátrica provoca trastornos en el comportamiento adaptativo que llevan a una persona a sufrir problemas en su forma de relacionarse con el entorno.

Hay que buscar que participen en programas de inserción (rehabilitación, psicoterapia, educación familiar, grupos de autoayuda, etc.) y que al mismo tiempo cumplan con el tratamiento de su enfermedad.

Entre las más frecuentes se encuentran:

- La depresión.
El factor fundamental que deteriora el proceso de aprendizaje en la depresión es la desmotivación, así que la principal estrategia de aprendizaje será lograr aumentar la motivación.
- Las demencias.
En el caso de personas con demencia, el mantenimiento de un proceso de aprendizaje es fundamental, pues puede ayudar a frenar el deterioro intelectual.

En las tiendas de juguetes suele haber infinidad de juegos de memoria, lógica, asociación, etc., que funcionan perfectamente para trabajar con personas con demencia. Las tareas deben explicarse de forma muy sencilla y clara, y repetirlas tantas veces como la persona necesite para comprender las instrucciones del ejercicio. Según el nivel de deterioro intelectual se deberán proponer ejercicios con diferentes niveles de dificultad.

3.4.4. El aprendizaje en las personas con discapacidad intelectual.

Las personas con discapacidad intelectual tienen una capacidad intelectual inferior a la media.

La discapacidad intelectual es patente de manera significativa y limita la autonomía de la persona a la hora de vivir una vida normal y actuar con independencia.

La capacidad adaptativa es la manera en la que una persona afronta las exigencias de la vida cotidiana y cumple las normas de autonomía personal propias de su entorno.

Las personas con discapacidad intelectual presentan limitaciones importantes en su capacidad adaptativa en al menos dos de las siguientes habilidades: Comunicación, Cuidado de sí mismas, Vida doméstica, Habilidades sociales, Trabajo, Ocio, Salud, Autocontrol, Utilización de recursos comunitarios, Seguridad.

Además, suelen tener dificultades a la hora de:

- Identificar los pasos que integran una actividad.
- Generar estrategias que ayuden a resolver problemas.
- Evaluar el propio rendimiento.
- Analizar si han alcanzado las metas propuestas.
- Generalizar el conocimiento adquirido de un contexto a otro.
- Poner en práctica lo aprendido.

Se recomiendan ejercicios sencillos de memoria, lógica, dibujo...; se suelen obtener mejores resultados en la realización de trabajos reiterativos y repetitivos.



23. Indica con un aspa las pautas que facilitan el aprendizaje de una persona mayor:

- Utilizar frases cortas para dar instrucciones.
- Utilizar refuerzos positivos.
- Presentar la información de forma fragmentada.
- Formular preguntas abiertas.
- Acompañar las instrucciones con mímica.
- Concentrar la información al final de las frases.

3.4.5. La motivación en la persona mayor.

La sensación de no ser útil es muy frecuente en la persona anciana, y lleva con frecuencia al abandono de las actividades cotidianas.

Aquí es donde el papel del profesional se vuelve crucial, pues debe conseguir animar y motivar a la persona mayor para ayudarla a romper la espiral de desmotivación-sedentarismo.

La motivación debe buscarse despertando sus intereses, sacando a la luz sus habilidades y destrezas, estimulando su autoconfianza.

Con actividades apropiadas, interesantes y estimulantes, se habrá ganado una importante batalla contra la desmotivación.

El profesional debe poner especial interés en devolver a la persona mayor el sentimiento de persona valiosa que aún tiene mucho que aportar a los demás.

3.4.6. La motivación en las personas con discapacidad sensorial.

Las discapacidades auditivas y visuales pueden representar una fuente importante de desmotivación.

Cuando se trata de discapacidades que sobrevienen con la vejez, puede aumentar la desmotivación de la persona mayor, y que esto la lleve a dejar de hacer las cosas que normalmente hacía.

La discapacidad de un canal sensorial puede ser compensada eficazmente por el mejor funcionamiento de otro, por lo que es importante motivar al usuario para que ejercite el canal no afectado.

Si se trata de discapacidades totales, que no pueden remediarse, el profesional deberá ayudar a la persona a su cargo a afrontar su situación.

