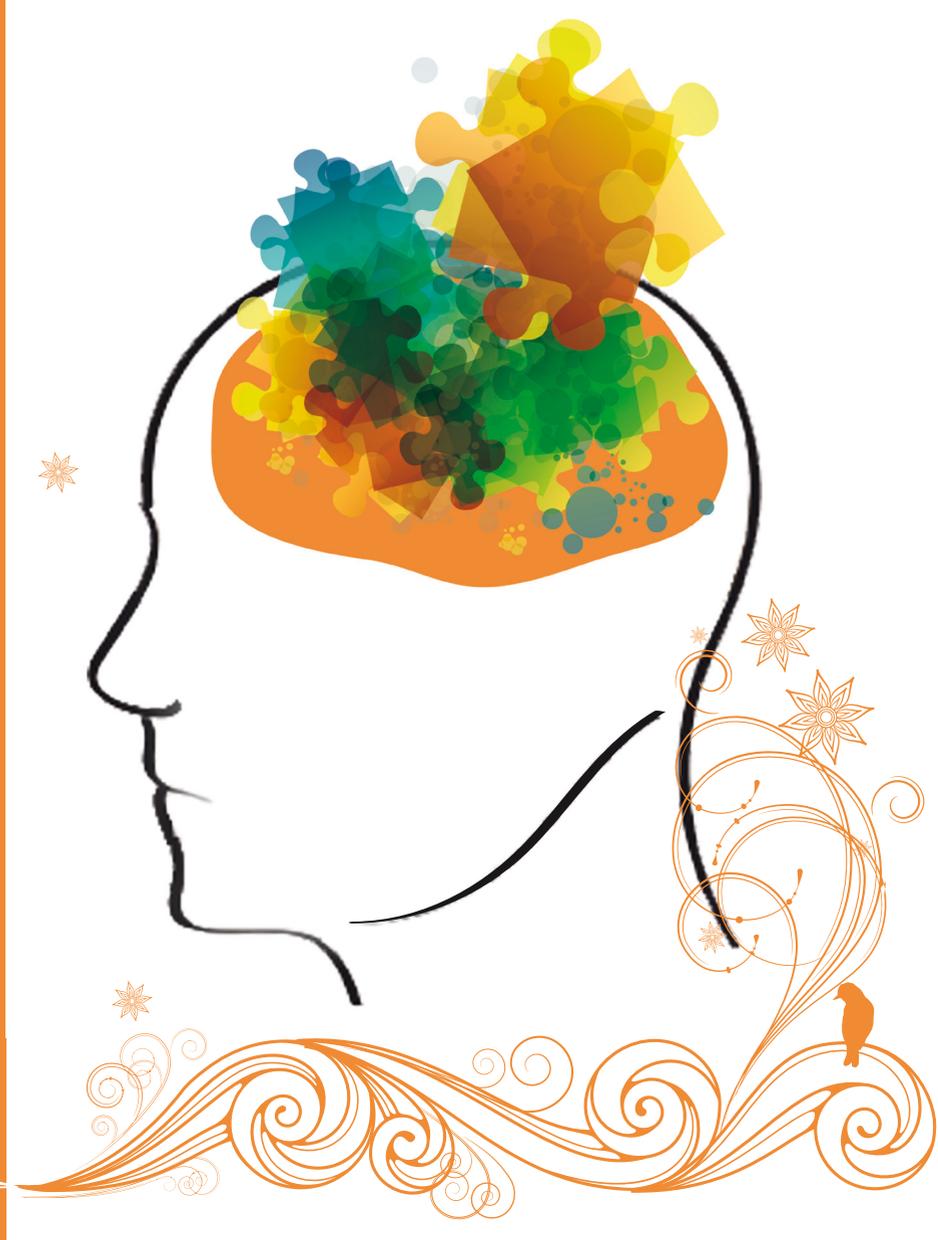


Manual para el cuidador. Buenas prácticas en la esquizofrenia.



BUENAS PRÁCTICAS



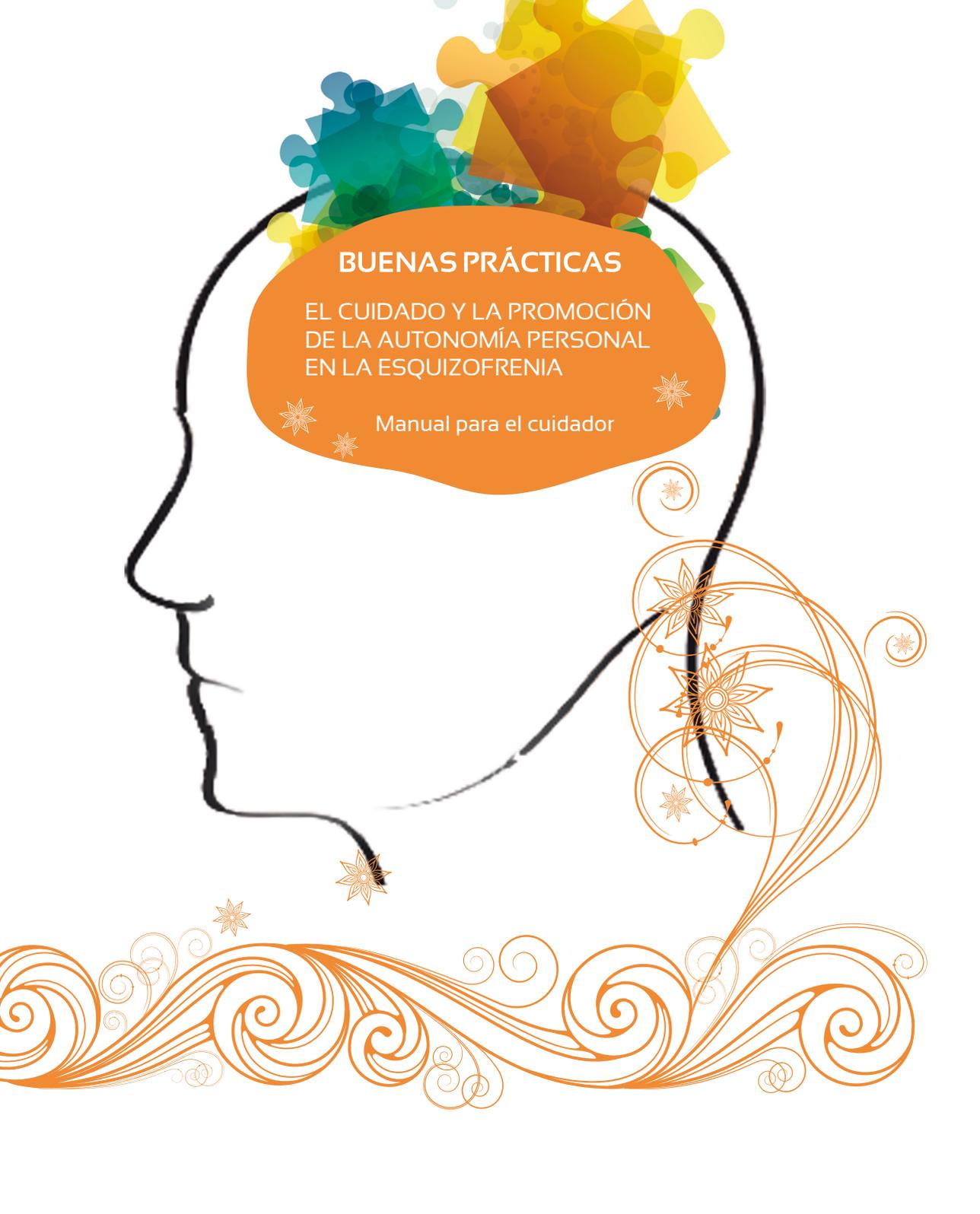
EL CUIDADO Y LA PROMOCIÓN DE LA
AUTONOMÍA PERSONAL EN LA ESQUIZOFRENIA



**GOBIERNO
DE ARAGON**

Departamento de Sanidad,
Bienestar Social y Familia

Manual para el cuidador



BUENAS PRÁCTICAS

EL CUIDADO Y LA PROMOCIÓN
DE LA AUTONOMÍA PERSONAL
EN LA ESQUIZOFRENIA

Manual para el cuidador



BUENAS PRÁCTICAS

EL CUIDADO Y LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL EN LA ESQUIZOFRENIA

Manual para el cuidador

Edita:

Gobierno de Aragón
Departamento de Servicios Sociales y Familia
Dep. Legal: Z-540-2013

Autores:

David Romano Casaus, José María Oliver Lahoz, Virginia Royo Quintana.

Coordinación y Revisión de la serie:

COPTOA. Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón

Diseño y maquetación: Ana Belén Barranco Sánchez

Ilustraciones: Ana Belén Barranco Sánchez

Agradecimientos.

Quisiéramos agradecer al Gobierno de Aragón y al Colegio Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Aragón su confianza en este ambicioso proyecto dedicado a cuidadores de personas en situación de dependencia, y a la ilustradora por su excelente trabajo profesional.

Así mismo agradecemos a todos los compañeros que nos han apoyado en este proyecto (especialmente a los profesionales de ASERHCO, del CRPS "San Carlos" y ASAPME), a nuestros familiares y amigos y, sobre todo, a los pacientes y usuarios que, día a día, tanto nos han enseñado.



EL CUIDADO Y LA PROMOCIÓN
DE LA AUTONOMÍA PERSONAL
EN LA ESQUIZOFRENIA





INTRODUCCIÓN



La aparición de la esquizofrenia en la vida de una persona supone un cambio de gran repercusión en su independencia funcional. El día a día se vuelve más complejo, con mayores dificultades a la hora de desenvolverse con autonomía y con una mayor necesidad de asistencia por parte del entorno familiar y social. La nueva situación afecta no sólo a la persona diagnosticada sino también a su familia, que deviene en elemento fundamental de cuidado y apoyo, al verse alterados los funcionamientos personal, laboral y de interacción social del paciente.

Esto conlleva un proceso de adaptación en el que deben intervenir tanto la persona que presenta esquizofrenia y su familia como los recursos y profesionales de salud mental. En este proceso resultan de trascendental importancia el diálogo fluido de la familia con los profesionales así como los cauces para intercambiar información entre la una y los otros. La familia y cuidadores se enfrentan a un contexto nuevo, en el cual van a tener que aprender a manejar situaciones complejas que requieren estrategias específicas de afrontamiento, las cuales van a ser aportadas por los profesionales de la salud mental.

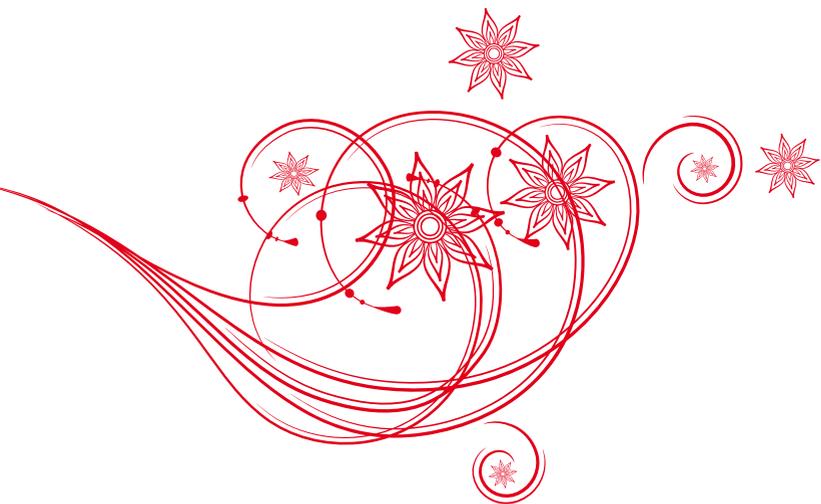
Es el objetivo de este trabajo el acercar a la familia y cuidadores de la persona con esquizofrenia las técnicas concretas que pretenden fomentar la independencia de la misma. El posibilitar que el familiar, en su nueva situación, pueda vivir del modo más autónomo posible, mejorando su calidad de vida en consecuencia.

Este manual pretende aproximar a los cuidadores principales tanto la nueva realidad cotidiana de su familiar como las herramientas apropiadas para promover su autonomía personal, ya que el papel del cuidador principal se presenta como primordial en el proceso de rehabilitación.

Incluye una aproximación al concepto de esquizofrenia y una relación de cuestiones básicas para mantener un buen estado de salud. También un breve análisis de lo que son las actividades de la vida diaria. Cómo se ven éstas afectadas en la esquizofrenia y las pautas para compensar estas afecciones; y sobre cómo mejorar la convivencia y comunicación con la persona diagnosticada de esquizofrenia.

El manual continúa con un decálogo para cuidar mejor y otro para cuidarse a sí mismo. Y finaliza con una relación y directorio de recursos útiles para la familia.

Esperamos contribuir con este trabajo a la compleja tarea de facilitar la normalización del día a día de las personas con esquizofrenia.



ÍNDICE



1. ¿Qué es la esquizofrenia?

9

¿Qué es la esquizofrenia?	11
Concepto	12
Sintomatología	13
Clasificación	15
Epidemiología, evolución, fisiopatogenia y etiología	17
Tratamiento	19
Aspectos psicosociales de la enfermedad	20

2. Además de esquizofrenia

25

La importancia de mantener una buena salud	27
Efectos secundarios del tratamiento farmacológico	31
Deterioro cognitivo	34
Qué no es esquizofrenia (algunas creencias erróneas)	38

3. Qué son las actividades de la vida diaria (AVD)

43

Definición	45
Clasificación: ABVD, AIVD, AAVD	46
Significante de las AVD	48
Por qué se ve limitada la autonomía de la persona con esquizofrenia	51

4. La convivencia con una persona diagnosticada de esquizofrenia

55

Comunicación	57
Afrontamiento de problemas de convivencia	61

5. Simplificación de cuidados para las AVD

73

Principios básicos	75
Técnicas conductuales de modificación de conducta	77
Estrategias para compensar el deterioro cognitivo	86
El entorno	93

6. Promoción y apoyo de la autonomía personal en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) 97

La promoción de la autonomía personal en las AVD básicas 100

7. Promoción y apoyo de la autonomía personal en las Actividades Instrumentales y Avanzadas de la Vida Diaria (AIVD y AAVD) 103

Promoción y apoyo de la autonomía personal en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria 104

Promoción de la autonomía personal en las AVD Avanzadas 105

8. Decálogos del cuidador 113

Para cuidarse usted... 114

Para cuidar mejor... 115

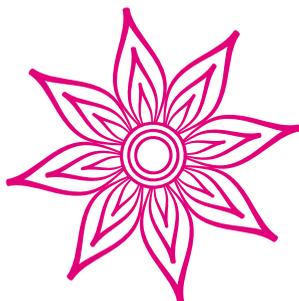
9. Recursos 117

del SAAD 119

además... 120

directorio 124

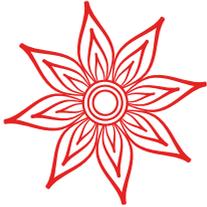
más información 130





1. ¿Qué es la esquizofrenia ?





Qué es la esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave que, al igual que otras, es diagnosticada por un psiquiatra cuando hay un deterioro en el funcionamiento social, familiar, personal y laboral de la persona, presentándose esta situación de manera cronicada en el tiempo.

El profesional de la psiquiatría se va a encargar de diagnosticar esta enfermedad y de prescribir el tratamiento farmacológico conveniente para controlar los síntomas de la misma. El llevar un adecuado cumplimiento del tratamiento farmacológico va a ser básico para abordar los problemas que vayan surgiendo en el día a día de la enfermedad.

Para compensar esta serie de dificultades, junto al médico van a colaborar otros profesionales de la salud mental, como el trabajador social, el enfermero, el psicólogo o el terapeuta ocupacional.

Por salud mental se entiende el equilibrio psíquico que se manifiesta en la autonomía personal, un adecuado contacto con la realidad y una buena calidad de vida. En la esquizofrenia hay un desequilibrio en estos aspectos, por lo que hablamos de problema de salud mental o enfermedad mental.

La enfermedad mental se define como el patrón afectivo, psicológico o conductual, clínicamente significativo y que aparece en una persona asociado a un malestar presente o a una discapacidad.

La esquizofrenia se encuadra dentro de las psicosis, el conjunto de enfermedades mentales caracterizadas por afectación global de la persona (con repercusión en muchas áreas) y que dan lugar a una ruptura con la realidad y con la persona. Puede ser de inicio agudo (cuando hablamos de brote esquizofrénico) o lento y progresivo (más larvado e insidioso y menos perceptible o llamativo).



Concepto

La palabra esquizofrenia etimológicamente significa mente dividida o escindida. Como trastorno mental presenta una serie de características llamativas, como son:

- Es un síndrome adquirido.
- Es grave.
- Es crónico.
- Presenta fases en su evolución en las que los síntomas parecen remitir; estas fases se alternan con otras en las que dichos síntomas parecen agravarse.
- Cursa con alteración de la personalidad, la conducta, la razón, el pensamiento y el estado de ánimo.
- Ocasiona una desadaptación y una ruptura tanto con el mundo exterior como con el mundo interior del individuo.
- La persona concentra de modo patológico su atención en su propia intimidad.
- Tiene gran repercusión sobre las actividades sociolaborales de la persona.
- Se observa una disociación entre intelecto, afecto y conducta.
- La edad media de aparición de la enfermedad está entre la segunda y tercera décadas de la vida, ocurriendo antes en varones (18 – 24 años) que en mujeres (25 – 44 años).

Sintomatología

La esquizofrenia cursa tanto con síntomas físicos como psíquicos.

Entre los físicos destacan la actividad psicomotriz aumentada (movimientos repetitivos y sin propósito, como el balanceo – estereotipias –, repetición de gestos – ecopraxias –) o disminuida (obediencia automática, movimientos que aparentemente tienen una finalidad pero que se salen de su contexto – manierismos –, etc.).

