

# **TÉCNICAS PSICOLÓGICAS EN EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE Y SUS CUIDADORES**

**ANA M<sup>a</sup> HUERTAS**

**Psicóloga Clínica**

**Alcázar de San Juan**

# BREVE HISTORIA Y CONCEPTO DE LA PSICOGERONTOLOGÍA

- No hay un hito histórico para fechar su fundación.
- Se hace referencia a dos materias relativamente recientes: Psicología científica en 1879 (Wunt) y la Gerontología en 1903 (Metchnikoff).
- Pese a referencias anteriores, es en el segundo cuarto del s.XX cuando Hall propone el envejecimiento en sí mismo como objeto de conocimiento en psicología.
- En los años 50 expansión de la psicogerontología como disciplina que se ocupa del estudio, desde una perspectiva psicológica, del envejecimiento, la vejez y los viejos.
- Definición: subdisciplina de la psicología científica que se ocupa del estudio del envejecimiento y la vejez y de las aplicaciones de estos conocimientos a las personas mayores.



# ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Vivimos en el continente más envejecido del mundo.

En España tenemos un 17% de la población mayor de 65 años.

Se estima que en 2040 tendremos un 40% de la población mayor de 60 años. En Europa en 2025 un tercio de la población tendrá más de 60 años.

Este envejecimiento de la población se considera un éxito de nuestra sociedad, debido a dos condiciones demográficas: el incremento de la esperanza de vida por una drástica reducción de la mortalidad y la disminución de la natalidad.

Por esto la OMS en 2001 elaboró una serie de indicadores que bautizó como Esperanza de Vida Saludable y Esperanza de Vida Libre de Discapacidad.

La importancia por tanto no es que se incremente la esperanza de vida en el futuro, sino que disminuya la morbilidad y la dependencia al final de la vida.

# ALGUNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE PSICOGERONTOLOGÍA

La psicogerontología emerge ligada a la psicología del desarrollo y a la corriente llamada del ciclo vital, que considera el curso de la vida el eje esencial del envejecimiento y la vejez. Cada persona mayor es el resultado de su historia, de la interacción entre el organismo (biología), la persona (repertorios de conducta) y los contextos y ambientes, que han ido sucediéndose a lo largo de su vida.

Según el modelo biomédico de envejecimiento, el organismo humano crece y se desarrolla exponencialmente a lo largo de la infancia y adolescencia, se estabiliza durante la edad adulta y se deteriora en la vejez, esto no es totalmente transponible a su funcionamiento psicosocial, porque



# ALGUNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE PSICOGERONTOLOGÍA

En la edad adulta y en la vejez existe estabilidad, desarrollo y declive en función de las variables a las que nos refiramos y a las condiciones socioculturales y personales del individuo.

Sobre el funcionamiento cognitivo se cree que con la edad se produce un fuerte deterioro y que hay una escasa capacidad de aprendizaje. Esto no es avalado por los resultados de las investigaciones, el declive depende del tipo de función cognitiva evaluada. Así mientras la inteligencia fluida declina (rapidez de respuesta, razonamiento inductivo, capacidad visoespacial), la inteligencia cristalizada (los conocimientos y

# ALGUNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE PSICOGERONTOLOGÍA

el vocabulario) se mantiene bastante estable e incluso puede incrementarse hasta altas edades de la vida, existiendo un límite biológico para la inteligencia cultural, en torno a los 70 años.

La conclusión de la investigación sobre el funcionamiento cognitivo a lo largo del proceso de envejecimiento y la vejez es que presenta una extraordinaria plasticidad y modificabilidad. El funcionamiento cognitivo se puede optimizar a todo lo largo de la vida y que cuando el declive o el deterioro ocurre, se puede compensar.



# ALGUNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE PSICOGERONTOLOGÍA

Es común creer que en las personas mayores abunda la depresión. Se ha visto que existen escasas diferencias entre jóvenes y mayores en cuanto a la frecuencia de experimentar sentimientos positivos y que los mayores parecen experimentar menor frecuencia de sentimientos negativos. Por tanto, el envejecimiento no conlleva un aumento de emociones negativas. Sí es cierto que existen tasas de prevalencia de la depresión altas cuando las personas habitan en contextos residenciales involuntariamente o cuando ocurren determinados eventos negativos.