Además, la animará para que ponga en práctica actividades nuevas y a que, en la medida de lo posible, amolde su nueva situación a aquellas que realizaba con anterioridad, sin dejar de hacerlas.

3.4.7. La motivación en la discapacidad psiquiátrica.

Las discapacidades psiquiátricas influyen de forma negativa en el funcionamiento general y dificultan la realización de muchas actividades cotidianas.

También impiden a las personas responder a las demandas del día a día, de forma que pierden autonomía e independencia.

En su comportamiento tienden al autoaislamiento y sufren situaciones de exclusión social, con falta de iniciativa y poca motivación ante actividades, resolviendo mal situaciones de estrés y situaciones problemáticas que vivieron ya antes.

Son personas sensibles a las reacciones de los demás por lo que nuestra actuación debe mostrar una actitud comprensiva, de escucha y afecto, aclarando todos los malentendidos que puedan surgir, estimulándoles a realizar actividades, en la medida que su estado lo posibilite y evitando circunstancias en las que se desate su agresividad.

El profesional empleará estrategias diferentes según el tipo de discapacidad psiquiátrica:

- La depresión.
No debe confundirse la desmotivación con la depresión:
 - La depresión conlleva siempre desmotivación.
 - La desmotivación no implica necesariamente la existencia de una depresión.

Es común confundir ambos fenómenos en la vejez, y se suele creer que las personas mayores desmotivadas están deprimidas.

La depresión siempre lleva asociada una pérdida de ganas de hacer cosas, por lo que el profesional debe animar al mayor deprimido a realizar:

- Actividades fuera de casa, como ir al cine, al teatro, salir con amigos o al parque, cuidar de los nietos, pasear al perro, ir de compras, etc.
- Actividades que pueda hacer dentro de la institución, como pintar, escribir, recitar, modelar, leer, cultivar plantas, preparar platos, etc.

Combatir la depresión es un trabajo interdisciplinar que deben llevar a cabo diferentes profesionales.

- Las demencias.

El caso de personas mayores con demencia exige que se realicen actividades que ejerciten las habilidades cognitivas para retrasar la pérdida y el deterioro.

Con frecuencia la persona con demencia rechaza hacer estas actividades: implican un esfuerzo cognitivo que en ocasiones no quieren realizar.

El profesional de atención sociosanitaria pondrá especial interés en motivar a la persona a su cargo para que se anime a realizar estos ejercicios, reforzando o premiando el trabajo hecho.



24. Investiga respecto a los síntomas psicopatológicos que son compatibles con un diagnóstico clínico de demencia, y une con flechas asociando a cada frase el concepto teórico que le corresponda:

SÍNTOMAS DE LA DEMENCIA

Evidencia demostrable de alteración de la memoria de fijación.

La memoria reciente también está afectada.

La memoria remota no se ve perjudicada en la primera fase de la enfermedad.

Alteración del pensamiento abstracto.

Afasia.

Apraxia.

Agnosia

La capacidad de juicio está limitada.

DEFINICIONES Y CARACTERÍSTICAS

No puede recordar sucesos de días previos como, por ejemplo, lo que cenó la noche anterior.

Muestra incapacidad para encontrar semejanzas y diferencias entre palabras relacionadas, manifestando dificultades para definir conceptos, interpretar refranes, etc.

En fases avanzadas de la enfermedad, aún puede recordar sucesos previos que hayan tenido importancia para él.

Pierde la capacidad de adquirir nueva información; por ejemplo, recordar tres palabras después de 5 minutos.

Manifiesta incapacidad para establecer planes razonables o tomar decisiones que le afecten a él, a su familia o al entorno.

No es capaz de realizar actos motores a pesar de no haber alteraciones en la función motora ni en la comprensión.

Alteración del lenguaje.

Falla en el reconocimiento de objetos a pesar de no haber alteración de los órganos sensoriales.



25. Completa las siguientes frases sobre la motivación de personas con discapacidad psiquiátrica:

ganas de hacer cosas, habilidades cognitivas, depresión, demencia, psicólogo

- No debe confundirse la desmotivación con la _____.
- La depresión lleva asociada siempre una pérdida de _____.
- Siempre que exista una depresión el mayor debe recibir ayuda de un _____.
- En el caso de mayores con demencia, será fundamental realizar actividades que ejerciten las _____ para retrasar la pérdida y el deterioro.
- Suele ocurrir con frecuencia que la persona con _____ rechaza hacer los ejercicios y actividades que se le proponen.