Entre los psíquicos podemos reseñar:

- Síntomas psíquicos positivos (alucinaciones, ideas delirantes, alteraciones del pensamiento, del lenguaje, conducta desorganizada, extravagante) y negativos (aplanamiento afectivo, empobrecimiento ideatorio, embotamiento afectivo, asociabilidad, abulia...).
- Síntomas cognitivos: alteración de juicio, razonamiento y pensamiento, tanto en su curso (empobrecido, disgregado, vago, bloqueo del pensamiento, perseveración, cambia de un tema a otro sin conexión entre ambos) como en su contenido (conclusiones absurdas y extravagantes, ilógico con ideas delirantes) con un lenguaje que contiene poca información, abstracto, con pararrspuestas, neologismos, mutismo, verborrea, memoria, atención, concentración y voluntad alteradas...
- Síntomas afectivos: afectividad embotada, ambivalente, inversión afectiva, aplanamiento, vacío afectivo, afectividad inapropiada, anhedonia, retracción social, alteración de la conducta sexual, de la conducta alimenticia...



En resumen, la clínica de la esquizofrenia consiste en:

1. Alteración de la afectividad y de las emociones (embotamiento afectivo, indiferencia emocional, frialdad...).
2. Delirios (juicio falso sobre la realidad, vivido como verdadero): de persecución, de grandeza, de invasión...
3. Alteraciones sensorceptivas, que producen alucinaciones (interpretación falsa de la realidad que puede ser auditiva, visual...).
4. Asociaciones inadecuadas de ideas.
5. Pensamiento incongruente o incoherente.
6. Alteraciones conductuales (comportamientos inadecuados, no aceptados socialmente y sin sentido ni finalidad).
7. Desconexión de la realidad.
8. Dificultad en las relaciones interpersonales.



Clasificación

La clasificación DSM – IV (manual de la Asociación Americana de Psiquiatría) distingue las siguientes formas de esquizofrenia según las manifestaciones clínicas predominantes:

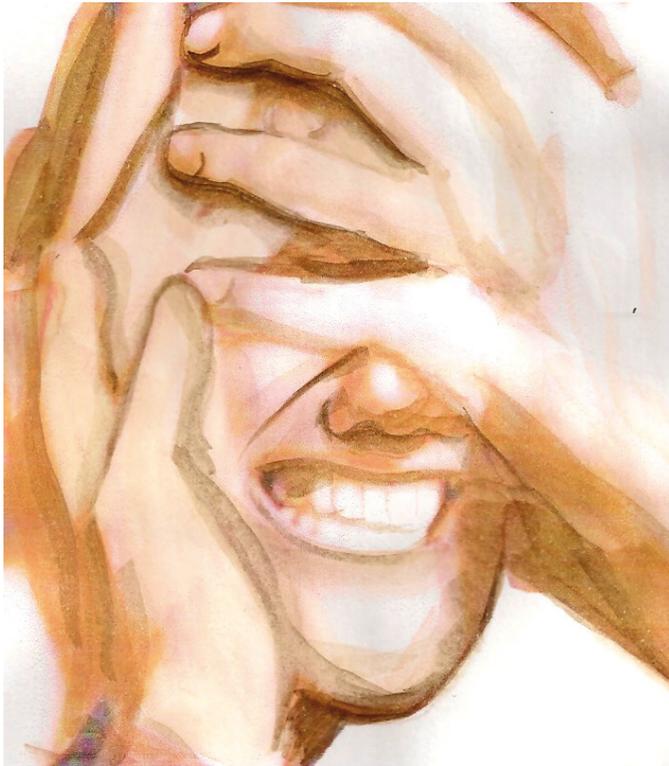
* Esquizofrenia paranoide: forma de aparición más tardía (30 – 45 años), más frecuente y de mejor pronóstico, ya que es la menos invalidante. Es el tipo de esquizofrenia que tiene mayor componente hereditario. Muy rica en síntomas, especialmente de contenido delirante (asocian una o más ideas delirantes organizadas alrededor de un tema coherente) y alucinaciones auditivas (preferentemente monotemáticas con ausencia de trastornos formales del pensamiento) sin afecto aplanado o inapropiado ni alteración del lenguaje.

* Esquizofrenia desorganizada o hebefrénica: la de aparición más precoz (adolescencia). Pronóstico muy grave dado que además de ser una forma crónica con escasas remisiones, ocasiona un deterioro social y cognitivo importante. Componente regresivo y disociativo que rompe la personalidad de quien la sufre. Desorganización del comportamiento (alteración del cuidado y aseo personal, pérdida importante de la capacidad social con introversión y aislamiento social) y del lenguaje y afectividad aplanada o inapropiada (risa inmotivada). Si existen alucinaciones e ideas delirantes, están mal estructuradas y fragmentadas.

* Esquizofrenia catatónica: comienzo generalmente agudo entre los 20 – 30 años. Aparición de fenómenos psicomotores graves (rigidez, inercia psicomotriz de quietud, conductas de repetición monótonas – ecopraxias –, obediencia automática), disminución de la sensibilidad al dolor, lenguaje (estereotipias lingüísticas, mutismo, ecolalia), conducta en cortocircuito, estupor o, en ocasiones, hipermotilidad.



- Esquizofrenia indiferenciada: no puede ser clasificada en ninguna de las anteriores dado que no presenta rasgos claramente diferenciales respecto a ellas.
- Esquizofrenia residual: cuando ha existido al menos un episodio de esquizofrenia pero en el cuadro clínico actual o no existen los síntomas positivos o están atenuados, predominando los síntomas negativos (apatía, lenguaje pobre, incoherencia, conducta desorganizada, deterioro de la adaptación social y en las normas de higiene, etc.) pero sin ser de gran intensidad.



Epidemiología, evolución, fisiopatogenia y etiología

La esquizofrenia afecta al 1 % de la población, llegando a representar casi el 66 % de los ingresos en unidades psiquiátricas.

Su aparición se puede producir durante la adolescencia o al entrar en la edad adulta, afectando de forma similar a ambos sexos. Sin embargo, en los varones, la edad de inicio más frecuente es a comienzos de la tercera década de la vida, mientras que en las mujeres el inicio es más tardío. Dicho inicio puede producirse de forma aguda o bien presentarse de forma insidiosa. La mayor parte de los pacientes alternan en su curso clínico episodios psicóticos agudos con fases estables de remisión total o parcial. Son frecuentes los síntomas residuales entre los episodios. Este trastorno puede caracterizarse mediante tres fases que se fusionan unas con otras sin que existan unos límites claros y absolutos entre ellas: fase aguda o crisis, fase de estabilización o post – crisis y fase estable o de mantenimiento.





La alteración de la neurotransmisión dopaminérgica está en relación con los síntomas positivos mientras que la noradrenérgica y la serotoninérgica con los síntomas negativos. La pobreza psicomotora se asocia con una disminución del metabolismo a nivel prefrontal y parietal izquierdo; las ilusiones y alucinaciones con aumento del metabolismo en región parahipocampal izquierda y zonas adyacentes; y las alteraciones del pensamiento y del afecto con un incremento del metabolismo en la corteza cingulada anterior derecha, etc.

Se habla de una etiología multifactorial de la enfermedad, ya que aparece por distintos factores, como son:

- Factores hereditarios (hay mayor prevalencia entre los familiares de las personas con esquizofrenia).
- Factores constitucionales (más frecuente en personas de biotipo leptosomático: altas y delgadas).
- Factores caracteriales (personalidad esquizofrénica: de rasgos característicos, tales como aislamiento, introversión, desadaptación social y frialdad afectiva).
- Factores biológicos (presencia de enfermedades víricas y alteraciones bioquímicas).
- Factores psicosociales (actúan más como desencadenantes y precipitantes que como causantes de la esquizofrenia).

En las causas, se habla de hipótesis organicista cuando se hace hincapié en el trastorno como consecuencia de alteraciones bioquímicas, genéticas, virales, exposición a tóxicos, etc. Y de hipótesis no organicista cuando se atiende más a una dificultad de adaptación a la realidad, con baja tolerancia a la frustración y regresión a un pensamiento mágico – simbólico y a una búsqueda de la satisfacción de las pulsiones y deseos, con regresión de la energía libidinal hacia un foco narcisista que daría lugar a alteraciones del pensamiento.

Tratamiento

En el tratamiento de la esquizofrenia, al igual que en el de otros trastornos mentales severos, hay dos pilares básicos y que son los siguientes:

- Tratamiento farmacológico: como los ansiolíticos, los neurolepticos (antipsicóticos, de efecto sedante, antidelirante y antialucinatorio) y los antidepresivos. Sirven para atenuar los síntomas agudos de la enfermedad.
- Tratamiento no farmacológico: como la psicoeducación (transmisión de información relacionada con la enfermedad, tanto al paciente como a su familia), la psicoterapia (intercambio verbal entre el psicoterapeuta y el paciente que produce una modificación psicoafectiva que conduce hacia un mayor bienestar) y la terapia ocupacional.



Aspectos psicosociales de la enfermedad

Existen centros de rehabilitación y diferentes dispositivos de atención a personas con enfermedad mental, como son los hospitales de día, las unidades de media estancia, los centros de rehabilitación psicosocial o las unidades de larga estancia, cuyos objetivos de rehabilitación con los usuarios son:

- Búsqueda de motivación de la persona.
- Equilibrio de las distintas áreas de actividad del individuo.
- Potenciación de hábitos saludables en la vida diaria.
- Desarrollo de capacidades motoras, cognitivas, sensoriales, intrapersonales e interpersonales necesarias para la vida.
- Potenciación de la autonomía y el desenvolvimiento ocupacional.
- Potenciación de la integración sociocomunitaria.
- Mejora de la calidad de vida.
- Supervisar la toma de medicación y la adherencia a la misma.
- Desarrollar una adecuada conciencia de enfermedad.
- Potenciar hábitos de autocuidado, aseo, alimentación, sueño y vida saludable.
- Entrenar habilidades de organización doméstica.
- Evitar el aislamiento social y procurar el acercamiento a otros recursos comunitarios.
- Adiestrar en la administración y manejo del dinero.

- Desarrollar habilidades sociales y de afrontamiento.
- Prestar apoyo psicológico y social.
- Llevar a cabo acompañamientos terapéuticos, para compras, gestiones, etc.
- Apoyar a la familia, reforzando su labor terapéutica y entrenando en solución de problemas.
- Prestar atención extra en situaciones en las que el cuidador principal no pueda atender a su familiar.

Para acceder a estos recursos debemos tramitar una solicitud a través del psiquiatra de la unidad de salud mental correspondiente. En nuestro centro de salud nos informarán de cuál es el especialista que nos corresponde, el cual se encargará de gestionar la derivación del interesado hacia el dispositivo más adecuado a su situación personal, social y familiar.



Relacionados con los síntomas de la enfermedad, existen una serie de déficit psicosociales, como son:

- El menoscabo en la autoestima de la persona con esquizofrenia.
- Su pérdida de intereses y motivación por hacer cosas.
- El no reconocer o valorar adecuadamente sus logros.
- El no poder desempeñar un papel concreto dentro de su familia o con su entorno social más cercano.
- La falta de recursos sociales para interactuar convenientemente con sus allegados.
- La pérdida del control del impulso.
- El no saber gestionar eficazmente su tiempo.

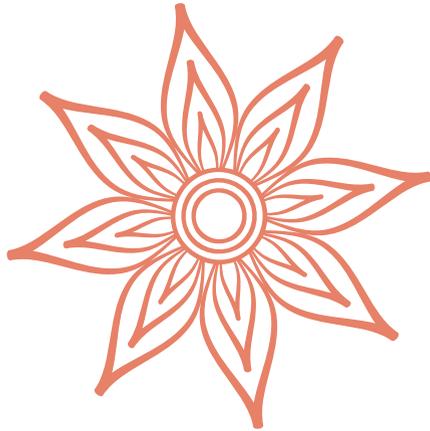


Todas estas dificultades son objeto de tratamiento en los dispositivos de rehabilitación psicosocial.

También desde el propio hogar, la familia puede contribuir a compensar estas situaciones con una serie de medidas:

- Procurando que el ambiente familiar sea lo más equilibrado y estable posible, disminuyendo al mínimo los cambios bruscos y facilitando las rutinas.
- Invitando a la persona a participar con nosotros en actividades comunes, como celebraciones, juegos, deportes (puede servir el simple hecho de ir a pasear).
- Asignándole algunas tareas o responsabilidades dentro del funcionamiento del hogar (por ejemplo, puede ser el responsable del reciclaje, de ir a comprar el periódico, de poner y quitar la mesa...).
- Implicándolo en alguna actividad social (ir a visitar a algún amigo, asistir a algún acto público, etc.).
- Mostrando apoyo en momentos de crisis, tratando de relativizar los problemas.
- Facilitándole momentos para el ocio y el esparcimiento.







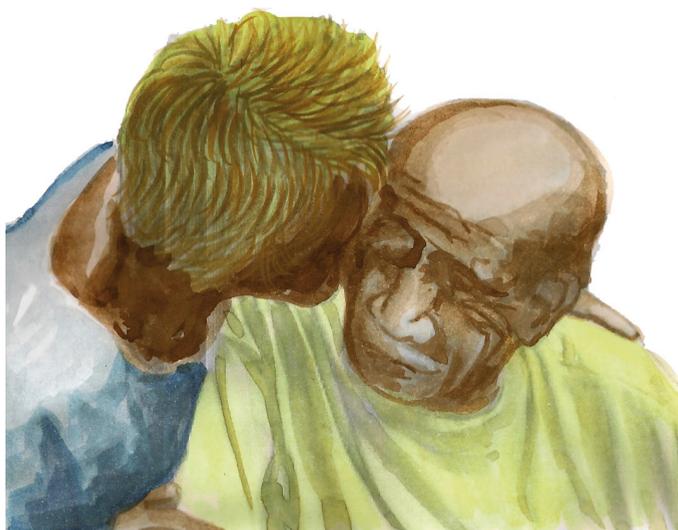
2. Además de esquizofrenia





La importancia de mantener una buena salud

Existen una serie de condicionantes que pueden incrementar la dependencia de la persona con esquizofrenia, unos externos al sujeto, como puede ser la actitud que adopte el cuidador (el considerar a la persona como incapaz de asumir ciertas responsabilidades y de ejercer su autonomía) y otros internos, como pueden ser su autoestima o la relación que mantenga con el cuidado de su salud orgánica, que también va a influir en esa imagen personal propia.



En cuanto a los primeros, resulta de vital importancia que los cuidadores consideren a la persona en su globalidad, con sus dificultades pero también con sus potenciales, no viéndola únicamente como enferma sino, principalmente, como persona, huyendo de conductas anormalizadoras. Si queremos fomentar su independencia lo primero va a ser el considerarlo como una persona normal, con sus peculiaridades, con sus defectos y con sus virtudes.

Debemos buscar el equilibrio entre una actitud proteccionista (que puede anular las capacidades que la persona conserve) y otra restrictiva en cuanto a apoyos y estímulos (que puede abandonar a la persona a su suerte). Se trata de no anular sus posibilidades de recuperación y de tampoco prestar excesiva atención a sus síntomas.

Como factores internos al sujeto y que van a posibilitar el mantenimiento de su autonomía conviene destacar los dos siguientes:

a) Autoestima.

Es la imagen que tenemos de nosotros mismos, determinada en gran medida por la imagen que creemos que los demás tienen de nosotros. Esta va a estar distorsionada, por ello debemos procurar que la persona desarrolle unas adecuadas destrezas, tanto de interacción, como de comunicación, manipulativas y psicosociales.

El desarrollo no sólo de habilidades sino también de intereses permitirá a la persona afectada sentirse satisfecha consigo misma, contribuyendo los demás a ello con la alabanza y el refuerzo externo.

b) Cuidados de salud.

Una imagen externa cuidada y saludable va a influir en la imagen que los demás tienen de nosotros y, por extensión, en nuestra autoestima. También va a facilitar las relaciones sociales y la normalización de las interacciones de la persona afectada.

Además de estas ventajas obvias, el cuidado de la propia salud adquiere capital importancia en el control de síntomas positivos, reconocimiento de pródromos y disminución de posteriores complicaciones orgánicas.

El mantenimiento de la salud en la persona con esquizofrenia es una labor compleja que requiere atender a varios frentes. Algunos de ellos a los que debemos atender son los siguientes:

- La enfermedad se reconoce cuando empiezan a cambiarse las conductas de siempre. Puede ser el inicio de una descompensación.
- Hay que atender a todos los síntomas y acudir a los profesionales de salud mental.
- Es preciso tomar correctamente la medicación. Abandonar la medicación por iniciativa propia conlleva el riesgo de recaer de forma inmediata.
- Horarios regulares: la regularidad en los hábitos de sueño, de actividades y de hábitos alimentarios es básica para evitar recaídas.
- Evitar el estrés. Realizar actividades agradables que ayuden a rebajar la tensión (pintura, lectura, ejercicio físico moderado...).
- Fomentar la relación del enfermo con otras personas.
- Sueño: conviene que la persona afectada duerma cada día ocho o nueve horas. Una correcta calidad y cantidad de sueño es un factor básico para prevenir recaídas.
- No consumir tóxicos (tabaco, alcohol y otras drogas). Pueden precipitar la aparición de descompensaciones.

- Restringir las tomas de café. Sus efectos inductores de insomnio duran ocho horas, así que es recomendable no tomarlo a partir de las 16 h.
- Alimentación: conviene que el enfermo lleve una dieta y un peso equilibrados, sin someterse a regímenes rigurosos, ya que el pasar hambre aumenta la irritabilidad y la ansiedad, predisponiendo a una nueva recaída.

La dieta tiene que basarse en disminuir el consumo de grasas y no en comer en menos cantidades, sino en comer alimentos que no engorden. Puede tomarse pasta sin salsas muy condimentadas e incluir entre horas si se tiene apetito una pieza de fruta, un zumo o un filete de queso o pavo en pan de molde.



Efectos secundarios del tratamiento farmacológico

La medicación es un factor protector frente al trastorno esquizofrénico. Los neurolépticos o antipsicóticos atenúan la reactividad del sistema nervioso central ante la estimulación ambiental. Una persona vulnerable a presentar crisis experimentará menos recaídas si toma adecuadamente su medicación que si la abandona.