Es habitual la imagen social que la personalidad del mayor es rígida e inflexible y cascarrabias. Los datos empíricos avalan que, en ausencia de patología demencial, la personalidad se muestra bastante estable a lo largo de la vida. Aunque el individuo tiende a una mayor introversión y una menor apertura a la experiencia en la última etapa de la vida.

# ALGUNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS DE PSICOGERONTOLOGÍA

Esto cambia si hay trastornos, hay tres asociados a la edad: demencia, depresión y dependencia. La patología de mayor prevalencia es el deterioro cognitivo, que depende de una enfermedad neuropsicológica, la demencia, esto compromete el funcionamiento afectivo, comportamental y de la personalidad. El aislamiento y los eventos estresantes pueden incrementar un trastorno emocional como es la depresión y todo ello provoca dependencia.

En cuanto a las relaciones sociales, se cree que el individuo mayor se encuentra aislado, con escaso contacto social. Lo que se ha visto es que a lo largo de la vida se incrementa la calidad de las relaciones interpersonales, más que la cantidad.

Hay una extraordinaria variabilidad individual en el funcionamiento psicológico en la vejez. A lo largo de la vida se incrementan las fuentes de diferenciación, esto ha llevado a los autores a clasificar el envejecimiento en óptimo, normal y patológico.



# TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

La principal característica de estos es una alteración del estado anímico y del humor en la persona que lo padece a cualquier edad durante el ciclo de la vida.

En cuanto a la epidemiología, en España no contamos con datos que abarquen al conjunto de la población mayor, ya que sólo existen datos de las personas que viven en residencias, donde la prevalencia e incidencia de cualquier tipo de enfermedad o trastorno mental es superior a la de la población mayor que vive en la comunidad. En la investigación ESEMed-España (Haro et al.,2006) se realizó un estudio epidemiológico sobre los trastornos mentales en nuestro país, presentando datos de prevalencia-año y prevalencia-vida de los TEA en general, comparándolos con los Episodios de Depresión Mayor (EDM).

# TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

	Prevalencia Año			Prevalencia Vida		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
TEA	2,33	6,25	4,37	6,71	15,85	11,47
EDM	2,15	5,26	3,96	6,29	14,47	10,55



# TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Como hemos podido observar en la tabla, los TEA tienen una mayor prevalencia, en un año y a lo largo de la vida, en las mujeres que en los hombres mayores. Asimismo del conjunto de los TEA los episodios depresivos son, tanto en hombres como en mujeres, los que presentan una mayor prevalencia.

En otros estudios realizados en población española se ofrecen datos aproximados de la prevalencia de la depresión en mayores institucionalizados, en los cuales se alcanzan porcentajes del 30%.

Respecto a la etiología de los episodios depresivos en la población de personas mayores, las causas pueden ser múltiples (fisiológicas, psicológicas, sociales y hereditarias). Veamos una tabla resumen de estas posibles causas:

# TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Biológicas	<ul style="list-style-type: none"><li>-Enfermedades: hiper-hipotiroidismo, patologías cardiovasculares, cáncer, dolor crónico, enfermedades del SNC, enfermedades crónicas o discapacitantes, insomnio, etc.</li><li>-Neurotransmisores: cambios en los niveles de dopamina, norepinefrina y serotonina</li><li>-Fármacos: antihipertensivos, antiparkinsonianos, tranquilizantes, etc.</li><li>-Otros: consumo de drogas, alcohol, etc.</li></ul>
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"><li>-Personalidad: depresiva, con ideas y sentimientos de inutilidad y desesperación; hipocondríaca, centrándose de forma excesiva en la salud, y exagerando dolencias reales o imaginarias; paranoide, con ideas de sospecha, celos y actitud defensiva.</li><li>-Baja tasa de refuerzos positivos con ausencia de realización de actividades agradables y reforzantes para la persona.</li><li>-Alta tasa de castigos o acontecimientos desagradables.</li><li>-Jubilación, con pérdida de actividad profesional y de relaciones con compañeros de trabajo.</li><li>-Cambio de hábitos y estilo de vida.</li><li>-Pérdida de seres queridos.</li><li>- Dificultades económicas.</li></ul>



# TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Entre las causas más frecuentes se encuentran:

La jubilación, la muerte del cónyuge y de personas queridas, los sentimientos de soledad y de falta de apoyo social, el ingreso en una residencia y la percepción de pérdida de poder adquisitivo.