3.4.8. La motivación en las personas con discapacidad intelectual.

Las personas que padecen una discapacidad intelectual mantienen su capacidad de motivación para las actividades que les gustan y atraen. Los estímulos como comida, bebida, sentimientos sexuales, hobbies, etc. ejercen sobre ellos las mismas influencias y la misma capacidad de generar respuestas que en las demás personas.

Su motivación puede ser más débil e inconstante cuando se trata de actividades y tareas que no son de su agrado o que parecen difíciles; los objetivos deben estar a su alcance para que no se desmotiven y se han de explicar de forma simple y detallada las actividades a realizar comprobando que comprenden qué han de hacer y repasar los conceptos aprendidos.

A veces, la persona con discapacidad intelectual que debe afrontar una tarea que no le resulta atractiva puede desarrollar conductas destinadas a desanimar o distraer a quien pretende iniciar el proceso de enseñanza.

Estas actitudes resultan muy negativas en el proceso de aprendizaje y a largo plazo pueden deteriorarlo seriamente, así como las posibilidades de autonomía e independencia.

Esta es la razón por la cual el profesional de atención sociosanitaria debe estar preparado para afrontar y controlar estas actitudes; para ello, puede poner en marcha algunas estrategias, como proponer tareas sencillas, dar tiempo para que se comprendan y procesen las instrucciones, evitar las imposiciones violentas o abusar de la autoridad, mantener siempre una actitud relajada y mostrar confianza o dar un premio cuando se termine correctamente la tarea.



26. Di si las siguientes afirmaciones con respecto a las estrategias de motivación en personas con discapacidad intelectual son verdaderas o falsas:

- Las personas que padecen una discapacidad intelectual mantienen su capacidad de motivación para aquellas actividades que les gustan y atraen.
- La motivación de las personas con discapacidad intelectual es más débil e inconstante en actividades y tareas que no son de su agrado o que parecen difíciles.
- Ante una actitud negativa, el profesional de atención sociosanitaria debe mantener siempre una actitud relajada y demostrar confianza en la otra persona.
- No es recomendable premiar la correcta realización de una actividad o tarea.
- El profesional de atención sociosanitaria debe evitar las imposiciones violentas o abusar de la autoridad, tamaño, o fuerza verbal y física.

Reconocimiento de las características psicológicas de personas dependientes en instituciones

El ámbito de la psicología ofrece al profesional de atención sociosanitaria un conocimiento de las características, los problemas, las dificultades y las posibilidades de crecimiento de la persona dependiente, así como algunas pautas de actuación para poder intervenir de un modo más satisfactorio.

Partiendo de la idea de que no hay dos individuos iguales, el acercamiento a cada persona con algún grado de dependencia ha de ser individualizado, de tal forma que los conocimientos previos solo son una plataforma para la ayuda, que cobrará mayor fuerza cuando se establezca una comunicación real.

La escucha activa, el refuerzo positivo, la comprensión, la empatía y la competencia social son herramientas que posibilitan un clima adecuado para la comunicación y la motivación y que permiten optimizar los resultados en cualquier área.

Una mejora del estado anímico del usuario conllevará una mejora de su salud general, aumentará sus ganas de hacer cosas, sus relaciones sociales, se cuidará más (alimentación, ejercicio, horarios de sueño, etc.) y aumentará sus defensas.

1. Conceptos fundamentales.

1.1. Ciclo vital.

El ciclo vital sería el conjunto de etapas generales por las que atraviesa una persona a lo largo de su existencia.

A continuación, veremos cuáles son las principales etapas de la vida que definen cómo nos comportamos, cómo percibimos la realidad y cuáles son nuestras necesidades. Aunque es cierto que los límites de estas etapas no están muy claros y es discutible si unas empiezan o terminan antes o después, hay un consenso relativo acerca de cuáles son y de qué manera ocupan nuestras vidas.



- Etapa prenatal.