Los neurolépticos afectan a la mente y al cuerpo de diferentes maneras. Controlan los síntomas de la esquizofrenia pero también pueden causar efectos desagradables o incómodos, conocidos como efectos secundarios, que varían de unas personas a otras: en unas son más molestos que en otras.

Los efectos secundarios más comunes son los síntomas extrapiramidales (alteraciones en el tono muscular y el movimiento), la discinesia (movimientos involuntarios, generalmente en ojos, boca o lengua), la hipotensión y el efecto de sedación.

a) Síntomas extrapiramidales.

Son los efectos secundarios más comunes a los neurolepticos. Son síntomas parecidos a los de la enfermedad de Parkinson pero, en general, no son peligrosos y pueden aliviarse rápidamente con medicación correctora. Se producen cuando el neuroleptico bloquea otras regiones del cerebro que también utilizan la dopamina como neurotransmisor.

Algunos de estos efectos secundarios son:

- Acatisia: inquietud motriz, sobre todo en piernas, que obliga a la persona a moverlas constantemente.
- Facies inexpresiva: los músculos se vuelven rígidos y débiles, lo que da a la cara una apariencia de máscara.
- Apertura de la boca con salivación excesiva.
- Temblores.
- Marcha festinante: caminar a pasos cortos o arrastrando los pies.
- Crisis oculogiras: los músculos oculares sufren un espasmo que hace que los ojos giren, normalmente, hacia arriba, quedando en blanco.

b) Discinesia.

Son movimientos involuntarios anormales de boca y lengua que, en casos extremos, pueden abarcar otros grupos musculares.



c) Hipotensión.

Ciertos neurolépticos pueden provocar una bajada de la tensión sanguínea que se traduce en fatiga y sensación de mareo. Esta condición se ve agravada con el consumo de alcohol.

d) Sedación.

Efecto pretendido cuando la persona presenta agitación, hiperactividad e insomnio; puede devenir desagradable cuando interfiere en el desempeño ocupacional. Desaparece una vez que el organismo se acostumbra al neuroléptico, en la mayoría de los casos. En otros, sería precisa una revisión psiquiátrica.

e) Otros.

Otros trastornos se manifiestan en el aspecto sexual. Problemas de erección, anorgasmia o alteraciones en el ciclo menstrual pueden ser muy desagradables para quienes los padecen, por lo que se precisaría una comunicación franca y sincera con el personal médico, para valoración de posibles medidas correctoras.

También hay que tener en cuenta que existen medicamentos correctores de algunos de estos efectos secundarios, sobre todo en lo que refiere a los síntomas extrapiramidales o pseudoparkinson. Estos fármacos también pueden tener, a su vez, sus propios efectos secundarios, por lo que resulta indispensable la supervisión periódica y exhaustiva del médico psiquiatra, a fin de valorar dichos efectos y su interacción con otras patologías, de tipo hepático, renal o cardíaco.



Deterioro cognitivo

La disfunción cognitiva es un déficit central y persistente en las personas con esquizofrenia. Una mala función cognitiva es un factor importante que interfiere en el funcionamiento ocupacional de las personas: dificulta enormemente, por ejemplo, la obtención y conservación de un empleo.

En la esquizofrenia, la disfunción de memoria se asocia más a la codificación que a la retención, con escaso recuerdo de listas de palabras, de asociaciones, de historias, etc.

- Capacidad para retener información deficitaria, especialmente bajo condiciones de distraibilidad.
- Rendimiento mnésico deficiente, especialmente peor en tareas que requieren más esfuerzo, por ejemplo tareas de recuerdo frente a tareas de reconocimiento.
- Deficiente organización mnemotécnica del material presentado.

En cuanto a la función ejecutiva, principal deficiencia cognitiva en la esquizofrenia, se alteran los procesos que dirigen el comportamiento mediante regulación de la atención, manejo de habilidades y capacidad de abstracción. Por ello, las personas en situación de dependencia tienen dificultades para llevar a cabo tareas de proceso de la información, tales como:

- Generar y ejecutar planes.
- Resolver problemas cuya solución no es evidente.
- Resolver problemas que necesitan combinaciones nuevas de conocimientos preexistentes.

La persona con esquizofrenia presenta varios déficit de atención:

No puede mantener su atención durante largos períodos de tiempo.

Déficit en el filtro atencional.

Menor velocidad en el proceso de habituación.

Se distrae con facilidad. Por ejemplo, si está hablando con otra persona en una fiesta donde hay otras personas que también están hablando es fácil que el sujeto con esquizofrenia pierda el hilo de la conversación al no poder seleccionar el mensaje importante.

Ante tareas complicadas, su sistema de procesamiento se sobrecarga. Ante una tarea con una baja demanda atencional lo más probable es que el sujeto no presente ningún problema.



La distraibilidad puede aparecer en cualquiera de estas formas de atención: La persona con esquizofrenia es más sensible a los estímulos de distracción, por lo que va a presentar más probabilidad de fallo en la ejecución de una tarea. Conviene insistir en la repetición de tareas y conductas previamente simplificadas y reducidas en cuanto a su número de etapas constituyentes, a fin de garantizar mayor porcentaje de éxito.

Hay que señalar también que la disfunción cognitiva previa al desarrollo de la enfermedad puede incrementar el riesgo de desarrollar esquizofrenia o ser un factor que contribuya a la progresión de la enfermedad. Igualmente, la disfunción cognitiva puede ser un factor de predicción de mala evolución.



En relación al cociente intelectual hay que tener en cuenta que las puntuaciones del mismo son menos vulnerables a la disminución cognitiva, en parte porque dependen de un aprendizaje anterior que tuvo lugar antes de que apareciera la enfermedad.

Por otro lado, las ideas delirantes pueden estar relacionadas indirectamente con algunos aspectos de la disfunción cognitiva: los pacientes con delirios llegan a conclusiones partiendo de menos datos que los sanos (saltan fácilmente a las conclusiones).

Las personas con trastornos del pensamiento tienen también trastornos de la comunicación que les llevan a hacer asociaciones de palabras, a veces inconexas. Tienen una atención selectiva deficiente, una escasa vigilancia de la realidad y una fluidez verbal anómala.

Algunas medidas que podemos aplicar en el domicilio para frenar el deterioro cognitivo pueden ser:

- Proponer tareas del tipo de escuchar una lista de letras y números en orden aleatorio para repetirlas después.
- Fomentar hábitos como la lectura, el escuchar la radio o el navegar por internet, menos pasivos que el mero visionado de televisión.
- Participar con el familiar en juegos de mesa, tanto de grupo como por parejas.
- Juegos de naipes, ajedrez, etc.

Qué no es esquizofrenia (algunas creencias erróneas)

Existen en nuestra sociedad una serie de falsas ideas, arrastradas desde hace siglos, en torno a la esquizofrenia. Tienen su base en las negativas reacciones populares que se daban ante la enfermedad mental y sus manifestaciones en tiempos en que se desconocían las características de esta patología. Comportamientos extravagantes o difíciles de comprender, cambios de humor inmotivados, conductas verbales y reacciones motoras inesperadas, reacciones inadecuadas a estímulos o disruptivas con el entorno generaban incomprensión y prejuicios hacia las personas que las presentaban.

Estos prejuicios llegaron a instalarse con enorme fuerza en el subconsciente colectivo (hasta en el mismo refranero popular, por ejemplo, “mal que no tiene cura es la locura”), provocando todo tipo de reacciones marginadoras hacia los enfermos, las cuales no podían ser rebatidas por la ineficacia de los tratamientos psiquiátricos clásicos.



El rechazo social acarreado por estos prejuicios se traducía en algunas ideas falsas, como considerar al enfermo como peligroso o violento, o susceptible de ser aislado de otros enfermos, o incapaz de trabajar.

La apertura social que se ha dado en España en las últimas tres décadas y los avances científicos en torno a la esquizofrenia han conllevado la aparición de nuevos abordajes terapéuticos, como la asistencia comunitaria o la rehabilitación psicosocial. Desde estas nuevas perspectivas se incide en la concienciación de la sociedad y en la eliminación del estigma asociado tradicionalmente a la esquizofrenia, fomentando, desarrollando y formando hacia una modificación de actitudes sociales alrededor de esta patología, derribando viejas creencias y cambiando opiniones erróneas.

Por ejemplo, el fracaso laboral de algunas personas en situación de dependencia por esquizofrenia se debe a menudo a su incapacidad para aprender las habilidades necesarias con la rapidez suficiente, o a la imposibilidad de realizar las tareas laborales de modo constante, más que a los síntomas positivos. Estas cuestiones son abordadas en los tratamientos rehabilitadores hoy imperantes, atendiendo a la persona en su globalidad y valorando no solo sus déficit sino también y sobre todo sus cualidades y potenciales. ¿Por qué no, por ejemplo, hacer todo lo posible para que una persona con esquizofrenia pueda trabajar?

En este sentido, la capacidad de trabajar guarda una íntima relación con la calidad de vida. Una buena función cognitiva se asocia a buena evolución funcional, mejor calidad de vida y menores costes para los pacientes, sus familias y la sociedad. De ahí la importancia de la intervención terapéutica en la recuperación de los componentes cognitivos de ejecución.

También las personas con buena función cognitiva pueden ser más conscientes de su enfermedad que los que sufren un mayor deterioro, con lo que se reducen riesgos como el de no cumplimiento de la toma de medicación y posterior recaída. El logro de la máxima función cognitiva posible repercutirá de forma importante en los costes netos de la esquizofrenia. De ahí se deduce la importancia de las intervenciones terapéuticas, no solo para combatir falsas creencias, sino también desde una óptica meramente económica.



CREENCIAS ERRÓNEAS SOBRE ESQUIZOFRENIA

Creencia

Las personas con esquizofrenia no pueden vivir con el resto

Las personas con esquizofrenia son violentas

La enfermedad mental supone menor grado de inteligencia

Las personas con enfermedad mental no pueden trabajar

Realidad

El 88% de las personas con enfermedad mental viven con su familia. Estos trastornos no tienen por qué impedir una vida normalizada. Deben atenderse dentro del entorno habitual de la persona

La enfermedad mental no provoca actitudes violentas. Solo un 3% de las personas reacciona de este modo cuando no recibe un tratamiento adecuado

Las personas con enfermedad mental no presentan menor capacidad intelectual

Muchas personas con estos trastornos trabajan. Con frecuencia denuncian discriminación laboral





3. Qué son las actividades de la vida diaria (AVD)





Definición

Cuando hablamos de ocupación de las personas u ocupación humana entendemos el conjunto de tareas y actividades que conforman el devenir diario de todas las personas. El estudio de la ocupación humana distingue tres subconjuntos dentro de esta globalidad:

- Autocuidado.
- Actividades productivas o trabajo.
- Actividades de ocio y tiempo libre.

Las acciones que realizamos diariamente para garantizar nuestro funcionamiento en estos tres subconjuntos son las Actividades de la Vida Diaria (AVD), tanto básicas (lavarse, desplazarse, vestirse...) como instrumentales (manejo de dinero, de recursos sociales, tecnológicos, medios de transporte...) y avanzadas. Las básicas nos permiten un funcionamiento autónomo en el autocuidado, mientras que las instrumentales y avanzadas son indispensables para nuestro manejo independiente en las actividades productivas y de ocio.

Por tanto, las AVD están relacionadas con el funcionamiento independiente y ayudan a mejorar las habilidades y competencia psicosocial de las personas que sufren de trastornos mentales severos, como la esquizofrenia.

Las AVD se definen como “el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia casi cotidiana para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir su papel social”.

Clasificación: ABVD, AIVD, AAVD.

Las actividades de la vida diaria (AVD) se clasifican en básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD), teniendo en cuenta su complejidad.

ABVD:

Aquellas actividades primarias encaminadas al autocuidado y movilidad, de tal modo que permiten el grado de autonomía e independencia elemental necesarios para que la persona pueda vivir sin ayuda continua de otros. Se consideran propias de este grupo la movilidad, el comer, el vestirse, el asearse, etc.



AIVD:

Suponen un nivel más complejo de la conducta y permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad.

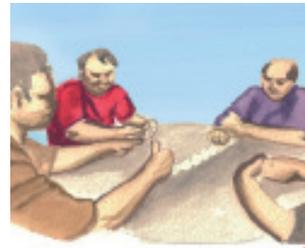
Dependen, al igual que las actividades básicas, del estado de salud del individuo. Pero intervienen otros elementos, como son el estado afectivo, los rendimientos cognitivos y aspectos del entorno social. Tienen connotaciones diferentes para cada individuo, en función de su sexo, edad, circunstancias personales o familiares, estando en relación con el estilo de vida.



Incluyen tareas tales como el uso del teléfono y medios de transporte, las compras, labores domésticas, manejo de la medicación, gestión de los asuntos económicos, etc.

AAVD:

El concepto de actividades avanzadas de la vida diaria separa algunas tareas instrumentales para definir aquellas conductas más elaboradas que, mediante el control del medio físico y social, permiten al individuo cumplir con su papel en la sociedad, mantener la salud mental y gozar de buena calidad de vida. Comprenden las actividades laborales, el deporte, y actividades sociales de mayor intensidad como son las aficiones, los viajes y la participación social.



Significado de las AVD

Las actividades de la vida diaria suponen un elemento de capacitación y autonomía importante y otorgan al sujeto dignificación personal, la cual debe estar presente en el proceso global de rehabilitación psicosocial dirigido a dar la oportunidad al sujeto con trastornos mentales severos de desarrollar el óptimo funcionamiento independiente en la comunidad.

La consecución de este objetivo pasa por aplicar todas las técnicas que ayuden a capacitar al sujeto, pero también por introducir en su entorno más inmediatos correctores de cambio que le permitan disminuir su handicap producto de su déficit de habilidades.

Es por ello que las AVD tienen un valor personal: la importancia para la persona con esquizofrenia de saberse independiente para su desempeño, desde lo más íntimo hasta los aspectos más públicos de su día a día. El verse autónomo refuerza el autoconcepto y el sentido del “yo”.

Además, la autoestima tiene su génesis en la imagen que el sujeto cree que los demás tienen de él mismo. A ella contribuye, en gran medida, el cómo es percibido él mismo como ser actuante, en interacción con el medio social y a través de las AVD, confiriéndole a las mismas un significado social; del cómo se desenvuelva en el entorno va a depender la percepción que los demás tengan de él mismo.

En el día a día con la persona en situación de dependencia por esquizofrenia debemos intentar facilitarle su autonomía, procurando que su entorno se adapte a sus posibilidades (habitación limpia y ordenada, sin exceso de “trastos” o elementos distra-

tores que puedan generarle ansiedad o confusión, útiles de aseo o prendas de vestir colocadas siempre en el mismo sitio, estabilidad, rutinas acordadas y planificadas junto con la familia,...) e intentando que las tareas que le encomendemos sean de dificultad creciente (no empezaremos por lo difícil sino por lo más sencillo), estén bien explicadas y consensuadas o programadas en la medida de lo posible.

Obtendremos un mayor rendimiento de la persona a nuestro cargo a la hora de ser independiente en sus AVD cuando las tareas le sean presentadas con la debida antelación, llegando a un acuerdo con él respecto a las mismas y permitiendo una asimilación paulatina y progresiva a sus esquemas.



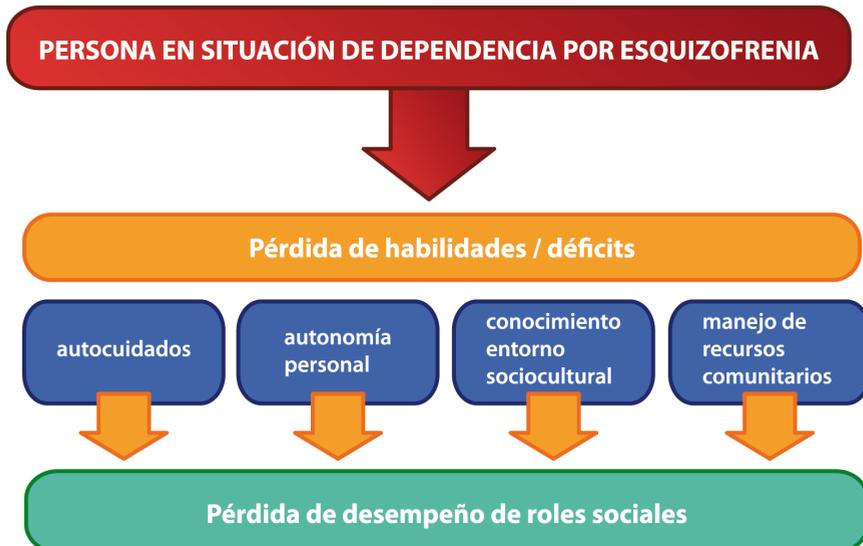
Limitaciones que tiene la persona con esquizofrenia en las AVD

EL conjunto de síntomas que tiene la persona con esquizofrenia y la manera en que los vive, influyen directamente en el desempeño de las AVD.

La escasa o nula conciencia de enfermedad es muy característica y esto dificulta la aceptación de ciertas limitaciones con las que tiene que convivir la persona con esquizofrenia que son, por ejemplo:

- Pérdida de habilidades en los autocuidados.
- Pérdida de autonomía personal.
- Dificultad en el conocimiento del entorno sociocultural.
- Dificultad en el manejo de recursos comunitarios.

Estas limitaciones repercuten en el desempeño de roles en la sociedad, es decir, provocan conductas poco adaptadas para un entorno social concreto.



POR QUÉ SE VE LIMITADA LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA

ÁREA LIMITADA

MOTIVO

AVD BÁSICAS

(Autocuidados, higiene, sueño, alimentación, forma de medicación...)

- _Desaparición de hábitos que tenía anteriormente
- _Falta de motivación
- _Escasa autoestima y valoración de los propios logros
- _Falta de voluntad
- _Escasa o nula conciencia de enfermedad
- _Hábitos poco saludables

AVD INSTRUMENTALES Y AVANZADAS

(Manejo de dinero, cuidado de la casa, hacer gestiones, utilizar electrodomésticos, realizar actividades productivas en la sociedad, desempeñar roles...)