Cada vez son más frecuentes otras causas debidas al padecimiento de una enfermedad crónica, a un deterioro cognitivo incipiente y la discapacidad física que suelen producir este tipo de trastornos.

Éstos unidos a la frustración personal que supone la dependencia, pueden ser otro tipo de causas de la depresión en personas mayores.

# ALGUNOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LA DEPRESIÓN

Existen diferentes modelos explicativos de la depresión, pero ninguno es específico de la población de personas mayores.

- Modelos conductuales, basados en la baja tasa de refuerzos positivos contingentes a las actividades y relaciones interpersonales del sujeto.
- Modelos cognitivos, que conceptualizan el trastorno en una percepción distorsionada de la realidad que determina el estado de ánimo de la persona.
- Modelos psicodinámicos, basados en los problemas emocionales, carencias y frustraciones que provocan este estado.
- Modelos integradores, enfoque multidimensional en el que se tienen en cuenta variables biológicas, psicológicas y sociales.



# ALGUNOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LA DEPRESIÓN

Desde nuestro punto de vista un modelo de análisis integrador, que valore todas las potenciales variables relevantes, sería el más adecuado para aplicar a este colectivo. Las posibles causas de la depresión durante el envejecimiento tienen una mayor probabilidad de interactuar entre sí en esta etapa.

Son muchas las enfermedades físicas y psíquicas, cambios bioquímicos y sensoriales, y eventos sociales adversos que, por probabilidad, son más frecuentes durante la vejez y tienen una mayor predisposición a interactuar.

# EVALUACIÓN PSICOGERONTOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Cuando los mayores acuden a consulta las principales manifestaciones depresivas que pueden presentar son:

- Pérdida de concentración.
- Fatiga.
- Ansiedad.
- Quejas somáticas (hipocondriasis).
- Llanto frecuente.
- Insomnio.
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte.



# EVALUACIÓN PSICOGERONTOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Estas manifestaciones pueden tener diversas etiologías de carácter biológico, psicológico o social, que han de ser valoradas.

Proceso de Evaluación:

La primera toma de contacto es fundamental, en el lenguaje hay que evitar tecnicismos, ser cercano, claro y sin ambigüedades, afable y directivo, no reforzar las expresiones negativas respecto al hecho de ser mayor y el envejecimiento (mitos sobre la vejez).

Empezar recopilando la información necesaria para el historial clínico:

- Datos personales y sociodemográficos.
- Antecedentes familiares y personales.
- Valoración general del estado de salud, con informes recientes.

# EVALUACIÓN PSICOGERONTOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

- Valoración del estado psicológico y funcional.
- Valoración de recursos sociales y del apoyo social percibido.
- Valoración del sueño.
- Otros datos de interés.

Esta historia clínica ofrece una visión general del paciente y una orientación de los aspectos más importantes en los que habría que profundizar en el proceso de evaluación.

Según un modelo multidimensional, las diferentes áreas a evaluar serían las siguientes:

## 1.- Área física

Exhaustivo examen médico para descartar posibles enfermedades y revisión del consumo de fármacos.



# EVALUACIÓN PSICOGERONTOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

## 2.- Área cognitiva y afectiva

Posible ideación e intención suicida, sabemos que en esta población las tasas de suicidio son del 14%, mientras que en la población general son del 5%, hay un mayor número de suicidios consumados y menos de parasuicidios.

Valorar los rasgos de personalidad, el estilo atribucional, la autoestima y el autocontrol, el apoyo social percibido, los valores vitales y las asunciones sobre la vejez y el estado mental del paciente para descartar un proceso de deterioro cognitivo.

# EVALUACIÓN PSICogerontológica DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

## 3.- Área conductual y ambiental

Actividades placenteras que realiza el paciente, sus habilidades sociales y eventos vitales que puedan influir en su estado físico y psicológico.

El instrumento más utilizado para evaluar la depresión en personas mayores es la Escala Geriátrica de depresión (GDS) de Brink et al. adaptación española de González, 1988.

Para ayudarnos en el diagnóstico diferencial tenemos el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR y la CIE-10.



