



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL FONOAUDIÓLOGO Y EL PSICÓLOGO CON PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL FONOAUDIÓLOGO Y EL PSICÓLOGO CON PERSONAS MAYORES INSTITUCIONALIZADAS.

Grupos de investigación FONOTEC y PSIQUE Y SOCIEDAD.
Programas de Fonoaudiología y Psicología.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Fundación Universitaria María Cano.

Grupo de investigación DEFOM.
Programa de Fonoaudiología.
Facultad de Ciencias de la Salud.
Universidad Metropolitana de Barranquilla.

Elaborado por:

María Tatiana Ramírez Lozano. Fonoaudióloga.
Docente investigadora Fundación Universitaria María Cano. Grupo FONOTEC.

Naziris Nichaliz Herrera Thomas. Fonoaudióloga.
Docente investigadora Universidad Metropolitana de Barranquilla. Grupo DEFOM.

Gabriel Jaime Saldarriaga Ruiz. Psicólogo.
Docente investigador Fundación Universitaria María Cano. Grupo PSIQUE Y SOCIEDAD.

María Kamila Gómez Gómez. Estudiante.
Asistente de Investigación Fundación Universitaria María Cano. Grupo FONOTEC.

Sofía Restrepo Berrío. Estudiante.
Asistente de Investigación Fundación Universitaria María Cano. Grupo FONOTEC.

Diseño Gráfico por:

Laura Ximena Paniagua Álvarez.

Revisado por:

Miguel Antonio Vargas García.
Líder grupo de Investigación FONOTEC.

Aprobado por:

Belkis Lorena Torres Osorio.
Directora Programa de Fonoaudiología.

Primera versión, Medellín, Colombia:
© Fundación Universitaria María Cano.
Diciembre 2021

TABLA DE CONTENIDO

1 Glosario

Proceso de elaboración del protocolo **6**

9 Descripción de la situación cognitiva y comunicativa de las personas mayores

Ruta de actuación para la atención de la persona mayor institucionalizada desde los servicios de psicología y fonoaudiología **11**

15 1ra. Actuación: Ingreso
A. Administrativo

1ra. Actuación: Ingreso
B. Anamnesis de cada servicio **17**

19 1ra. Actuación: Ingreso
C. Revisión de la Historia Clínica

2da. Actuación: Valoración inicial
A. Valoración comunicativa **21**

23 2da. Actuación: Valoración inicial
B. Valoración psicológica

2da. Actuación: Valoración inicial
A. Emisión de diagnóstico y pronóstico **25**

3ra. Actuación: Intervención
A. Priorización de las áreas de abordaje y planteamiento de los objetivos de las intervenciones **27**

29 3ra. Actuación: Intervención
B. Selección de modalidades y estrategias

3ra. Actuación: Intervención
C. Selección de actividades de acuerdo con dimensión comunicativa **31**

33 3ra. Actuación: Intervención
D. Selección de actividades de acuerdo con dimensión psicológica

4ta. Actuación: Seguimiento
A. Seguimiento de intervención y revaloraciones para visualizar evoluciones en las intervenciones **35**

37 4ta. Actuación: Seguimiento
B. Planes caseros para el hogar

5ta. Actuación: Vinculación con círculo de cuidado
A. Socialización de procesos terapéuticos con las familias y los cuidadores **39**

41 5ta. Actuación: Vinculación con círculo de cuidado
B. Encuesta de satisfacción del servicio

Anexos **43**

44 Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Este Protocolo de Actuación tiene como objetivo proponer a los profesionales de Fonoaudiología y Psicología una ruta clara de atención a la persona mayor institucionalizada para el fortalecimiento de sus habilidades cognitivo-comunicativas en instituciones geriátricas.