- _Dificultad en el control y manejo de los impulsos
- _Dificultad en la toma de decisiones
- _Déficits cognitivos (autoorganización y planificación del tiempo, programación, resolución de problemas...)
- _Dificultad para afrontar situaciones estresoras
- _Escasa o nula conciencia de enfermedad

OCIO

(Utilización del tiempo libre de una manera saludable y acorde a los intereses individuales y de la sociedad)

- _Síntomas negativos de la esquizofrenia (apatía, abulia, anhedonia...)
- _Aislamiento y ensimismamiento
- _Falta de motivación
- _Desestructuración de áreas (vida desestructurada)
- _Escasa o nula conciencia de enfermedad

Algunos de los factores más relevantes que influyen en la limitación de la autonomía personal son:

- Desaparición de hábitos que podían o no existir anteriormente.
- Escasa o nula conciencia de enfermedad.
- Desestructuración del ritmo de vida y hábitos saludables.
- Escasa motivación y toma de decisiones.
- Dificultad en el afrontamiento de situaciones estresoras.
- Falta de voluntad e iniciativa.
- Baja autoestima.
- Dificultades en ejecutar una conducta apropiada en una situación (dificultad en el desempeño de un rol).
- Aislamiento y ensimismamiento.

POR QUÉ SE VE LIMITADA LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA

Áreas que se ven afectadas, en mayor o menor medida, en función de la gravedad de la esquizofrenia

AVD BÁSICAS	AVD INSTRUMENTALES	AVD AVANZADAS
Sueño-descanso Alimentación-nutrición Tratamiento farmacológico Higiene personal: ducha y/o aseo Cuidado personal: afeitado, uñas, menstruación, etc... Incontinencias Ropa y vestido Autocuidado de la salud Independencia de movimientos	Manejo de dinero Compras Preparación de comida Tratamiento farmacológico Manejo de electrodomésticos Lavado de ropa Uso del teléfono Cuidado de la casa Utilización de medios de transporte	Utilización de servicios asistenciales Utilización de servicios públicos Realización de trámites Ejercicio de roles Respuesta ante situaciones de emergencia Actividades de ocio Trabajo

POR QUÉ SE VE LIMITADA LA AUTONOMÍA DE LA PERSONA CON ESQUIZOFRENIA

Competencia ocupacional que se ven afectados, en mayor o menor medida, en función de la gravedad de la esquizofrenia

COMPONENTE MOTOR

- Enlentecimiento motor
- Esquema corporal
- Coordinación óculo-manual
- Coordinación gruesa
- Postura y equilibrio
- Lateralidad
- Motricidad fina

COMPONENTE COGNITIVO

- Orientación temporo-espacial
- Atención-concentración
- Memoria
- Percepción-relaciones espaciales
- Lenguaje y expresión verbal
- Razonamiento lógico
- Secuenciación
- Categorización
- Resolución de problemas
- Aprendizaje
- Generalización

COMPONENTE DE HABITUACIÓN

- Organización temporal
- Falta iniciativa-iniciar actividad
- Terminación de actividad
- Organización del espacio y objetos
- Baja tolerancia al estrés
- Ritmo de ejecución
- Estructuración diaria
- Mantenimiento de hábitos
- Ejecución de roles

COMPONENTE SOCIAL

- Lenguaje no verbal
- Intercambio de información
- Conducta social
- Reglas sociales
- Habilidades sociales básicas
- Asertividad
- Empatía
- Conversación
- Cooperación
- Expresión sentimientos y necesidades
- Relaciones sociales
- Resolución de conflictos

COMPONENTE AFECTIVO - MOTIVACIONAL

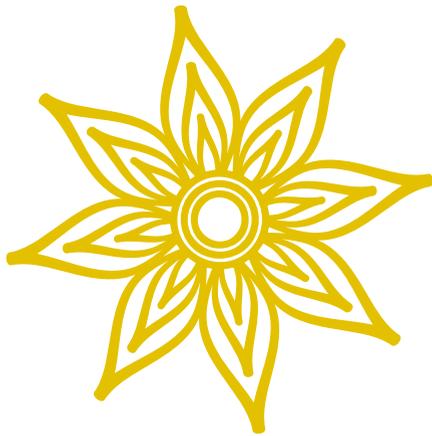
- Conciencia de enfermedad
- Automoción
- Autoconocimiento, capacidades, habilidades y limitaciones
- Sentido de eficacia
- Convicciones personales, valores y creencias
- Autocontrol-impulsividad
- Sentido de obligación
- Planificar objetivos
- Discriminación y disfrute
- Baja tolerancia a frustración
- Autoestima





4. La convivencia con una persona diagnosticada de esquizofrenia







La convivencia con una persona con esquizofrenia

Comunicación

Comunicación efectiva.

Una persona que sufre esquizofrenia, según la extensión de la enfermedad, puede ver gravemente alterada:

- su capacidad para comprender las situaciones sociales
- entender los estados de ánimo de los demás (empatía)
- interpretar situaciones sociales
- identificar la expresión emocional de sus interlocutores

Además, su aislamiento social, su falta de motivación y su posible ansiedad ante el contacto con otros, le puede llevar a una pérdida de habilidades sociales, que pueden llegar a ser importantes.

Asimismo, muchas de estas personas tienen dificultades para analizar y reconocer sus estados de ánimo, así como para expresar adecuadamente sus emociones a las personas con las que se relacionan.

Por todo lo anteriormente señalado, hay que intentar reconocer qué dificultades presenta la persona con esquizofrenia en sus habilidades de comunicación, para poder adaptarnos a ellos.

Es muy importante mantener un trato fluido y una comunicación habitual y satisfactoria entre el cuidador y la persona afectada.

Es la base para la superación de sus sentimientos de minusvalía y aislamiento, para influir positivamente sobre él y, llegado el caso, para que el manejo de las situaciones difíciles sea menos traumático.



Para mejorar la comunicación.

- Exprese sus ideas de una manera simple y breve. Refiérase continuamente sólo a una idea central.
- Mire a los ojos de la persona con quien habla. Además, procure también que la persona le mire a la cara cuando le hable.
- Deshágase de posibles distracciones. Es esencial para una buena comunicación que no haya distracciones que la puedan dificultar, tales como música, televisión, etc.
- Repita con frecuencia lo que dice. Para ello mantenga el énfasis en la idea principal y no mezcle temas ni utilice un lenguaje muy emotivo.
- Asegúrese de que la persona le escucha y le comprende. Para ello es útil que le pida que le repita lo que le ha comentado.
- Anote el objetivo de la conversación para que sirva de recordatorio. Si el objetivo de la misma es llegar al acuerdo de que la persona colabore en casa, póngalo por escrito cuando finalicen la conversación y así será consciente de qué es lo que debe hacer.

Comunicación no verbal.

La comunicación no verbal es el lenguaje del cuerpo, es decir, lo que comunicamos a través de nuestra postura corporal, del movimiento de manos o de nuestra expresión facial.

Para una adecuada comunicación no verbal con la persona es necesario el contacto con la mirada y mantener una expresión amistosa y cercana, y dependiendo de los casos, física y/o afectiva. Así conseguiremos que esté más receptivo a nuestros comentarios.

Muchas veces tendemos a creer que las personas con esquizofrenia no están interesadas en un contacto emocional, físico, cercano y amistoso. Pero nos equivocamos. Las personas



con esquizofrenia suelen tener atenuada su expresión gestual y lenguaje no verbal, pero lo más probable es que si nos esforzamos en mostrarles nuestra afectividad con gestos, agradecerán este tipo de contactos.

Hay que recordar que comunicación también es permanecer juntos sin necesidad de grandes intercambios verbales, por ejemplo, compartiendo intereses, como ver la televisión o dar un paseo.

Para mejorar la comunicación no verbal.

- Captar la atención de la persona a nuestro cargo del modo adecuado. Para ello deberemos mantener la mirada, situarnos a un metro aproximado de distancia y en un ángulo de unos 45 grados (distancia segura y cómoda para los interlocutores) pues así podremos mantener una charla relajada y productiva.
- Ofrecer un trato cálido. Muchas veces detrás de una persona con esquizofrenia se esconde un ser humano que, en el fondo, sufre de soledad y falta de afecto. Puede sentirse sin objetivos, derrotado por la enfermedad, humillado por el estigma social y con falta de metas y de relaciones. Para poder atender sus necesidades afectivas hay que aceptar a la persona tal y como es, fomentando sus aspectos positivos, sus fortalezas, tanto del pasado, como del presente.
- Preservar la dignidad de la persona. Para ello puede ser útil:
 - a) Llamarle siempre por su nombre.
 - b) Ser delicados a la hora de abordar sus problemas delante de terceras personas.
 - c) Evitar el tratar de supervisar cada uno de sus actos.
 - d) Hacerle partícipe de las decisiones que se toman en el domicilio y valorar sus opiniones.



- Favorezca la toma de decisiones. A veces las personas más apáticas o desinteresadas pueden requerir ayuda para ejercitar el poder de elegir. Anímele a que elija pequeñas cosas en el día a día.
- No pierda oportunidades para reforzar. Es necesario que el cuidador sea capaz de estimular en la persona comportamientos que merezcan la alabanza de los demás.

Actitudes ante la conversación inconexa o delirante.

Fundamentalmente en períodos de crisis, la persona con esquizofrenia puede producir delirios, soliloquios (hablar solo) o un habla confusa.

Cuando insista en dirigirse a nosotros con este tipo de charla es recomendable:

- No centrarnos excesivamente en corregirle o contradecirle. Esto conllevará a aumentar la frecuencia de este tipo de habla.
- No relacionarnos con la persona afectada a través de estos delirios, soliloquios...
- Manifestar claramente nuestro desacuerdo. Si el contenido no es un tema altamente sensible para él y se refiere a una mala interpretación de la realidad, es necesario manifestar nuestro desacuerdo con tacto y respeto, proporcionándole información sobre qué es lo que ocurre de verdad. En ningún caso le llevaremos la corriente ni haremos comentarios jocosos al respecto.
- Distraerle. Si se muestra muy excitado por lo que dice, es necesario utilizar el tacto y hacerle cambiar de tema.
- Reconocer el sentimiento o la emoción que la persona tiene en lo que dice, ignorando el contenido de su conversación; manifestar nuestro desacuerdo en el contenido, pero mostrando que nos damos cuenta de su estado de ánimo.



Afrontamiento de problemas de convivencia

La convivencia con una persona con esquizofrenia, en algún momento traerá momentos y situaciones difíciles de manejar. Por ello, lo mejor es prepararse para afrontar estas situaciones.

Mantener un clima emocional adecuado en casa. Para ello, el cuidador deberá evitar la tendencia a la crítica constante como forma de control de la conducta, la descalificación de la persona con esquizofrenia o la sobreprotección. Estas actitudes pueden llevar a crear en el domicilio un clima altamente emotivo y muy perjudicial para la persona afectada.

Por el contrario, un clima estable emocionalmente, donde se estimule la autonomía de la persona cuando está en la fase de compensación, donde se use la alabanza y el refuerzo de lo positivo, de los logros, como método para incrementar sus comportamientos deseables, es el ambiente que nos servirá de base para afrontar las dificultades en las mejores condiciones posibles.

Existen dos grandes grupos de habilidades que el cuidador debe desarrollar en la convivencia con una persona afectada de esquizofrenia: habilidades de comunicación y habilidades de solución de problemas.

Los trastornos esquizofrénicos alteran la capacidad para la comunicación y las relaciones interpersonales, lo que obliga a hacer un esfuerzo para mantener una buena comunicación con la persona afectada.

Por otro lado, estos trastornos cursan con fases y de vez en cuando presentarán crisis o descompensaciones que nos obligan a afrontar situaciones difíciles.



Resolución de problemas.

Debemos reconocer nuestras habilidades y recursos y ver en la familia, amigos y profesionales las fuentes de apoyo. La convivencia con problemas se hace más llevadera cuando uno desarrolla su vida de una manera más variada. Si aparte de padres, cultivamos nuestro vínculo conyugal, nuestras relaciones afectivas con familiares y amigos, una ocupación fuera de casa, aficiones de tiempo libre y vacaciones, nuestra vida se hace más rica y seremos más capaces de soportar dificultades.

Hay que tener en cuenta que:

- Las situaciones problemáticas son parte de la vida normal y es probable que ocurran con frecuencia.
- Todo el mundo puede aprender cómo resolver problemas más eficazmente.
- La ansiedad y otros sentimientos desagradables actúan como una señal de que existe una “situación problema”.
- Las situaciones problemáticas se manejan mejor si se para a pensar, en vez de actuar rápidamente.
- Si creemos que podemos solventar los problemas, tendremos más posibilidades de lograrlo.

La sensación de sentirse derrotado por los problemas crece cuando éstos se ven de forma global. Para solucionar los problemas hay que identificarlos, delimitarlos, clasificarlos según su importancia (urgentes o secundarios) y su facilidad para afrontarlos (fácil, difícil o sin solución).

Además, deberemos buscar las ayudas y apoyos de familiares o profesionales para lograr superarlos. Para conocer qué problemas reales tiene con la persona afectada, quizá le resulten de utilidad las opiniones de los demás.



Una forma de aprender a conocer los problemas y superarlos es preguntarse qué problemas se están manejando con más dificultad, así como qué cosas le gustaría cambiar.

Para ello puede seguir los siguientes pasos:

- Escoja un problema en concreto. Un mismo problema suele ocurrir en situaciones diferentes. Elija una situación en la que ocurre el problema, e intente cambiar ese problema en esa situación concreta. El encontrar la solución en una situación concreta, le ayudará a encontrar soluciones en situaciones similares.
- Escoja una situación particular y hágase las siguientes preguntas para definir el problema específicamente y, por lo tanto, hacer más fácil la solución:
 - ¿Cuál es la situación en la que ocurre el problema?
 - ¿Cuándo ocurre el problema?
 - ¿Dónde ocurre el problema?
 - ¿Con qué frecuencia ocurre?
 - ¿Con quién ocurre?
 - ¿Qué hago yo en las situaciones?
 - ¿Qué hacen otras personas en la situación?
 - ¿Qué me gustaría cambiar en este ejemplo específico?
 - ¿Cuáles son algunas de las cosas que no me dejan resolver mi problema?
- Haga una lista de posibles soluciones. Frente a cada problema, ya definido en términos concretos, busque su solución. Esta solución implicará hacer un cambio de actitudes. Estudie las consecuencias que traería aplicar cada una de las posibles soluciones.



- Escoja la mejor solución o una combinación de soluciones. Escriba la solución acordada y procure que todos los implicados la conozcan y participen de ella para conseguir el objetivo. Si se encuentra una fisura, será difícil llegar al objetivo planteado.
- Establezca un plan para implantar la solución escogida. Muchas veces conviene un plan de pasos sucesivos; es decir, decidir quién se encargará de hacer cada cosa y anticipar qué ocurriría si existen fallos en estos pasos y cómo se podrían solucionar.

Recuerde que es recomendable reforzar los pequeños logros conseguidos por cada uno de los miembros de la familia que participa en la resolución del problema.

Si después de un tiempo razonable, la solución no funciona, no se sienta derrotado y piense de nuevo en cómo afrontar el problema; en este caso, puede ser de gran ayuda apoyarse en los amigos o familiares que nos pueden dar consuelo y ánimo para seguir adelante.

Superación de conflictos.

Es lógico que en la convivencia existan conflictos y por ello es importante saber adoptar una actitud negociadora en la búsqueda de soluciones que satisfagan tanto a la persona afectada como a la familia.

Para llegar a establecer un acuerdo o para negociar un conflicto se pueden seguir los siguientes pasos:

- Seleccionar el momento adecuado para hablar con la persona en conflicto. El momento adecuado no es cuando el problema está presente y los ánimos están alterados, sino cuando existe un momento de calma y buena disposición.



- Exponer con claridad y de modo resumido el asunto. Centrar el tema del que se quiere hablar, desde un punto de vista positivo, buscando la solución, no como un problema, o desde un punto de vista emocional. El uso de un lenguaje demasiado emotivo creará una atmósfera tensa y poco propicia para el razonamiento.
- Identificar las propuestas de la persona implicada y sus dificultades para cumplir las demandas que se le hacen.
- Sugerir opciones para solucionar la cuestión y pedir a la persona afectada que también plantee sus opiniones.
- Llegar a un acuerdo. Este acuerdo puede ser una de las dos propuestas (la del cuidador o la de la persona afectada), o una nueva que recoja aspectos de las dos. Es bueno escribir el acuerdo y ponerlo en un lugar visible y que sirva de recordatorio.
- Establecer un procedimiento de verificación del cumplimiento del acuerdo.

Conductas problema.

- Siéntese y háblele con calma. Sin emocionarse y con tranquilidad.
- Muéstrese firme, pero sin enfadarse ni amenazarle. Sea claro y concreto, refiérase siempre a la conducta indeseable pero no a él/ella como persona.
- Establezca límites claros y unas normas sobre lo que está permitido y lo que no. Si es oportuno ofrezca diferentes consecuencias si se cumple la norma o no y mantenga estos límites, recordándolos verbalmente cuando sea necesario.



- Confronte la irrealidad de conductas y de algunas de sus ideas. Cuando sea posible relacione estos trastornos con síntomas de la enfermedad. Hágale ver, con mucho tacto, que lo que está experimentando no es real sino parte de la enfermedad.
Pero no utilice nunca la medicación o los servicios de hospitalización como una amenaza.
- Utilice el contacto físico en su comunicación si la persona afectada lo acepta.
- Utilice el sentido del humor con delicadeza y evite herirle. Intente crear una atmósfera distendida y orientada a establecer un acuerdo.
- Asegúrese de que está tomando la medicación.

Uso de reglas de convivencia.

Una regla o norma es una demanda que se realiza acerca de cualquier tarea, que se debe ejecutar rutinariamente, o acerca de una determinada conducta que se debe desarrollar en relación con unas circunstancias que se repiten con rutina en la vida diaria.

Requisitos de una buena regla o norma.

- Ser definible. Qué se exige y en qué circunstancias. Cuándo se falta a la norma.
- Ser razonable. Debe existir tiempo “libre de normas”, y centrarlas en períodos y circunstancias concretas.
- Las normas deben exigir una conducta que la persona posea en su repertorio. Es decir, no puede exigir lo que no sabe hacer o lo que hace mucho tiempo que no hace.