# EVALUACIÓN PSICOGERONTOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Al establecer un diagnóstico diferencial de depresión en personas mayores hay que tener en cuenta el enmascaramiento de alguno de los síntomas depresivos, sobre todo si se asocian a un proceso de deterioro cognitivo. Puede pasar que un cuadro depresivo grave se considere como un proceso de demencia y no se trate de la forma adecuada.

Otro aspecto a tener en cuenta es el fenómeno denominado Kindling o proceso de “encendido”, se presenta en mayores de 50 años que han sufrido un episodio depresivo y que poseen un alto riesgo de que en el futuro se vuelva a repetir.

# **EVALUACIÓN PSICOGERONTOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO**

En relación a esto existen investigaciones que han demostrado que, tras largos periodos de padecimiento de una depresión o con cuadros depresivos recurrentes, se produce un daño en la estructura cerebral (hipocampo) que puede desarrollar un proceso de deterioro cognitivo.

Una vez establecido el diagnóstico diferencial, se elabora una hipótesis funcional explicativa del trastorno, identificándose las variables con las que se va a trabajar en el proceso de intervención.



# INTERVENCIÓN PSICOGERONTOLÓGICA EN LOS T.E.A.

Los tres objetivos generales que con mayor frecuencia son tratados en la intervención con personas mayores son:

1- Entrenamiento en detección de pensamientos desadaptativos o errores del pensamiento. Se pretende que generen pensamientos más adecuados y adaptativos aprendiendo estrategias cognitivas tales como la confrontación con la realidad, o la reatribución de pensamientos negativos por otros más realistas. Con este objetivo se pretende lograr el autocontrol cognitivo del paciente.

2- Entrenamiento en habilidades auto-reguladas necesarias para afrontar situaciones conflictivas que tendrá que enfrentar en el futuro. Habilidades interpersonales para incrementar y reforzar positivamente las relaciones sociales que emprenda.

# INTERVENCIÓN PSICOGERONTOLÓGICA EN LOS T.E.A.

Habilidades de manejo y resolución de conflictos para aumentar su eficacia en el afrontamiento de situaciones conflictivas. Entrenamiento en técnicas de relajación y respiración profunda, para afrontar momentos de tensión y ansiedad. Al conseguir el segundo objetivo se dota al paciente de un conjunto de habilidades de afrontamiento ante situaciones conflictivas, necesarias para devolverle la confianza en sí mismo.

3- Fomentar la interacción e integración social. Se utiliza un modelo psicoeducativo, con entrenamiento en habilidades interpersonales (HHSS) y promoviendo la realización de actividades agradables y reforzantes, además de la planificación del tiempo libre.



# INTERVENCIÓN PSICOGERONTOLÓGICA EN LOS T.E.A.

Valorar la posibilidad de utilizar un formato grupal, el grupo en sí mismo, así como la aplicación de técnicas específicas y las intervenciones por parte del terapeuta, sirven como instrumento de cambio .

Las posibilidades que ofrece el grupo a los mayores son:

- Mejora la capacidad de adaptación a las pérdidas del envejecimiento.
- Reflexiones que favorecen la comprensión de conflictos intrapsíquicos y ofrecen la posibilidad de trabajarlos y reestablecer el mejor funcionamiento de las defensas. Es también un espacio donde se contrastan los problemas personales con los de los demás.
- Aceptación del pasado.

# INTERVENCIÓN PSICOGERONTOLÓGICA EN LOS T.E.A

- Integración y participación: se crea un sentimiento de identidad como parte de un grupo social, se favorece la comunicación interpersonal y la creación de nuevas relaciones y vínculos.
- Mejora la autoestima.
- Fomenta los hábitos saludables y el sentido del humor.

**Para mayor efectividad es necesario el apoyo de la terapia farmacológica.**

Tras la intervención hay que establecer un programa de seguimiento del paciente, para una evaluación continua del proceso de adaptación y así poder prevenir posibles recaídas



# INTERVENCIÓN PSICOGERONTOLÓGICA EN LOS T.E.A

Además de la psicoterapias clásicas como las dinámicas o las cognitivo-conductuales, hay dos interesantes en los mayores:

La terapia de reminiscencia, que se caracteriza por el regreso y la expresión de experiencias pasadas significativas, tanto positivas como negativas, para trabajar con ese material reactualizado desde la memoria.