La vida empieza antes de nacer, y la etapa prenatal es la que incluye los momentos en los que aún no se ha salido del útero. En ese periodo ya somos capaces de aprender a través del tacto y de los sonidos, es decir, que el cerebro humano ya asocia estímulos a respuestas adecuadas.

- Primera infancia.

La primera infancia se inicia en el momento de nacer y termina alrededor de los 3 o los 4 años. Es la etapa en la que se dan los pasos más importantes en el desarrollo del lenguaje y además se realizan los aprendizajes esenciales sobre cómo funciona el mundo y el movimiento de las cosas.

Además, el uso del lenguaje hace que se empiece a crear conceptos cada vez más abstractos y complejos que ayudarán a llegar a un grado de comprensión más profundo acerca de las cosas.



- Niñez

temprana.

Esta etapa de la vida es la que, más o menos, va de los 3 a los 6 años; por eso se la define también como etapa preescolar.

En esta fase se forma el autoconcepto y se gana la capacidad de pensar en los estados mentales de los

demás, ya sea para intuir sus intenciones o para saber qué información no saben. Esta habilidad se llama teoría de la mente.

- Niñez intermedia.

La niñez intermedia o escolar va de los 6 a los 11 años. En esta etapa se producen muchos progresos en la capacidad para comprender operaciones matemáticas y la estructura de frases complejas.

Del mismo modo, la importancia de tener buenas relaciones con los demás y de dar una



buena imagen empieza a ganar peso, y también se valora más la inclusión en un grupo de amistades.



- **Adolescencia.**

La adolescencia va de los 11 a los 17 años. Es una etapa crucial, ya que se consolida la capacidad para pensar en términos abstractos y además se producen unos cambios hormonales que pueden producir cierta labilidad emocional.

Además, en la adolescencia se produce la parte más intensa de la búsqueda de la propia identidad, y los círculos sociales a los que se quiere pertenecer ganan mucha influencia en la persona.

- **Etapa de la juventud.**

Esta etapa va, aproximadamente, de los 18 a los 35 años. Aquí se produce la consolidación de los círculos de amistad más duraderos y se aprende a vivir con un alto

grado de independencia, de modo que ya casi no se depende de los padres. Psicológicamente y biológicamente, las capacidades físicas y mentales también llegan a su techo, y entre los 25 y los 30 años empiezan a decaer ligeramente.



- **Etapa de la madurez.**



La madurez va de los 36 a los 50 años. En esta fase se consolida la faceta laboral y se aprende del todo una especialización que permitirá generar ingresos para vivir de forma independiente en la mayoría de países occidentales.

Por otro lado, las expectativas de cambio en la propia vida van quedando moderadas y los objetivos vitales se orientan más hacia la estabilidad.

- Etapa de la adultez madura.
Esta fase va de los 50 a los 65 años. En ella se acostumbra a consolidar el nivel de ingresos a unos niveles que permiten vivir mejor que antes, pero se producen cambios corporales que hay que saber gestionar. A la vez, la valoración de la estabilidad también aumenta.



- Tercera edad.
La tercera edad empieza a los 65 años, y en ella se gana una nueva independencia al desaparecer las obligaciones laborales habituales y al producirse la marcha de los hijos e hijas que se haya podido tener.



En algunos casos esto produce el Síndrome del Nido Vacío, y la exposición al duelo es más frecuente a medida que mueren familiares de la misma generación y amistades.

El ciclo vital de los seres humanos se ve influenciado por factores socioculturales, tales como acontecimientos de gran carga significativa que requieren la adaptación de la persona a otra forma de vivir o de concebir la vida. Tal es el caso de eventos como el nacimiento de un hijo o la muerte de un ser querido, que suponen una carga

emocional tan importante que incluso tienden a ser ritualizados en las diferentes culturas, añadiendo cada contexto social variaciones en cuanto a la forma de vivenciar estos episodios.