- Las reglas o normas deben demandar actividades o tareas que se deben mantener bajo cualquier circunstancia del ambiente, no del sujeto, obviamente. Por norma general, estas personas se sienten más seguras en un ambiente estable donde se repitan unas mismas rutinas, y pueden predecir lo que ocurrirá.

Cómo establecer normas sobre tareas o actividades obligatorias.

- Se debe establecer un tiempo límite para su realización, tanto el momento en que debe realizarse como el tiempo límite para hacerlo.

Es muy conveniente que este tiempo límite esté marcado por el inicio de otra actividad. No se debe dejar el momento del cumplimiento de la regla a la elección diaria del sujeto afectado. Es más eficaz negociar con él el horario de cumplimiento.

- Hay que establecer y acordar procedimientos de verificación para saber si la regla o norma se cumple.

Los registros y auto registros de las actividades realizadas permiten eficazmente esta verificación. El hecho de preparar y más tarde repasar con la persona afectada un horario de tareas o de actividades contribuye a que efectivamente se realicen.

- Hay que ignorar conductas irrelevantes o marginales en el cumplimiento de la norma o regla.

Normalmente ante la implantación de una norma las personas afectadas intentarán romperla o transgredirla y muchas veces lo hacen protestando o adoptando conductas que pueden dirigir la atención del familiar fuera de la norma que se está imponiendo. Se deben ignorar todas las conductas que no tengan relación con el cumplimiento estricto de la norma.

- Toda la familia debe hacer cumplir esa norma o regla. Cada miembro de la familia no puede emitir un mensaje diferente, ya que este perdería su valor.



Cómo hacer cumplir reglas o normas sobre problemas.

Se trata de reglas sobre interacción social, cuidado de objetos o muebles, agresividad o actitudes. Los pasos para hacerlas cumplir serían:

- Negociar con la persona afectada la norma en cuestión y llegar a un acuerdo respecto de su definición. Logrado el acuerdo hay que recordar la regla de forma llamativa.
- Ante la transgresión de la regla solicitar al transgresor que repita cuál es la norma. Esto es importante realizarlo siempre que el estado emocional del paciente no esté gravemente alterado; si es así, hay que esperar a que se serene. Debe evitarse inculpar a la persona en forma genérica; es necesario mantener el foco de la atención sobre la conducta y la norma.
- Se deben establecer consecuencias diferentes si se cumple la norma o si no se hace.
- Ignorar conductas irrelevantes.

Conductas agresivas.

Las conductas agresivas, lógicamente, provocan alarma y ansiedad en el cuidador y también en la persona afectada.

Su manejo es muy difícil cuando la conducta agresiva se presenta ya sin control. Ante un caso de agresión extrema en que la fuerza física del paciente supera la contención que pueda hacer el cuidador, es mejor marcharse y solicitar ayuda a la Policía.

Nunca hay que exponerse a sufrir daños que más tarde seguirán siendo fuente de sufrimiento. En casos en los que la persona a su cargo presente conductas agresivas es especialmente importante tratar de aprender a prevenirlas.



Ante una persona que tiende a amenazar o volverse agresivo:

- Asegúrese de que toma correctamente su medicación.
- Háblele directamente sobre la conducta problemática, sin hacer relación a otras cuestiones. Sea específico y concreto refiriéndose a la agresión o a las amenazas. El problema es la conducta concreta y no la persona afectada.
- Manténgase tranquilo y con normalidad, sin subir la voz ni hacer gestos de amenaza. Es muy importante no demostrar temor, ni sensación de debilidad. Tampoco hacer una demostración de fuerza o de amenazar con la Policía u otros recursos.
- Sea claro, firme y concreto. No acuse, sino establezca la conducta que no va a tolerar. La convivencia con el cuidador es incompatible con la agresión. Recorra a ejemplos sobre las consecuencias desastrosas de la agresión entre las personas y cómo esto destruye los vínculos.
- Pida ayuda si lo ve necesario. La presencia de familiares conocidos, sin intervenir directamente, puede ayudar a que la persona se tranquilice o deponga las actitudes más agresivas.

Si la persona afectada está muy alterada es necesario darle la oportunidad de que se calme. Pero tan pronto sea posible aborde el problema y pida ayuda a otros si es que teme que le haga daño.

- Establezca límites y normas claras y consistentes. No se puede romper objetos, amenazar, insultar o golpear a las personas con las que se convive. Todos los problemas deben ser abordados y negociados verbalmente.
- Establezca acuerdos y explicita las consecuencias. Las agresiones físicas y los insultos reiterados motivarán la salida del domicilio.



- Ante graves dificultades de convivencia busque alternativas de vivienda para la persona afectada Si la situación es insostenible por su agresividad es necesario que salga de casa.



Emoción expresada.

La Emoción Expresada (EE) en el ambiente familiar, es un concepto que refleja la atmósfera emocional del ambiente de casa. Se refiere a la cantidad y calidad de las actitudes y sentimientos relacionados con la crítica, hostilidad y sobreimplicación que uno de los familiares expresa acerca de uno o varios miembros de la familia diagnosticado con esquizofrenia.

Las expresiones emocionales más características comprenden: comentarios críticos, hostilidad, exceso de implicación afectiva y aspectos positivos como la calidez o comentarios positivos, los cuales son percibidos en general como estresantes.

La crítica implica intolerancia y desaprobación, la sobreimplicación sugiere intrusividad y control, que incluyen niveles altos de ansiedad en el paciente y que se describen de la siguiente manera:

- a) La crítica. Comentarios o aseveraciones, las cuales, por la manera en que son expresados, constituyen comentarios desfavorables sobre la conducta o personalidad del individuo a quien se refiere. Es decir, muestran aversión o desaprobación de la conducta o las características de una persona.



b) La sobreimplicación o sobreprotección. Se presenta más comúnmente en los padres que en algún otro familiar; está compuesta por aspectos de sobreprotección o consentimiento, autosacrificio y malestar emocional, con niveles inapropiados de preocupación por parte del familiar. El paciente es visto como menos competente que antes y más vulnerable.

c) La hostilidad. Se presenta cuando existe crítica. Se considera que está presente cuando el paciente es atacado por lo que es, más que por lo que hace, lo que refleja una dificultad para tolerar y algunas veces para comprender la situación del familiar enfermo.

d) Calor: manifestaciones de empatía, comprensión, afecto, e interés hacia el paciente.

e) Comentarios Positivos: expresiones de aprobación, valoración o aprecio del paciente o de su conducta.

En los familiares con alta emoción expresada, se observa un mayor descuido personal, irritabilidad, violencia y aislamiento por parte del paciente. Es un factor predictor de recaída de la persona enferma.

En los familiares con baja emoción expresada presentan un mejor funcionamiento en el desempeño de tareas domésticas, en la demostración de afecto, en las actividades realizadas en el tiempo libre, en la conversación y en la demostración de apoyo entre el cuidador y el paciente.

La mayor presencia de conducta sintomática y el menor nivel de funcionamiento social del paciente son variables predictoras de una interacción familiar con características de mayor demostración de crítica, hostilidad y/o sobreimplicación.





5. Simplificación de cuidados para las AVD.





Las AVD constituyen la columna vertebral, el eje central en el funcionamiento ocupacional de cualquier persona adulta; esto es, aquello que necesita para poder manejar su vida de manera eficiente.

Principios básicos.

- Establezca una rutina diaria con la persona en situación de dependencia.

Las personas con esquizofrenia necesitan estructura en sus vidas. Las rutinas reconfortantes y predecibles son útiles para personas cuya condición médica hace que su vida sea muy impredecible.

- Use recordatorios constantes (verbales o escritos) de los cambios deseables de conducta.



Hay que recordar que las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos pasan por diferentes fases, y en ciertos momentos hay que volver a insistir y recordarles ciertas rutinas que tenderán a abandonar en los momentos previos a las crisis.

- Plantee cualquier cambio en términos positivos, con sentido del humor. Sea delicado y no plantee estos temas en presencia de terceros.
- Plántese cualquier cambio o meta a medio plazo. Los cambios bruscos nunca son interiorizados por la persona dependiente, además de provocar frustración en el cuidador.
- Fomente la participación y elección de la persona en situación de dependencia en la toma de decisiones que le afecten. Por ejemplo, en la compra de ropa, comidas, salidas, etc.
- Refuerce y alabe sus progresos. Elogie y apoye afectuosamente todos los logros, por pequeños que sean. La mejora del cabello, el cuidado de su piel, de sus uñas o de sus dientes, los cambios de ropa o la elección de colores y atuendo deben ser motivo de refuerzo con frecuencia. No asumir que se trata de una rutina o de algo tan básico que no requiere la atención de los demás. Por el contrario, debe ser motivo de interés constante. Ello favorece el mantenimiento del hábito y además tiene consecuencias positivas sobre la autoimagen del sujeto.
- Estimule y anime a tener una imagen positiva de sí mismo. Para ello puede emplear cumplidos que describan sus aciertos.
- Respete el hecho de que todos necesitan su propio tiempo y espacio.
- Trate de evitar las críticas y la hostilidad.
- Trate de no ser sobreprotector.
- Considere a veces que la no mejora en ciertas habilidades o conductas no es un fracaso, sino una consecuencia de la propia enfermedad. En ocasiones, mantener habilidades o conductas es un logro.

Técnicas conductuales de modificación de conducta.

Refuerzo positivo.

Consiste en aplicar consecuencias positivas tras la ocurrencia de la conducta que se desea y conseguir con ello un aumento de la frecuencia, duración y/o intensidad. Produce una adquisición gradual de la conducta y su efecto es de larga duración.

- Se deberá aplicar el refuerzo de forma inmediata y consistentemente.
- Hay que preparar un plan específico en el que se establezcan claramente las condiciones bajo las que se otorgará el refuerzo. Es decir, la persona debe saber previamente las consecuencias que le puede traer la conducta.
- Aplicar suficiente cantidad de refuerzo como para mantener la conducta, teniendo cuidado de no alcanzar la saciedad.
- Seleccionar reforzadores adecuados (según los intereses de la persona); lo que hace preciso tener que utilizar gran cantidad de reforzadores y de situaciones.
- Un refuerzo puede ser algo material (dinero, tabaco...), alguna conducta social (salir al parque, participar en alguna actividad...) o cualquier cosa o situación que le agrade o le interese.

Conforme va mejorando la conducta, se reforzará sólo cuando aparezcan un número preestablecido y amplio de respuestas adaptadas (o conductas deseadas), o bien éstas ocurran en un tiempo predeterminado.



Instrucciones.

Se trata de un acuerdo verbal o escrito en el que se deja constancia del cambio que se espera de la persona y las consecuencias que tendrá su conducta.

Se trata de dar a la persona las pautas que ha de seguir para la realización de las actividades. Se le pedirá que repita lo que se le pide, con el fin de asegurarnos que ha entendido la demanda.

Por ejemplo: a la hora de levantarse, se le da por escrito una lista de pasos que ha de seguir, que en un principio irá acompañada de las instrucciones verbales, cada mañana a las 8´30 horas. Si se concreta, por ejemplo, en el momento del aseo y del vestido:



Es beneficioso fijarle un calendario de actividades y algunas tareas a realizar a ciertas horas del día o de la semana, de manera fija.

No siempre pueden atenerse a un calendario, aunque es útil tratar de mantener una rutina definida, colaborando en ella mediante el recordatorio o negociación de la misma.

Autoinstrucciones.

Se diferencian de las primeras porque es la propia persona en situación de dependencia la que se dice a sí mismo qué es lo que tiene que hacer. En realidad ambas están muy unidas, ya que una vez se dan las primeras se han de interiorizar. En este caso se propone el mismo ejemplo anterior. Se trata de que la persona a su cargo se repita a sí mismo cada paso conforme lo va realizando; por tanto, leerá tal y como está en la lista escrito cada instrucción, hasta que sea capaz de recordarlo todo sin necesitar dicha lista. Por tanto, al menos en un principio, requiere la presencia del cuidador.

Controlar los estímulos.

Se aplica cuando la persona en situación de dependencia posee la conducta, pero no la ejecuta en los momentos y situaciones adecuados. Se aplica preferentemente cuando lo que se quiere no es eliminar



la conducta, sino ponerla bajo el control del sujeto de modo que solo se ejecute ante ambientes o estímulos adecuados.

Consiste en manipular los antecedentes para cambiar la conducta del sujeto, reforzando cuando lo que se quiere conseguir se da en situaciones adecuadas y no reforzando en otros momentos.

Moldear la conducta.

Consiste en reforzar las respuestas que se parecen a la conducta adecuada para ir incrementando el nivel de similitud a medida que avanzamos en el procedimiento, reforzando las conductas más semejantes y dejando de reforzar las anteriores.

- La adquisición de la conducta es gradual. Se debe permanecer en un paso el tiempo suficiente hasta que la persona ejecute la conducta deseada.
- Comenzar con conductas que la persona en situación de dependencia posea y que se parezcan más a la conducta que se espera de él/ella.

Se define la conducta que se quiere conseguir, estableciendo los pasos que la componen, para después ir enseñándosela gradualmente sin olvidar planificar los reforzadores que se vayan a utilizar.

Se trata de ir moldeando, ir limando la conducta. Se han de reforzar aquellas conductas que se aproximen a la conducta que se quiera conseguir; sin esperar que se realice de forma adecuada al principio, puesto que esto elevaría la frustración de la persona haciendo que abandonase su esfuerzo.

Por ejemplo: la persona con esquizofrenia “engulle” la comida, en vez de masticarla adecuadamente para tener una adecuada digestión. Una vez que nos planteemos que debe de cambiar ese hábito (por razones digestivas y sociales, por ejemplo), deberemos acordar con él/ella que debe reducir esa impulsividad al comer, dando las razones y preguntándonos el porqué de esta situación. Poco a poco y en todas las comidas iremos moldeando ese hábito, planificando unos reforzadores (conversación que interese al familiar, comida que sea de su agrado, etc.), para ir hacia la meta final que nos habíamos propuesto.

Un ejemplo de encadenamiento hacia delante consistiría en que el cuidador comenzase por abrir la ventana de la habitación, reforzándolo después. Una vez adquirido este hábito el objetivo sería que, además de abrir la ventana, se levantase de la cama; sería cuando recibiese el refuerzo. Y así sucesivamente.

Un ejemplo de encadenamiento hacia atrás consistiría en que nosotros realizásemos todo el proceso, salvo el último paso.

La persona en situación de dependencia por esquizofrenia se encargaría de cerrar la ventana de la habitación. Una vez adquirido este hábito, él se encargaría de los dos últimos pasos. Y así sucesivamente hasta que realizase todo el proceso.

Modelar.

Consiste en reforzar la imitación de una respuesta adecuada. Comenzamos por conocer si la persona es capaz de imitar; si es así, reforzamos cada vez que repita cualquier conducta que realice el modelo. Después reforzaremos la imitación de la conducta que se quiere conseguir.

Seleccionar un modelo que sea similar al observador, que sea competente en la conducta por imitar y un referente.

Es importante modelar respuestas sencillas y mostrarlas poco a poco. Las respuestas complejas se pueden desglosar en pasos y modelar cada uno de ellos. Así mismo, que exista un feedback continuo (compartir información acerca de si se está haciendo bien o no) es indispensable para que la persona obtenga información de aquellas cosas que está realizando adecuadamente y de cuáles ha de mejorar.

Por ejemplo: calentar el vaso de leche del desayuno en el microondas. Nosotros calentaríamos nuestro vaso de leche en el microondas, con la persona a nuestro cargo al lado; le explicaríamos

verbalmente los pasos que hay que realizar, asegurándonos de que él está atento y observa (o aprende o se lo explicamos para que no tenga tantos temores, etc.). Posteriormente, lo realizaría la persona en situación de dependencia: primero le iríamos



“acompañando”, recordando los pasos verbalmente y reforzándolos, hasta que él los automatizase y aprendiese para, finalmente, realizarlos de manera autónoma y segura.

Generalizar.

Consiste en que el sujeto ejecute la conducta en otros ambientes diferentes a aquel en el que se ha realizado el aprendizaje. Cuanto mayor número de situaciones sean aquellas en las que se refuerza la conducta, más probabilidad tenemos de generalizar la conducta a otras situaciones.

Hay que practicar la conducta en una variedad de situaciones.



Desvanecer conductas.

A medida que el sujeto va adquiriendo determinadas conductas de manera autónoma, se van retirando los apoyos progresivamente, hasta que las realiza sin ayuda externa y paralelamente se continúa reforzando la respuesta.



Técnicas desaconsejadas para eliminar conductas.

El objetivo de estas técnicas era suprimir la conducta alterada. Si ha demostrado que sus resultados no eran los esperados, se debe tratar de evitar otras técnicas que favorezcan la adquisición de conductas que sustituyan a las problemáticas. Hay que tener en cuenta que no solo hay que indicar lo que se hace mal, sino cómo hay que hacerlo.



Algunos ejemplos de lo que no sería aconsejable realizar serían:

- **Extinción:** consiste en retirar los refuerzos que pueden estar manteniendo la conducta inadaptada. Por ejemplo, no permitiremos fumar en el salón de casa. La extinción consistiría en no entregar tabaco, o dinero para el tabaco, mientras siga fumando en el salón.

- **Coste de respuesta:** consiste en retirar un reforzador positivo tras la ejecución de la conducta que se desea eliminar. Ejemplo: les retiramos la radio o los cascos, tras una conducta inadecuada.



- **Castigo:** se trata de presentar un evento o estímulo aversivo tras la ocurrencia de la conducta que se desea reducir. Debe tratarse de disminuir el grado de motivación hacia la conducta problema. Entre los estímulos aversivos destacan la reprimenda verbal, restricción física, dolor... Muchos de los estímulos que se



se consideran aversivos y, sobre todo las reprimendas, pueden actuar como reforzadores positivos ya que proporcionan atención. Es más conveniente que la reprimenda sea suave puesto que si se reprende de forma muy intensa o gritando se pueden conseguir los efectos contrarios (recordemos el apartado de la comunicación con personas con esquizofrenia). Ejemplo: comenzar una discusión verbal agresiva o una agresión física tras una conducta inadecuada.