La psicomotricidad, que supone utilizar el cuerpo y su movimiento para tocar una vivencia afectiva. Es un medio de llegar donde la palabra por sí sola no llega o entorpece, y abordar la sintomatología obteniendo una mayor adaptación al medio.

# CUIDADO INFORMAL

La mayor parte de los cuidados que reciben las personas mayores dependientes ha sido tradicionalmente proporcionada por sus familiares, también denominados “cuidadores informales”

El perfil dibujado por el IMSERSO es de una hija o nuera, edad media que supera los 53 años, con una cuidadora principal por familia, sin consenso ni acuerdo explícito en su designación o en el reparto de responsabilidades. Inicialmente se considera una situación transitoria y esta cuidadora comparte esta tarea con el resto de sus obligaciones.

Los motivos por los que se asume este cuidado son: por obligación, motivos altruistas, reciprocidad, gratitud, sentimientos de culpa del pasado o para evitar la censura de otros.



# **CUIDADO INFORMAL**

Los cuidadores dedican una gran cantidad de tiempo al cuidado y les prestan ayuda en muchas y muy diversas actividades. También han de hacer frente a comportamientos problemáticos de su familiar (especialmente si éste padece demencia), o a posibles conflictos familiares y otros problemas consecuencia del cuidado como el aislamiento social.

Por todo esto, la situación de cuidar a un familiar con una enfermedad crónica es considerada, desde hace más de tres décadas, como un prototipo de las situaciones de estrés crónico.

# CUIDADO INFORMAL

Las consecuencias del cuidado de otras personas se podrían resumir en:

- Conflictos familiares: cambio de roles.
- Reacciones emocionales + y -.
- Alteraciones en la salud del cuidador: elevados niveles de ansiedad y depresión, disminución de la eficacia del sistema inmune, peor salud física general, mayor consumo de fármacos.
- Consecuencias laborales.
- Imprevistos económicos.
- Renuncia a actividades de ocio y a su tiempo libre.



# CUIDADO INFORMAL

- Traslados de residencia.
- Modificaciones en el domicilio.
- Redistribución de la familia.

Las intervenciones con cuidadores informales se inspiran en diferentes planteamientos teóricos, estos son:

## **Modelo de estrés adaptado al cuidado.**

Considera el estrés como un proceso en el que intervienen las siguientes categorías de factores:

- a) Factores contextuales: variables sociodemográficas, personales y culturales.

# CUIDADO INFORMAL

b) Estresores: estímulos y situaciones asociados al cuidado que imponen un grado de demanda de respuesta sobre los cuidadores.

c) Recursos del cuidador: valoración del estrés, carga del cuidador, estrategias de afrontamiento, habilidades, autoeficacia, apoyo social recibido, etc.

d) Consecuencias: resultados del estrés en el funcionamiento psicológico, físico y social de los cuidadores, así como en su relación con la persona cuidada.

Desde este modelo se realizarán intervenciones dirigidas a reducir la frecuencia e intensidad de los estresores,



# **CUIDADO INFORMAL**

A perfeccionar las habilidades del cuidador o cambiar su forma de valorar éstos, e intervenciones directas sobre el funcionamiento psicológico del cuidador.

## **Modelo cognitivo-conductual.**

Inspira intervenciones centradas de forma específica en la modificación de variables cognitivas y conductuales de los cuidadores que les ayudan al correcto afrontamiento de la situación del cuidado. Identificando pensamientos o creencias disfuncionales que interfieren en la adaptación a dicha situación, al influir negativamente sobre las acciones de afrontamiento y las emociones de los cuidadores.

# **CUIDADO INFORMAL**

## **Modelo Conductual**

Este enfoque se ha aplicado en intervenciones específicamente dirigidas a reducir la frecuencia e intensidad de los comportamientos problemáticos asociados a determinados trastornos.

Existen otros planteamientos teóricos que han guiado intervenciones exitosas con cuidadores como:

La Teoría del Apoyo de Barrera, la terapia Familiar Sistémica, la Teoría del Control y la Actividad o el Modelo del Umbral de Estrés Progresivamente Reducido.

Los modelos no son incompatibles entre sí, más bien se complementan, al centrarse en aspectos diferentes pero importantes todos.