También, a lo largo de nuestra existencia se suceden acontecimientos vitales con un alto contenido estresante, como los siguientes: muerte del cónyuge, divorcio y separación matrimonial, muerte de un familiar, lesión o enfermedad, pérdida del puesto de trabajo, cambios en las responsabilidades laborales, jubilación, cambios en la salud de un miembro de la familia, embarazo, dificultades sexuales, riñas en el matrimonio y problemas con los familiares de la pareja, cambio en las tareas profesionales, cambios en las actividades sociales, cambios en los hábitos personales, cambio de residencia, incorporación de nuevos miembros a la familia, partida de los hijos (abandono del hogar), cambios en el estado financiero...

Pero, además de estos, existen otros factores relacionados que pueden desequilibrar el sistema de vida de una persona hasta el punto de provocarle una crisis, sobre todo en el caso concreto de alguien que padece una enfermedad y se encuentra limitada en ciertas áreas sin conseguir su desenvolvimiento autónomo; a esta persona, en su vida cotidiana, se le suman muchos elementos estresantes de forma simultánea.

Las dificultades asociadas a una enfermedad invalidante afectan a la vida laboral y afectiva y modifican el papel social y las relaciones. La discapacidad sobrevenida altera las expectativas y los planes futuros de cualquier persona.

Existen otros momentos de transición en el ciclo natural de la vida que resultan complejos de entender y difíciles de aceptar, como es el caso de la vejez o ancianidad, que se corresponde con el tiempo de nuestra última etapa de la vida. En ella se produce una crisis vital de desvalimiento: en

la mayoría de los casos, con el tiempo, la persona mayor se vuelve dependiente y entonces acontece la crisis más dura de todo el desarrollo humano.

Comienza el miedo a morir, a quedarnos solos sin el cuidado de las personas que amamos. Un periodo aterrador para muchos; quizás la etapa del ciclo vital más difícil, que requiere de un reajuste personal para conseguir la adaptación y el mantenimiento de la calidad de vida hasta los últimos días.



27. Ordena las etapas del ciclo vital: niñez temprana, etapa prenatal, primera infancia, adolescencia, niñez intermedia, juventud, tercera edad, madurez, adultez madura.

1.2. Conducta.

Este concepto hace referencia al comportamiento de las personas a lo largo de la vida.

En el ámbito de la psicología se entiende que la conducta es la expresión de las particularidades de los sujetos, es decir la manifestación de la personalidad. Es por ello que se entiende que el concepto de conducta hace referencia a los factores visibles y externo de los individuos.

Se entiende que hay tres factores que la regulan o influyen la conducta, estos son:

- En primer lugar, el fin. Es a partir del objetivo del comportamiento que la conducta adquiere un sentido y da lugar a una interpretación.
- En segundo lugar, se encuentra la motivación, es decir que la conducta posee algo que la moviliza.
- Por último, existe la causalidad. Es decir que la conducta también posee o se produce por una causa determinada.

Además, se considera que existen dos elementos más que dirigen la conducta, ellos son los elementos de la sociedad y el ambiente, y los elementos biológicos:

- En el primer caso se hace referencia al medio en el que el sujeto se encuentra inmerso, tanto en relación con el ambiente físico, como social, incluyendo las instituciones que lo conforman. En otras palabras, solo se hace referencia a los factores externos.
- El segundo elemento, el biológico, se encuentra vinculado con las cuestiones genéticas que son determinantes en el proceso biológico. Es decir, poseen un carácter interno. Además, se le pueden sumar otros factores como la alimentación o los meses de gestación en el vientre materno. Es por ello que la base de la conducta humana se relaciona tanto con la parte psicológica como con la fisiológica de las personas, de manera complementaria.

Se entiende que las personas poseen distintas conductas, definiendo en este caso a la conducta como una reacción. La diversidad de las conductas se debe a que los individuos desean distintos fines, se hallan en diversas circunstancias y son diferentes como personas. De esta manera queda expuesto que la conducta responde al fin, al estímulo y el momento preciso en que se encuentra el sujeto.

La conducta es a su vez una herramienta que permite a los individuos adaptarse al medio en el que se encuentra inmerso. Es por ello que hay comportamientos de distinta índole. Por ejemplo, los reflejos son comportamientos automáticos y que resultan muy simples ya que representan la respuesta a un estímulo determinado. Por otro lado, la inteligencia es otro tipo de conducta que resulta muy difícil de analizar y comprender y además presenta grandes cambios.