Estrategias para compensar el deterioro cognitivo

Como vimos anteriormente, algunas de estas personas presentan asociado deterioro cognitivo de diferente severidad, donde principalmente están disminuidos los niveles de atención, la capacidad de memorizar y las funciones ejecutivas y de resolución de problemas. Algunas estrategias que podemos emplear en el día a día son.

- Simplificar la información, siendo claro y conciso con las instrucciones.
- Fomentar y asegurarnos de que cuando una persona realiza cualquier tarea o conversamos con ella, preste atención sobre la misma.
- Asegurarse de haber entendido el tema tratado.
- Repetir lo que nos están diciendo para asegurar la comprensión y hacer preguntas cuando algo no quede claro.
- Proporcionar ayudas físicas a la persona en situación de dependencia. Por ejemplo, un listado o agenda de tareas a realizar durante el día, o un listado de ingredientes y acciones a llevar a cabo para preparar la comida, o llevar anotado la lista de la compra. Para ello debemos asegurarnos de la cooperación y comprensión del sujeto de esa ayuda física.

O la utilización de un pastillero o polidosis, para simplificar y organizar correctamente la toma de tratamiento farmacológico.



- Crear una secuencia de tareas lo más rutinarias posible para la persona a lo largo del día, donde se tenga seguridad en lo que se va a realizar, siendo claro y conciso.

A su vez, cada tarea que deba realizar, secuenciar siempre en los mismos pasos, por ejemplo en el caso de lavarse los dientes:



- Automatizar las acciones. Consiste en formar una unidad de acción cuando una serie de elementos aparecen siempre en el mismo orden y se repiten sucesivas veces.

- Simplificar las tareas. Cada tarea que tenga que realizar, desglosarla en tareas más sencillas o con menos pasos a realizar.
- Utilizar estrategias para compensar los déficit de memoria:
 - Reducir la cantidad de información que debe ser recordada.
 - Hacer asociaciones con algo que le resulte familiar.
 - Organizar la información que es necesario recordar.
 - Hacer esquemas (la memoria visual y espacial parece estar más preservada).
 - Fomentar la práctica de ejercicios cognitivos: sopas de letras, crucigramas, jugar a las cartas...
- Distribuir el tiempo de actividad. Es mejor intentar aprender algo unos pocos minutos varias veces al día, que durante una hora, una sola vez al día, de cara a no provocar una fatiga mental, que repercutiría en su realización en días posteriores.
- Entrenamiento en habilidades concretas. En no pocas ocasiones, las personas con esquizofrenia presentan una serie de déficit de habilidades. Hay sujetos que simplemente no han aprendido (o han olvidado) determinadas cosas y tienen que volver a ponerlas en práctica.

La motivación

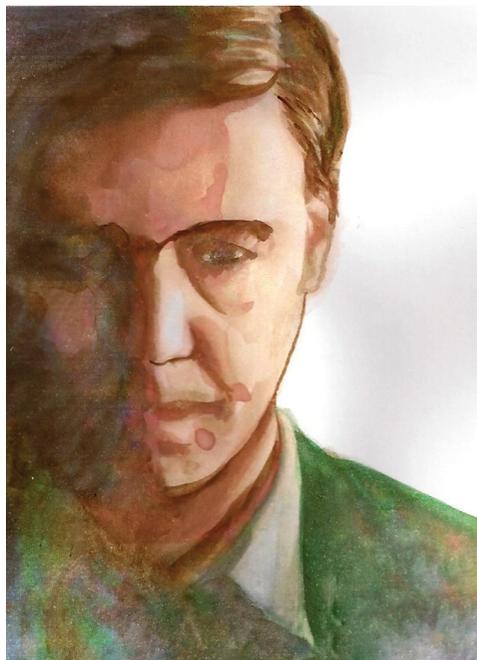
La motivación es el conjunto de necesidades físicas o psicológicas, de valores y modelos sociales incorporados, no siempre conscientes, que orientan la conducta de la persona hacia el logro de una meta.

La motivación nunca viene de fuera, sino que es un factor interno. No se puede identificar motivación con refuerzo o con los estímulos externos, sino con el significado personal que tiene ese comportamiento.

Como hemos comentado anteriormente, la persona con esquizofrenia presenta una serie de signos relacionados con la enfermedad y la motivación:

- Aplanamiento afectivo: alterará los valores e intereses de la persona. El ser humano lleva a cabo sus acciones y actividades en función de sus intereses; éstos están marcados por la satisfacción emocional que producen, pero si existe un aplanamiento afectivo disminuye la capacidad emocional de la persona con lo cual le resultará muy difícil identificar cuáles son sus intereses. Abulia: afecta a la causalidad personal porque la persona sufre una pérdida de motivación, con lo cual no se sentirá capacitado para realizar actividades.
- Apatía: afecta directamente a los intereses. La persona se sentirá cansada y sin ganas de hacer nada, por lo tanto no experimentará interés por ningún tipo de actividad.
- Anhedonia: si a la persona nada le produce placer difícilmente elegirá o experimentará.
- Pobreza de contenido en el curso del pensamiento.

Resulta lógico que como la persona no encuentra satisfactorio ni significativo su hacer, no se sienta competente consigo misma.



Remotivación.

El proceso de remotivación puede definirse como un proceso en el que las personas progresan a través de un continuo de motivación que puede ser dividido en tres fases:

- **Exploración:** se intentan cosas nuevas y, en consecuencia, aprenden sobre sus propias capacidades y dificultades, preferencias y valores. La exploración requiere un ambiente relativamente seguro y poco exigente.
- **Competencia:** donde se solidifican maneras nuevas de hacer las cosas descubiertas mediante la exploración. Existe un esfuerzo para hacer las cosas de manera consistente y adecuada, donde exista un control personal de lo hecho.
- **Logro:** donde se han desarrollado suficientes habilidades y hábitos que les permite participar en las actividades de la vida diaria, trabajo u ocio.

Es un continuo de intervenciones estratégicas para incrementar la motivación para la participación en las AVD.



Exploración: facilitar el sentido de capacidad, el sentido de significado personal y el sentido de seguridad en el ambiente.

Estrategias que se pueden utilizar: modificación del ambiente para facilitar una exploración, una posibilidad de realizar tareas y actividades, que no genere estrés o dificulte el inicio; acompañar a la persona con esquizofrenia en actividades simples de claro interés (fundamentalmente de ocio); involucrar al familiar mediante preguntas, gestos, nunca exigiendo o esperando respuesta; hacer participar a otros (familiares, amigos...) en actividades familiares e importantes para favorecer nuevas formas de participación y nuevos intereses, facilitar el sentido de pertenencia social al propiciar oportunidades de tomar parte en cualquier actividad, por pequeña que sea, facilitar que la persona con esquizofrenia realice una retroalimentación positiva de las actividades que realiza y los logros que consigue.



Competencia: desarrollar el sentido de la eficacia, reafirmando el sentido de capacidad y el sentido de control sobre las propias decisiones y el desempeño ocupacional.

Estrategias que se pueden utilizar: ofrecer acompañamiento físico y emocional en situaciones nuevas y desafiantes; facilitar el aprendizaje de destrezas realizables cuando sea apropiado; dar consejos y retroalimentación.

Las habilidades aprendidas deben ser relevantes para la persona y dentro de su ambiente del día a día; y deben encontrarse dentro de sus capacidades y posibilidades de aprendizaje.

Logro: Integración de nuevas áreas de participación ocupacional. Estrategias a utilizar: asesoramiento y retroalimentación de lo que realiza en el día a día; permitir dar un paso atrás.



El entorno

El entorno de una persona dependiente debe ser un ambiente de exploración que permita a la persona un aprendizaje no temeroso, donde elimine el temor a equivocarse o a fallar; donde se potencie la exploración como principio para obtener un sentimiento de logro y que la persona pueda aprender sin temor.

- Se debe conseguir un ambiente seguro, confortable, cómodo y tranquilo.
- Establecer un entorno sin distracciones, sin ruido, causantes éstos del aumento del nivel de estrés. Así mismo, las personas con esquizofrenia tienen mayores dificultades de cara a mantener la atención y focalizarla. Por tanto, debemos mantener un entorno con los menores estímulos externos posibles, de cara a mejorar la realización de cualquier actividad o comunicarnos con la persona en situación de dependencia.
- Simplificar al máximo los utensilios a utilizar en sus AVD, de cara a favorecer su mayor autonomía.
- Favorecer un entorno estructurado y predecible.
- Tener un entorno lo más ordenado posible, en cuanto a útiles y utensilios para las AVD: ropa, útiles de aseo, llaves, cartera, dinero...
- Proporcionar un ambiente seguro, en cuanto a seguridad física.

Evite disponer de objetos cortantes o punzantes que puedan ser utilizados como armas, guarde los productos tóxicos fuera del alcance de la persona a su cargo, evite tener acumulación de medicación, etc.

- Se debe proporcionar a la persona en situación de dependencia la suficiente intimidad.

- Se pueden buscar apoyos y soportes en las personas de la comunidad (por ejemplo, en el dependiente del supermercado o en alguna tienda).
- Ayúdele a controlar sus impulsos y falta de control. Nos referimos fundamentalmente al manejo del dinero. Ayúdele a organizar adecuadamente su dinero, mediante pequeñas asignaciones diarias, semanales, etc. Ayúdele a organizar y priorizar sus gastos.



- Controle la posible mala utilización de tecnología, tales como teléfono o internet. Pueden suponer gastos extras difíciles de controlar. Supervise en la distancia, los contenidos que visita en internet. Pueden abarcar campos tan diferentes como actividades ilícitas o temática concordante a su sintomatología, pudiendo agravarla.









6. Promoción y apoyo de la autonomía personal en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)



Podemos entender la autonomía personal como:

La capacidad de controlar, afrontar y tomar, por iniciativa propia, decisiones personales acerca de cómo vivir según las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

La capacidad de desenvolverse en un entorno concreto, ejecutando una serie de patrones conductuales adaptados.



Tener autonomía significa ser capaces de realizar acciones, actividades y tareas por nosotros mismos que nos sirvan para cumplir unas determinadas expectativas y objetivos en un ambiente social y cultural concreto.

Esto favorece que las personas afectadas se sientan miembros de la sociedad, se consideren útiles en la misma y tengan un esquema de su propia identidad.

En el caso de una persona en situación de dependencia por esquizofrenia, podemos encontrar escaso o nulo desempeño en cualquiera de las actividades de la vida diaria (básicas, instrumentales, avanzadas...), por lo que tendrá un déficit en su autonomía personal. Esto supone un empobrecimiento en su calidad de vida.

Es conveniente que la persona en situación de dependencia por esquizofrenia reciba ayuda para satisfacer sus necesidades, desde las más básicas hasta las más complejas.

El cuidador juega un papel fundamental colaborando activamente en la adquisición de hábitos saludables, rutinas, actividades productivas y también de ocio.

ORDEN DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES PARA LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

-  1^o AVD BÁSICAS
-  2^o AVD INSTRUMENTALES
-  3^o AVD AVANZADAS

La promoción de la autonomía personal en las AVD básicas.

El primer paso será que la persona adquiera hábitos básicos como: sueño, aseo personal, alimentación, toma de medicación, vestido y cuidado personal.

El cuidador con respecto a la adquisición de estos hábitos es imprescindible para establecer unos horarios adecuados.

Algunas recomendaciones para poder conseguir estos hábitos desde el domicilio pueden ser:

- **Proporcionar un refuerzo positivo:** Algo que resulte bueno y agradable para la persona justo en el momento en el que realice un pequeño logro. Posteriormente los refuerzos se darán de manera intermitente (solo de vez en cuando, cuando se consigue el logro exigido). Se hará así hasta que se establezcan por completo los hábitos más fundamentales. En ese momento el refuerzo deberá desaparecer, siendo el único beneficio obtenido, el propio valor intrínseco de realizar por si mismo las AVDB.
- **Hacerle ver que está consiguiendo hacer las cosas más importantes por él/ella mismo/a.** En muchas ocasiones la capacidad de reconocer los logros obtenidos va a estar disminuida. Un consejo para poder conseguir esto puede ser preguntarle cómo ha hecho alguna de las actividades (por ejemplo lavarse los dientes siguiendo la secuencia adecuada). Esto va a provocar en la persona tomar conciencia del procedimiento empleado y del resultado obtenido.
- **Elogiarle** va a ser una estrategia para potenciar el autoconcepto de él/ella mismo/a y ayudar en su autoestima (por ejemplo preguntándole: ¿te ves mejor ahora que has hecho esto? Yo sí que lo veo así...).

- **Ayudas en el entorno:** van a ser positivas en el domicilio como, por ejemplo, ordenar clasificadamente los útiles necesarios para realizar alguna actividad (pastilleros semanales, gel y champú siempre en el mismo lugar, ropa ordenada, etc.).
- **Aportar ayudas,** si son necesarias, sobre la **secuencia completa de una tarea,** en forma de listado de pasos o fotografías, por ejemplo. Esto puede ayudar a nuestro familiar a recordar las instrucciones para hacer esa actividad y a que él mismo cree autoinstrucciones.
- **Ayudarle a planificarse y autoorganizarse.** Si por él/ella misma no puede, necesitará ayuda para estructurar el tiempo siguiendo un orden y unas normas concretas. Conforme vaya interiorizando esta planificación hay que procurar que continúe por él mismo, e incluso que realice una nueva planificación él solo.

Estas recomendaciones son útiles también en la adquisición de hábitos en las AVD Instrumentales y Avanzadas.

CONSEJOS PARA LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS

- Proporcionar refuerzo positivo
- Hacerle conocer sus logros
- Elogiarle
- Usar ayudas: mantener un entorno estructurado y sin distracciones
- Ayudarle en las secuencias de una actividad
- Ayudarle a planificarse y organizarse





7. Promoción y apoyo de la autonomía personal en las Actividades Instrumentales y Avanzadas de la Vida Diaria (AIVD y AAIVD)



Promoción y apoyo de la autonomía personal en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria.

Una vez alcanzado cierto nivel de independencia en las tareas cotidianas básicas, el objetivo es conseguir mayor autonomía en las actividades instrumentales de la vida diaria. Para conseguirla, el cuidador debe seguir manteniendo la estabilidad recomendada y exigiendo a la persona responsabilidades de manera progresiva, incentivándole a participar en actividades domésticas, por ejemplo.

Una posible recomendación sería realizar primero la actividad con él/ella y progresivamente ir desapareciendo, hasta conseguir que la supervisión no sea necesaria.

El cuidador deberá actuar también reforzando los logros obtenidos, alimentando la autoconfianza y potenciando la autoestima. Progresivamente se deberán ir consiguiendo éxitos en actividades más complejas, como preparar su propia medicación, hacer tareas domésticas de menor a mayor complejidad, hacer pequeñas compras y manejar el dinero durante las mismas, hacer algunos trámites, manejar electrodomésticos y útiles cada vez más complejos, etc.

Es posible que, como cuidadores, debamos acompañar a la persona mientras realiza este tipo de actividades para servir como modelo e incluso supervisarle, pero no hay que olvidar que:

La verdadera autonomía es la capacidad de realizar las AVD por uno mismo, por lo que el apoyo y la supervisión deben ir desapareciendo progresivamente.

Promoción de la autonomía personal en las AVD Avanzadas.

La realización de AVD Avanzadas va a desarrollar en la persona una sensación de bienestar físico, psíquico y, por supuesto, social. Éstas implican la realización de actividades más complejas, en las que tiene influencia el entorno comunitario y el contexto social y cultural que rodea a la persona en situación de dependencia.

Estas actividades pueden ser entre otras:

- Actividades grupales, en las que cada individuo debe cumplir con un papel concreto.
- Actividades que van a dar un resultado (productivas, formativas y laborales).
- Actividades de ocio, como el deporte o actividades culturales.

Todas ellas van a servir como herramientas para la toma de contacto con la realidad y el mundo que le rodea, favoreciendo además la inclusión social y el conocimiento del entorno comunitario.

También mejoran la capacidad de relacionarse con los demás, el sentido de individualidad y la identidad personal.

Las recomendaciones del apartado anterior también serán útiles para ayudar a mejorar la autonomía en este tipo de AVD.

a) Las actividades productivas.

Plantearle a la persona con esquizofrenia actividades de tipo productivo ayudará a afianzar la sensación de disfrute, satisfacción y motivación, reportando beneficios directos y facilitando la relación con otros.

Las actividades productivas pueden ser muy variadas. Se pueden ofrecer desde una institución o desde el domicilio y lo ideal es progresar en la complejidad de las mismas. Estas actividades pueden ser cualquiera que implique la participación y actuación de la persona, y mediante las cuales se obtenga un resultado final (por ejemplo un producto, una situación, una mejora, un servicio, dinero).

Fuera del domicilio se puede ofrecer actividades productivas en las que intervengan otras personas. Algunos ejemplos son trabajos simples en cadena, trabajos en equipo, tareas que impliquen el uso de maquinaria o nuevas tecnologías, etc.

Realizar este tipo de actividades también va a dotar de recursos personales a la persona para conocer o tomar contacto con el entorno.



b) Actividades de ocio y disfrute en el tiempo libre.

El ocio debemos entenderlo como una ocupación de parte del tiempo libre, para la cual se pueden realizar múltiples y variadas actividades sociales, en contacto con el entorno o de entretenimiento individual.

Existen recursos comunitarios donde poder establecer vínculos sociales y que pueden ser específicos para personas que padecen una enfermedad mental como, por ejemplo, clubs sociales, asociaciones, centros de rehabilitación, centros culturales, centros municipales, etc.

Una de los factores más importantes en el ocio, es la realización de actividades normalizadas que ofrezcan diversión, relación con otros y posibilidades de disfrutar y satisfacer intereses.

Desde el domicilio podemos hacer algunas actividades para compartir experiencias como: dar un paseo, hacer actividades deportivas, asistir a partidos o ver diferentes deportes, hacer tertulias sobre cine y televisión, leer artículos de revistas conjuntamente, usar internet, escuchar música... Y como éstas, una infinidad más, siempre conforme a los intereses que se tengan.