# CUIDADO INFORMAL

## *Abordaje Psicoeducativo Grupal de Cuidados del Cuidador*

### Objetivos:

- Informar acerca de la patología.
- Mejorar el manejo y atención al paciente.
- Dar pautas de conducta a cuidadores y familiares.
- Mejorar la calidad de vida del cuidador.

### Contenidos:

- Psicoeducación: patologías frecuentes en mayores, clínica y tratamiento.(Psiquiatría)

# CUIDADO INFORMAL

- Tensión en el cuidador, sus derechos, cuidados, aprendizaje de técnicas de relajación....
- Identificación y manejo de las emociones.
- Tiempo de ocio y relaciones sociales.
- Entrenamiento en comunicación asertiva, autoestima, solución de problemas.
- Plan de cuidados para personas mayores dependientes.  
(Enfermería)
- Recursos sociales para personas mayores dependientes.  
(Trabajadora Social)



# CUIDADO INFORMAL

*Programa de intervención con cuidadores.*

## SESIÓN 1

Contenidos:

### **Presentación y Evaluación.**

Presentación de los terapeutas y de las condiciones del formato: confidencialidad, duración, lugar, periodicidad...

Explicación de las metas y objetivos del programa.

Introducción a la situación de cuidado y fases de adaptación a la misma.

Entrevista sobre la carga del cuidador.

# CUIDADO INFORMAL

*Programa de intervención con cuidadores.*

## SESIÓN 2

Contenidos:

### **Comprendiendo la tensión del cuidador.**

Patologías frecuentes en los ancianos (demencias, depresión, reacciones normalizadas, etc.)

Psicoeducación sobre depresión: clínica y tratamiento.

Explicación de los derechos del cuidador, cuidados del cuidador.

Entrenamiento en control de la respiración.



# **CUIDADO INFORMAL**

*Programa de intervención con cuidadores.*

## SESIÓN 3

Contenidos:

**Atención a nuestro estado de ánimo.**

Señales de alerta.

Pedir ayuda y cómo hacerlo.

Recursos comunitarios.

## SESIÓN 4

Contenidos:

**Incremento de actividades placenteras.**

# CUIDADO INFORMAL

## *Programa de intervención con cuidadores.*

Cuidar la propia salud.

Beneficios del ejercicio físico.

Incremento de actividades gratificantes.

## SESIÓN 5

Contenidos:

**El modelo Situación, Pensamiento, Consecuencia.**

Explicación del modelo S-P-C.

Aprender a sentirse mejor.

Reconocer sentimientos positivos y negativos.



# CUIDADO INFORMAL

*Programa de intervención con cuidadores.*

## SESIÓN 6

Contenidos:

**Reevaluación Cognitiva.**

Manejo de los sentimientos negativos: Tristeza, Culpa, Preocupaciones, Enfado y Resentimiento.

Cuidados Básicos.

## SESIÓN 7

Contenidos:

**Comunicación asertiva.**

# CUIDADO INFORMAL

## *Programa de intervención con cuidadores.*

Manejo de los conflictos familiares.

Comunicación y asertividad: decir que no, hacer y recibir críticas, expresar sentimientos.

## SESIÓN 8

Contenidos:

**Revisión, prevención de problemas futuros y conclusiones.**

Repaso de habilidades aprendidas, autoevaluación de su estado actual como cuidadores y evaluación del programa.





Siempre ten presente que la piel se arruga,  
el pelo se vuelve blanco,  
los días se convierten en años...  
Pero lo importante no cambia,  
tu fuerza y tu convicción no tienen edad.  
Tu espíritu es el plumero de cualquier telaraña.  
Detrás de cada línea de llegada, hay una de  
partida.  
Detrás de cada logro. Hay otro desafío.  
Mientras estés viv@, siéntete viv@.  
Si extrañas lo que hacías, vuelve a hacerlo.  
No vivas de fotos amarillas....  
Sigue aunque todos esperen que abandones.  
No dejes que se oxide el hierro que hay en ti.  
Haz que en vez de lástima, te tengan respeto.  
Cuando por los años no puedas correr, trota.  
Cuando no puedas trotar, camina.  
Cuando no puedas caminar, usa el bastón...  
¡Pero nunca te detengas!  
Madre Teresa de Calcuta.



**MUCHAS GRACIAS**