Algunos consejos para hacer del ocio un recurso que aumenta la calidad de vida de la persona en situación de dependencia pueden ser:

- Respetar los intereses e intentar compartir algunos de ellos con él/ella.
- Incentivar a nuestro familiar y proponerle actividades divertidas y sugerentes según sus gustos. Esto es muy importante, especialmente si la persona a la que se cuida tiene dificultad para tomar decisiones y para identificar sus intereses.

- Preparar un horario de ocio que pueda compartir la familia y colaborar el mayor número de personas posibles, por ejemplo un día a la semana (juegos en grupo, preparación de eventos, decoración de alguna habitación del domicilio, etc.)
- Participar en actividades programadas por alguna asociación o centro cultural, donde además exista la participación de otras personas. Es importante aprovechar este tipo de actividades para ayudar a la persona en situación de dependencia a socializarse y conocer a gente.
- Aprovechar festividades locales o eventos en la ciudad para realizar actividades ociosas.
- Incentivarle y reforzarle si decide salir con algún conocido a realizar alguna actividad.

Si el ocio se consigue fuera del ambiente familiar, la persona en situación de dependencia puede desarrollar capacidades personales que le ayudarán a relacionarse con otros y a conocer mejor el entorno que le rodea. Además, realizar actividades en un contexto social concreto implica seguir unas normas básicas de convivencia, relacionadas con AVD Básicas, como el aseo personal, por ejemplo.

Si la persona en situación de dependencia realiza actividades de ocio que sean gratificantes para él/ella, su calidad de vida aumentará e incluso se fomentará la adquisición de determinados hábitos imprescindibles.



Actividades formativo-laborales.

Las actividades formativo-laborales suponen para la persona en situación de dependencia actividades de gran complejidad. Las podríamos considerar como “la cima” de las actividades productivas en la vida de las personas.

Lo más importante es reconocer que, para ayudar a su familiar a ganar autonomía personal en este tipo de actividades, es necesario haber ganado autonomía en todas las anteriores. Si no ha sido así, es muy posible que la persona en situación de dependencia se vea incapaz de afrontar responsabilidades como realizar cursos de formación o comenzar un itinerario de inserción laboral. Esto puede suponer un riesgo de tener alguna recaída o episodios de ansiedad y frustración.

La inserción laboral es muy compleja, lenta y costosa, por lo que si la persona en situación de dependencia decide implicarse en este proceso va a necesitar de nuestro apoyo constantemente.

Es importante que la persona a su cargo decida voluntariamente hacer este tipo de actividades, ya que verse obligado a realizar un esfuerzo sin encontrarle ningún sentido no va a ayudar en absoluto.

Para que la persona adquiera un grado de autonomía óptimo en actividades formativo-laborales debe acudir a profesionales que le ayuden a diseñar un itinerario de inserción específico y personalizado, donde reciba asesoramiento sobre:

- Cuáles son las dificultades más acentuadas, provocadas por su enfermedad, que más van a limitarle en el ámbito laboral.
- Cuál es su potencial y perfil profesional: sus intereses laborales, las competencias laborales conservadas, las competencias susceptibles de aprender y entrenar, si existe o no

desequilibrio en las competencias laborales que tiene (por ejemplo: le gusta ser perfeccionista en el trabajo pero no posee habilidades para trabajar en equipo).

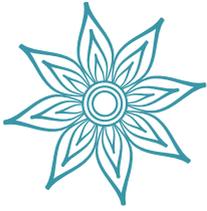
- Cuál es su situación en cuanto a motivación, para realizar actividades formativas y laborales.
- Ajustar sus expectativas laborales y profesionales con respecto a su perfil y a sus capacidades (por ejemplo: a la persona le gustaría trabajar de cara al público pero tiene más capacidades para desempeñar un puesto en un almacén, ya que no dispone de habilidades sociales suficientes, pero sí que responde muy bien a instrucciones simples y ordenadas).
- Qué cursos ajustados a su perfil son recomendables para potenciar y desarrollar competencias laborales para un sector determinado.
- Cómo debe realizar una búsqueda activa de empleo. Qué herramientas debe utilizar para la búsqueda de empleo (currículum, carta de presentación) y qué recursos comunitarios están a su disposición para ello (oficinas de empleo, empresas de inserción...).
- Cuál es el sector donde tiene más posibilidades de acceder al mercado laboral: co (Centros Ocupacionales), CEE (centros especiales de empleo), Empleo protegido, Empleo con apoyo profesional o Empleo normalizado.

Como cuidadores, unas recomendaciones para apoyar y ayudar a la persona a conseguir éxito en su itinerario de inserción pueden ser:

- Dejar que tome la iniciativa. Es la propia persona que realiza el itinerario la que debe elegir cuándo hacerlo, y en el momento que esto suceda dejar que él mismo experimente,

evitando tener comportamientos proteccionistas que pueden llegar a incapacitarle.

- No reforzar en él/ella expectativas laborales que no están a su alcance, sino reforzar aquellas que sí va a poder desempeñar. Siguiendo el ejemplo anterior no sería recomendable decirle a nuestro familiar: “si quieres trabajar de cara al público, ¡adelante!”.
- Reforzar expectativas que él/ella sí que va a poder llevar a cabo con éxito y seguir las instrucciones que nos ha dado el profesional, como por ejemplo: “aunque te guste más trabajar de cara al público puedes empezar en un almacén, eso te ayudará a aprender y lo harás mucho mejor...”.
- Reforzarle y elogiarle conforme vaya consiguiendo pequeños logros en su itinerario. Por ejemplo: “qué bien, ya has terminado el curso, seguro que has aprendido muchas cosas”. También podemos ir preguntándole por las actividades que está llevando a cabo. Eso le hará ver que le apoyamos y estamos interesados por lo que hace.
- Apoyarle en los momentos difíciles. Cualquier persona atraviesa momentos complicados, especialmente cuando los beneficios y las metas tardan en llegar, por eso es importante animar y apoyar a la persona en situación de dependencia cuando atraviese situaciones de este tipo.
- Celebrar desde el domicilio algún logro durante el itinerario, desde la consecución de un título hasta conseguir una entrevista (aunque en ésta no tenga completo éxito).
- Involucrarse en su itinerario. Es recomendable intercambiar información con el profesional que puede estar asesorándole. Eso nos puede ayudar a seguir sus recomendaciones, hacer sugerencias y poder conseguir más logros desde el domicilio.





8. Decálogos del cuidador





Para cuidarse usted...

1. No descuide su propia salud. Asegúrese de seguir con sus citas médicas, revisiones, medicación, etc. Valore el esfuerzo en su propio autocuidado, cuide su imagen externa. La recompensa es la mejora de su estado de salud.
2. Busque ayuda de los profesionales de salud mental. Plantee todas sus dudas. Es normal no saber qué hacer en muchos casos.
3. Trate de compartir sus emociones y sentimientos con el resto de sus familiares.
4. Sea paciente con su familiar. El presionarle le puede generar estrés tanto a él como a usted.
5. Si hay momentos en los que su familiar se encuentra irritado o angustiado, considere que no es el mejor momento para afrontar con él temas delicados. No se canse en vano.
6. No personalice. Discusiones, gritos o descalificaciones que le pueda proferir son consecuencias de la enfermedad.
7. Mantenga unos horarios estables. Le permitirán llevar un mejor ritmo de descanso y actividad.
8. Ponga límites a los cuidados. Tenga en cuenta lo que su familiar sí puede hacer para no hacerlo usted por él.
9. Combine descanso, actividad y ocio, no descuidando ninguna de estas tres ocupaciones y procurando un equilibrio entre el cuidado que presta a su familiar y su propia vida.
10. Infórmese sobre redes sociales de apoyo, grupos de ayuda, asociaciones de familiares.

Para cuidar mejor...

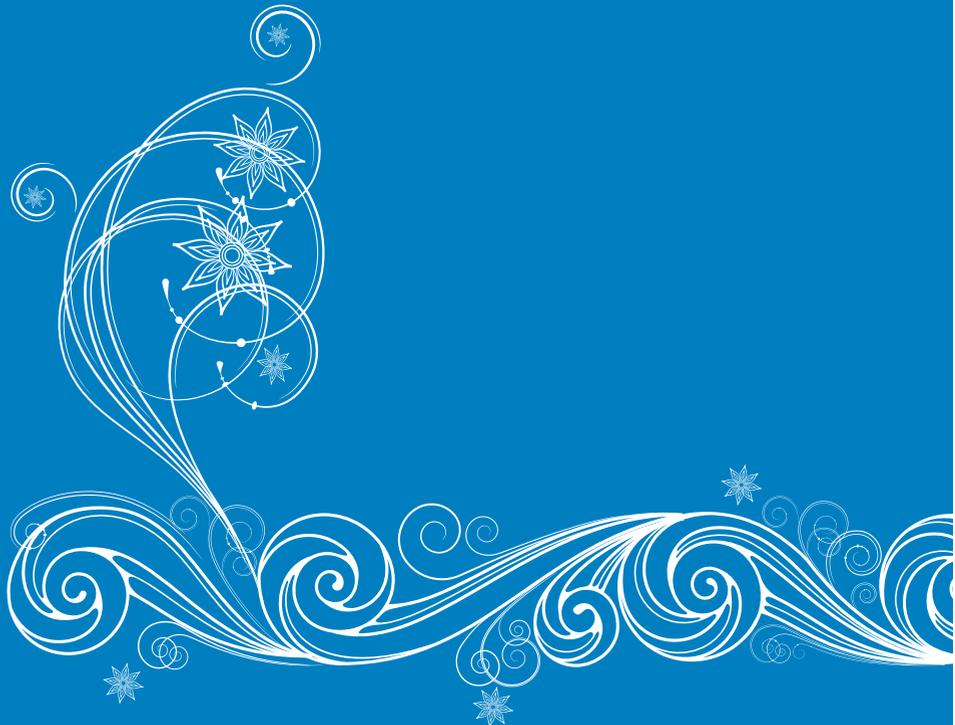
1. Considere a su familiar como una persona, más allá de su estado actual. Respete sus intereses. Y hable de ellos abiertamente.
2. Muéstrese afectuoso y cariñoso y haga del humor su filosofía de vida.
3. Mantenga en la medida de lo posible un entorno estable, con unas normas claras y asequibles dentro del domicilio.
4. Posibilite espacios para el intercambio de opiniones e impresiones con la persona a su cargo.
5. Intente orientar a la persona a su cargo sobre hábitos saludables y horarios regulares.
6. Muestre confianza en las capacidades de la persona para desempeñar sus tareas. Déle opción de llevarlas a cabo por sí mismo.
7. Refuerce cualquier avance obtenido. El éxito en la tarea y su reconocimiento contribuyen a garantizar su aprendizaje.
8. Valore la iniciativa y los hechos que motiven a la persona a su cargo.
9. Incluya a la persona en la toma de decisiones de asuntos que incumban a toda la unidad de convivencia.
10. Organice tareas (tanto dentro como fuera del hogar) en las que participe junto a los demás miembros de la familia.

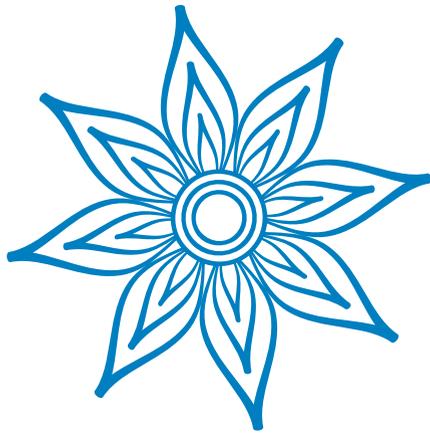






9. Recursos.
*** del SAAD**
*** además...**
*** directorio**





Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

Ofrece un catálogo de recursos que pueden ayudarle a llevar mejor la situación de dependencia. Para acceder a ellos es imprescindible que la persona con esquizofrenia esté dentro del sistema y tenga asignado un grado y un nivel de dependencia. Solicite su valoración.

Según grado y nivel de dependencia se asigna el servicio o la prestación más idónea del catálogo:

1.- Servicios:

- Prevención y promoción de la autonomía personal.
- Teleasistencia.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Centro de día y de noche.
- Atención residencial.

2.- Prestación económica:

- Vinculada a un servicio.
- Para cuidados en el entorno familiar.
- De asistencia personal.

ADEMÁS interérese por:

... Recursos de Formación.

La formación le aportará estrategias para conocer cómo apoyar las tareas del día a día de la persona en situación de dependencia, poniendo límites a la cantidad de cuidados que precisa.

- * Cursos de formación inicial y de formación especializada que organiza el Departamento de Servicios Sociales y Familia del Gobierno de Aragón, a través de la Dirección General de Atención a la Dependencia.
- * Asociaciones y Centros especializados en su provincia prestan apoyo a cuidadores a través de diferentes programas de formación e información.

... Recursos de apoyo emocional.

Existen grupos de autoayuda a los que asisten familiares y cuidadores de personas en situación de dependencia. Están guiados por un profesional y en ellos tratan situaciones de la vida diaria.

Participar en estos grupos le aportará estrategias para afrontar mejor las conductas negativas de la persona cuidada y de usted mismo/a.

- * El Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS) ofrece grupos de apoyo para las personas que cuidan, a través del programa **CuidArte**
- * Fundaciones, federaciones, asociaciones y entidades de su comarca o provincia prestan también este tipo de apoyo.



... Recursos para la Adaptación del Domicilio y Productos de Apoyo.

Existen profesionales especializados que pueden asesorarle al respecto:

- * **Disminuidos Físicos de Aragón (DFA)**. Ofrecen todo tipo de información relativa a la discapacidad, entre ellos y a través de su Centro de Ortopedia, ofrecen un servicio de accesibilidad al medio y eliminación de barreras arquitectónicas.

- * **Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT)**. Es un centro tecnológico dependiente del IMSERSO. Aquí le pueden orientar sobre temas de accesibilidad, adaptaciones y productos de apoyo (antes ayudas técnicas).

- * **Recursos económicos para adaptar el domicilio y para la adquisición de productos de apoyo**. En los Servicios Sociales pueden informarle de distintas líneas de ayuda (del IASS, Plan de Rehabilitación urbana de vivienda o subvenciones del SALUD). En los Centros de Apoyo Social de DFA también se puede obtener esta información.

- * **Préstamo y/o alquiler de productos de apoyo/ayudas técnicas**. Algunas instituciones como Cruz Roja o el SALUD, en coordinación con las comarcas, disponen de este servicio. También ortopedias.



... Recursos asociativos y centros de rehabilitación especializados.

Es muy importante que los conozca. Pida información a la trabajadora social de su Servicio Social sobre asociaciones especializadas a nivel estatal o de su provincia.

En ellas le pueden ofrecer información, orientación y asesoramiento, no sólo sobre el manejo diario de la persona en situación de dependencia, sino también sobre actividades y talleres que organizan para cuidadores.

... Recursos para “descargarse”.

* Recursos de apoyo:

Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD). Prestado por las Comarcas y principales ayuntamientos de la Comunidad Autónoma.

Programas de Respiro y de Servicio de Canguro. Apoyan al cuidador que de manera temporal precisa ausentarse o simplemente descansar de la situación. Distintas fundaciones, federaciones, entidades y asociaciones disponen de estos programas.

* Recursos para su ocio.

Es importante que se organice y consiga algo de tiempo libre para dedicarlo exclusivamente a usted y fuera del entorno de cuidados. Algunas sugerencias de cómo mantener su vida social y ocupar este tiempo pueden ser:

Actividades y talleres que organizan los ayuntamientos, a través de sus departamentos sociales, de de-



portes, de la mujer... Son actividades de tipo cultural, recreativas y de relajación.

Los Hogares (centros del IASS) también organizan actividades de este tipo.

Asociaciones culturales y de familiares.





DIRECTORIO:

- Dirección General de Bienestar Social y Dependencia de Aragón

www.aragon.es

e-mail:

bienestar.dependencia@aragon.es

Direcciones Provinciales

Servicio Provincial del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia de Zaragoza.

Vía Universitاس, 36. Edificio Vía Universitاس, 1ª Planta.

50017 Zaragoza.

Tfno. 976 713 136

Servicio Provincial del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia de Huesca.

San Jorge, 65.

22003 Huesca.

Tfno. 974 247 234

Servicio Provincial del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia de Teruel.

Pza. San Francisco, 1.

44001 Teruel.

Tfno. 978 641 000

- Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS)

www.iass.aragon.es

Dirección Gerencia del Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS)

Avenida Cesáreo Alierta, 9-11.

50008 Zaragoza

Tfno.: 976 715 600

Fax: 976 715 601

e-mail: iass@aragon.es

Direcciones Provinciales

Dirección Provincial del IASS de Zaragoza.

Paseo Rosales, 28 Duplicado

50008 Zaragoza

Teléfono 976 716 220

Fax: 976 716 221

e-mail: iassza@aragon.es

Dirección Provincial del IASS de Huesca.

Plaza Santo Domingo, 3-4

22001 Huesca

Teléfono 974 293 333

e-mail: iasshuesca@aragon.es

Dirección Provincial del IASS de Teruel.

Avenida Sanz Gadea, 11

44002 Teruel

Teléfono 978 641 313

Fax: 978 641 404

e-mail: iasssteruel@aragon.es





- Centros de Servicios Sociales :
* Provincia de Huesca:

Comarca Alto Gállego

Polígono Sepes C/Secorun, s/n
22600- SABIÑÁNIGO
Tfno.:974 483 311
Fax:974 483 437
e-mail:
ssbara@comarcaaltogallego.es

Comarca Bajo Cinca

Paseo Barrón Segoné, 7.
22520-FRAGA
Tfno.:974 472 147
Fax:974 473 120
e-mail:
servicios-sociales@bajocinca

Comarca de Cinca Medio

Avda. El Pilar, 47, 1ª.
22400-MONZÓN
Tfno.:974 403 593
Fax:974 404 755
e-mail: ssb@cincamedio.es

Comarca de La Jacetania

C/ Ferrocarril, s/n.
22700-JACA
Tfno.:974 356 768
Fax:974 355 241
e-mail: accionsocial@jacetania.es

Campo de La Litera /La Llitera

C/Galileo, 7.
22500-BINEFAR
Tfno.: 974 431 022
Fax:974 428 495
e-mail: ssbbinefar@lalitera.org

Comarca de Los Monegros

Avda. Fraga, s/n
22200-SARIÑENA
Tfno.:974 570 701
Fax:974 570 860
e-mail:
serviciosociales@monegros.net

Comarca de la Ribagorza

Plaza. Mayor, 17.
22430-GRAUS
Tfno.:974 545 975
Fax:974 546 561
coordinacionsb@cribagorza.org

Comarca del Sobrarbe

Avda. de Ordesa, 79.
22340-BOLTAÑA
Tfno.:974 518 026
Fax:974 502 350
e-mail:
ssbsede@sobrarbe.com

Somontano de Barbastro

Avda. de Navarra,1.
22300-BARBASTRO
Tfno.:974 306 332
Fax:974 306 281
e-mail: ssb@somontano.org

Comarca de la Hoya de Huesca/ Plana de Uesca

Voluntarios de Santiago,2.
22004-HUESCA
Tfno.:974 233 030
Fax:974 232 044
e-mail:
servicios_sociales@hoyadehuesca.es





* Provincia de Teruel:

Andorra-Sierra de Arcos

Paseo de las Minas, 2, 1ª plnta
44500-ANDORRA
Tfno.:978 843 853
Fax:978 844 338
e-mail:
ssb.sierradearcos@terra.es

Comarca del Bajo Aragón

C/ Mayor, 22.
44600-ALCAÑIZ
Tfno.:978 840 661
Fax:978 830 034
e-mail:
ssbalcañiz@bajoaragon.es

Comarca del Bajo Martín

C/Santa Rosa, 8.
44530-HIJAR
Tfno.:978 820 126
Fax:978 821 697
e-mail:
trabajosocial@comarcabajomartin.es

Comarca Comunidad de Teruel

Temprado, 4, casa Dña Blanca
44001-TERUEL
Tfno.:978 617 280
Fax:978 606 111
e-mail:
pqvillen@comarcateruel.com

Comarca Cuencas Mineras

C/Constitución, s/n
44760-UTRILLAS
Tfno.:978 750 309
Fax:978 758 419
e-mail:
ssbutrillas@hotmail.com

Comarca Gúdar-Javalambre

Pza. de la Comarca, s/n
44400-MORA DE RUBIELOS
Tfno.:978 800 008
Fax:978 800 431
e-mail:
utsmorarubielos@hotmail.com

Comarca del Jiloca

Melchor de Luzón, 6, Planta 3
44200-CALAMOCHA
Tfno.:978 863 801
Fax:978 732 290
e-mail:
ssbcalamocha@comarcadeljiloca.org

Comarca del Maestrazgo

C/García Valiño, 7.
44140-CANTAVIEJA
Tfno.:964 185 242
Fax:964 185 039
e-mail:
ssb@comarcamaestrazgo.es

Comarca del Matarraña.

Avda. Cortes de Aragón, 7.
44580-VALDERROBRES
Tfno.:978 890 282
Fax: 978 890 388
e-mail:
ssb@matarranya.org

Comarca de Albarracín

C/Catedral, 5- 3ª planta.
44100-ALBARRACÍN
Tfno.:978 704 024
Fax:978 704 027
e-mail:
ssb@comarcadelasierradealbarracin.es





* Provincia de Zaragoza:

Comarca del Aranda

Pza. del Castillo s/n.
50250-ILLUECA
Tfno.:976 548 090
Fax:976 821 503
e-mail:
ssbase@comarcadelaranda.com

Comarca Comunidad de Calatayud

Pza. de la Comunidad, 1
50300-CALATAYUD
Tfno.:976 883 075
Fax:976 886 044
e-mail:
besteban@comunidadcalatayud.com

Comarca Campo de Belchite

Ronda de Zaragoza, s/n.
50130-BELCHITE
Tfno.:976 830 186
Fax:976 830 126
e-mail:
serviciosocial@campodebelchite.com

Comarca Campo de Borja

C/ Nueva, 6
50540-BORJA
Tfno.:976 852 028
Fax:976 852 941
e-mail:
sscborja@campodeborja.es

Campo de Cariñena

Avda. Goya, 23.
50400-CARIÑENA
Tfno.:976 622 101
Fax:976 793 064
e-mail: ssb@campodecarinena.org

Comarca Campo de Daroca

C/Mayor, 60-62.
50360-DAROCA
Tfno.:976 545 030
Fax:976 800 362
e-mail:
coordinadorassb@comarcadedaroca.com

Comarca Bajo Aragón - Caspe / Baix Aragó-Casp

Plaza Compromiso,8-9.
50700-CASPE
Tfno.:976 639 078
Fax:976 633 516
e-mail:
coordinadorssb@comarcabajocaspe.com

Comarca Cinco Villas

C/ Justicia Mayor de Aragón 20,1º. Of. 3
50600-EJEA DE LOS CABALLEROS
Tfno.:976 677 559
Fax:976 677 572
e-mail:
coordinadora@comarcacincovillas.es

Comarca Ribera Alta del Ebro

Arco del Marqués,10.
50630-ALAGÓN
Tfno.:976 612 329
Fax:976 611 208
e-mail: coordinacionssb@rialebro.net

Comarca Ribera Baja del Ebro

Avda. de la Constitución, 16
50770-QUINTO DE EBRO
Tfno.:976 179 230
Fax:976 179 231
e-mail: ssb.pina@riberabaja.es





Comarca Tarazona y Moncayo

Avda. de la Paz, 31, bajo.

50500-TARAZONA

Tfno.: 976 641 033

Fax: 976 643 907

e-mail:

css@tarazona.es

Comarca Valdejalón

Pza. España, 18.

50100-LA ALMUNIA DE DÑA GODINA

Tfno.: 976 811 759

Fax: 976 811 758

e-mail:

ssbalmunia@valdejalon.es

* Delimitación Comarcal de Zaragoza:

Servicios Sociales de Fuentes de Ebro.

Plaza Constitución, 4.

50740-FUENTES DE EBRO

Tfno.: 976 169 126

Fax: 976 169 106

e-mail:

ssb@fuentesdeebro.es

Servicios Sociales Mancomunidad Ribera Izquierda del Ebro.

Plaza España, 16.

50172-ALFAJARÍN

Tfno.: 976 790 631

Fax: 976 790 632

e-mail:

social@mrrie.es

Servicios Sociales Mancomunidad Ribera Bajo Huerva.

Pza. España, 1-4 Bajo

50430-MARÍA DE HUERVA

Tfno.: 976 124 170

Fax: 976 124 090

e-mail: ssb@bajohuerta.es

Servicios Sociales de Utebo.

Avda. Navarra, 12. Edificio Polifuncional

50180-UTEBO

Tfno.: 976 785 049

Fax: 976 785 409

e-mail: ssb@dayto-utebo.es

Servicios Mancomunales Bajo Gallego.

Cno. de San Juan, 4.

50800-ZUERA

Tfno.: 976 681 119

Fax: 976 681 352

e-mail:

serviciosocialdebase@ayunzuera.com

* Centros Municipales de Servicios Sociales.

-Ayuntamiento de Zaragoza.

Pza. Ntra. Sra. del Pilar 18.

Edif. Seminario: Vía Hispanidad 20

50071 ZARAGOZA

Tfno: 976 721 100

www y e-mail: www.zaragoza.es

webmunicipal@zaragoza.es





-Ayuntamiento de Huesca.

Pza. de la Catedral, 1.
22002 - HUESCA
Tfno: 974 292 100 / 292 163
www y e-mail: www.huesca.es
info@huesca.es

-Ayuntamiento de Teruel. Servicios Sociales

Yagüe de Salas 1, 1ª Planta
44001 - TERUEL
Tfno: 978 619 926
www y e-mail: www.teruel.es
serviciosociales@teruel.



MÁS INFORMACIÓN PARA EL CUIDADOR

DISPOSITIVOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE ARAGÓN

TIPO DE DISPOSITIVO:

USM: Unidad de Salud Mental
USMI-J: Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil
UCE: Unidad de hospitalización de Corta Estancia
UME: Unidad de hospitalización de Media Estancia
ULE: Unidad de hospitalización de Larga Estancia
HD: Hospital de Día
UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria
CD: Centro de Día

ABREVIATURAS DE CENTROS:

CS: Centro de Salud
H: Hospital
CRP: Centro de Rehabilitación Psicosocial
TO/CEE: Taller ocupacional/centro especial de empleo

HUESCA



DISPOSITIVO	UBICACIÓN	DIRECCIÓN
USM	CS Barbastro	C/ Saint Gaudens, s/n. 22.300, Barbastro
USMI-J	-	C/ Zaragoza nº 29. 22.300, Barbastro
CD/HD	-	Pº Los Pinos nº 11, 22.300, Barbastro
USM	CS Pirineos	C/ Felipe Coscolla nº), 22.004, Huesca
USM	CS Huesca Perpetuo Socorro	C/ Ramón y Cajal nº 57, 22.006, Huesca
USMI-J	-	C/ Félix Lafuente s/n, 22.004, Huesca
UCE	H. General San Jorge	Avda Martínez de Velasco nº 36, 22.004 Huesca
UME/ULE	CRP Sto Cristo de los Milagros	Ctra de Arguis s/n, 22.060, Huesca
UTCA	H. General San Jorge	Avda Martínez de Velasco nº 36, 22.004 Huesca
CD/HD	H. Sagrado Corazón de Jesús	Pº Lucas Mallada 22, 22.006, Huesca
CD	Centro de Día Arcadia	Pº Lucas Mallada 22, 22.006, Huesca
-	ASAMPE Huesca	C/ Ntra Sra Cillas 3, 22.002, Huesca
USM	CS Jaca	Pº Constitución nº 6-8, 22.700, Jaca
USM	-	Avda Goya nº 2, 22.400, Monzón
CRP	-	Dno Las Paules nº 12, 22.401, Monzón
TO/CEE	Integración Laboral Arcadia	Pza San Antonio nº 8, 22.002, Huesca
TO/CEE	Taller Ocupacional Barbastro	C/ Graus nº 35, 22.300, Barbastro
TO/CEE	Somontano Social	Avd. Navarra nº1, 22.300, Barbastro

ZARAGOZA



DISPOSITIVO	UBICACIÓN	DIRECCIÓN
CD/UME	U. Rehabilitadora de media estancia Profesor Rey Ardid	Camino Viejo de Alfocea nº 10, 50.191 Zaragoza
USM	CS Torrero - La Paz	Soleiman nº 11, 50.007, Zaragoza
CD	CD Adunare - Torrero	Biescas nº 11, 50.007, Zaragoza
USM/UCE	H. Real y Provincial Ntra Sra de Gracia	Ramón y Cajal nº 60, 50.004, Zaragoza
USM/USMI-J	CS José R. Muñoz Fernández	Pso Sagasta nº 52, 50.006, Zaragoza
USM	CS Las Fuentes Norte	Doctor Iranzo nº 69, 50.002, Zaragoza
USM	CS San José Norte	Santuario de Cabañas nº 16, 50.013, Zaragoza
USM	CS Rebolería	Plaza Rebolería s/n, 50.002, Zaragoza
USM	CS Casablanca	Viñedo Viejo nº 10, 50.009, Zaragoza
USMI-J/UCE	H. Universitario Miguel Servet	Pso Isabel la Católica nº 1-3, 50.009 Zaragoza
CD	CD San Carlos	Cantín y Gamboa nº 30, 50.001, Zaragoza
CD	CD Romareda	Asín y Palacios nº 4, 50.009, Zaragoza
CD	ASAPME Zaragoza	Ciudadela nº 1, 50.017, Zaragoza
USM	-	Padre Claret nº 29, 50.300, Calatayud
CD	CD Rey Ardid	Arquitecto Medarde, 50.300, Calatayud
USM	-	Pso Independencia 25, 50.600, Ejea de los Caballeros
CD	-	Molino Bajo nº 17, 50.600, Ejea de los Caballeros
USM	-	Avda Cortés de Aragón nº 14, 50.500, Tarazona
USM	-	Escultor Palao nº 36, 50017, Zaragoza
USM/USMI-J/ UCE	H. Clínico Universitario Lozano Blesa	San Juan Bosco nº 15, 50.009, Zaragoza
USM/USMI-J	CS Actur Sur	Gómez de Avellaneda nº 3, 50.018, Zaragoza
UCE	H. Royo Villanova	Avda San Gregorio nº 30, 50.015, Zaragoza
UME	CRP Ntra Sra del Pilar	Duquesa Villahermosa nº 66-68, 50.009, Zaragoza
ULE	Centro Neuropsiquiátrico Ntra Sra del Carmen	Camino del Abejar s/n, 50.190, Gallapinillos
UTCA/HD	H. Clínico Universitario Lozano Blesa	San Juan Bosco nº 15, 50.009, Zaragoza
UTCA	H. Royo Villanova	Avda San Gregorio nº 30, 50.015, Zaragoza
CD	CD El Encuentro	Moret nº 4, 50.001, Zaragoza
ULE	CRP Ntra Sra del Pilar	Duquesa Villahermosa nº 66-68, 50.009, Zaragoza
ULE	Centro Asistencial Psiquiátrico de Sádaba	Carretera de Sos s/n, 50.670, Sádaba
TO/CEE	Centro Ocupacional Iberis	Molino Bajo nº 35, 50.600, Ejea de los Caballeros
TO/CEE	CEE El Cierzo y La Retama	Crta Gallur-Sangüesa km 37, 50.601, E. de los Caballeros
TO/CEE	Integración Social La Alfranca	Finca la Alfranca, casa 7, 50.171, Puebla Alfindén
TO/CEE	Taller Ocupacional El Burgo	Crta Castellón km 221, 50.730, Burgo de Ebro
TO/CEE	Taller Ocupacional Actur	Pablo Iglesias nº 40-42, 50.018, Zaragoza
TO/CEE	CEE Servicios Parque Delicias SL	Duquesa Villahermosa nº 66-68, 50.009, Zaragoza



TERUEL



DISPOSITIVO	UBICACIÓN	DIRECCIÓN
USM/USMI-J	-	Avda Aragón nº 46, 44.600, Alcañiz
CRP	ASAPME Alcañiz	Mayor nº 62, 44.601, Alcañiz
USM	-	Miguel Vallés nº 1, 44.001, Teruel
USMI-J	-	Ronda de la Liberación nº 1, 44.002, Teruel
UCE	H. Obispo Polanco	Avda Ruiz Jarabo s/n, 44.002, Teruel
UME/ULE	CRP San Juan de Dios	Avda Zaragoza nº 10, 44.001, Teruel
-	ASAPME Teruel	Yagüe de Salas nº 16, 44.002, Teruel

Fuente: Mº de Sanidad, Política social e igualdad. www.msc.es y www.cermiaragon.es, a 31/12/2010

Enlaces de interés

Publicaciones de la Dirección General de Bienestar Social y Dependencia

- Guía Visual para cuidadores no profesionales
- Cómo se solicita el reconocimiento de dependencia
- Y a partir de ahora ¿ qué pasa?
- Guía informativa

http://portal.aragon.es/portal/page/SSOCIAL/ATENCION_DEPENDENCIA/Publicaciones

Documentos electrónicos de la Dirección General de Atención a la Dependencia

- Guía Audiovisual para cuidadores no profesionales

http://portal.aragon.es/portal/page/poral/SSOCIAL/ATENCION_DEPENDENCIA/Publicaciones/Publicacioneselectronicas



ESTO LO QUITAMOS, LO MODIFICAMOS...?

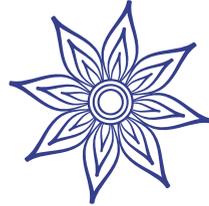
La atención y los cuidados no profesionales prestados a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, deben orientarse siempre a mejorar la calidad de vida de la persona en situación de dependencia.

Para posibilitar esto, una formación específica centrada en el conocimiento de la enfermedad y en su evolución dará las pautas básicas para la atención de la persona en situación de dependencia, promoviendo en lo posible su autonomía personal, y por tanto su bienestar físico, emocional y social.

Al considerar estas pautas, la persona cuidadora podrá mejorar también su calidad de vida, ya que formándose y "dando la oportunidad de hacer" verá cómo es posible reducir su carga de trabajo, física y emocional.

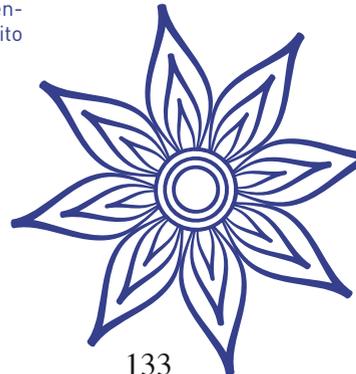


David Romano Casaus, diplomado en Terapia Ocupacional por la Universidad de Zaragoza en 1998, completó su formación en rehabilitación en 1999 en el centro francés "Les Baumes". en 2000 crea ASERHCO, empresa de servicios sociosanitarios pionera en Aragón. De 2006 a 2010 desarrolla su labor como terapeuta ocupacional en el CRPS "San Carlos", de Cáritas Diocesana de Zaragoza. Actualmente dirige el Centro ASERHCO de Rehabilitación y Salud.



José M^a Oliver Lahoz, diplomado en Terapia Ocupacional por la Universidad de Zaragoza en 1999. Ha trabajado como terapeuta ocupacional en la UME "Profesor Rey Ardid", y actualmente en el CD "Torero", de Zaragoza, para personas con enfermedad mental grave.

Virginia Royo Quintana, diplomada en Terapia Ocupacional por la Universidad de Zaragoza en 2004. Ha trabajado como terapeuta ocupacional en CRPS ASAPME, en Zaragoza, desarrollando programas para la capacitación profesional, la formación y el empleo de personas con enfermedad mental grave. Actualmente desempeña su labor en el ámbito de la discapacidad intelectual en ATADES Zaragoza.





Colección de buenas prácticas
para la promoción de la autonomía personal y
atención a las personas en situación de dependencia.



Sistema Aragonés de Atención
a la Dependencia