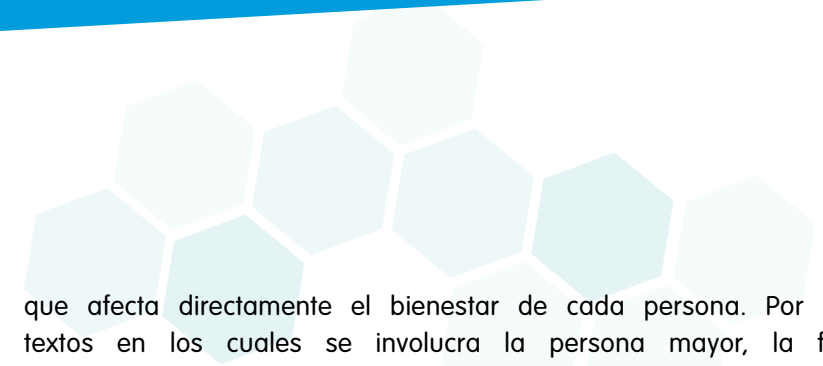
Para lograr esto, se caracterizaron los modelos de atención y abordajes prácticos que orientan las acciones de actuación de fonoaudiólogos, psicólogos y profesionales asistenciales que trabajan con personas mayores institucionalizadas. Se sistematizaron sus acciones, y a partir de allí se diseñaron estrategias y actividades para el protocolo de actuación.

Este protocolo es importante al considerar que el deterioro de las **habilidades comunicativas y cognitivas** es un fenómeno que se presenta en un gran número de personas mayores, como parte de su proceso de envejecimiento natural o positivo, o como consecuencia de un envejecimiento negativo. En este segundo escenario estas afectaciones generalmente se asocian a problemas neurológicos y se ven afectados tanto por aspectos neuro-comportamentales como aquellos asociados con el lenguaje (semántico, sintáctico, morfológico y fonológico).

El lenguaje, como herramienta que permite realizar o expresar ideas, pensamientos, sentimientos, se materializa a través de signos verbales. Esta herramienta puede verse muy afectada con consecuencias en el ámbito cognitivo y emocional.

Sin embargo, en el adulto mayor al deteriorarse de forma natural o patológica sus componentes anatómo-fisiológicos, se van generando deficiencias, que en primera instancia apuntan a limitar la socialización, la cual se ve restringida más en contextos no familiares, afectando la comunicación clara, en su contexto de aplicación.

En el ámbito cognitivo estos trastornos tienden a alterar todos o parte de los aspectos claves de la cognición, la atención y **procesamiento de la información**, la memoria, el razonamiento - resolución de problemas, la metacognición y las funciones ejecutivas. En el ámbito comunicativo estas alteraciones que acompañan el envejecimiento se afectan sobre todo los procesos de significación, las relaciones conceptuales, la estructuración oracional o interacción comunicativa, entre otros,



que afecta directamente el bienestar de cada persona. Por ello, en los contextos en los cuales se involucra la persona mayor, la familia, la sociedad, las instituciones, son de vital importancia para el mantenimiento y fortalecimiento de estas habilidades, que si no son estimuladas se van deteriorando hasta desaparecer o dejar de ser útiles en su intercambio comunicativo.

Es así como, las estrategias de fortalecimiento de las habilidades cognitivas y comunicativas que favorecen la memoria, atención, el razonamiento, las funciones ejecutivas y el lenguaje, deben ser integradas en las rutinas diarias que desarrollan los mayores, especialmente en **ambientes institucionales**, como son los hogares de larga estancia, los dormitorios y los centros día.

En estos espacios las personas mayores cuentan con distintos profesionales que atienden sus necesidades, pero en general carecen de acompañamiento constante de sus familias, el cual se ve reducido a visitas reguladas y reglamentadas.

Es aquí donde surge la necesidad de generar acciones de apoyo desde la Fonoaudiología y la Psicología, en escenarios diferentes al familiar. Proponiendo estrategias para que la persona mayor mantenga sus habilidades cognoscitivas y de comunicación, lo que en el largo plazo favorecerá el **bienestar de la persona mayor**. Estos procesos de fortalecimiento deben tener estrategias claras que sean diseñadas e implementadas por fonoaudiólogos y psicólogos.

Tanto la Fonoaudiología como la Psicología, al ser disciplinas de la salud que abordan las poblaciones envejecientes, pueden aportar desde su saber al mejoramiento de la calidad de vida de las personas mayores, que se enfrentan a la aparición de dificultades comunicativas y cognitivas que tienen transcendencia en los aspectos del lenguaje y de la cognición.

Este proyecto se justificó en las necesidades de atención de una población mayor creciente en Colombia y en que los profesionales de estas áreas puedan aportar desde su saber. El presente protocolo de actuación surgió entonces de la necesidad evidenciada en la práctica fonoaudiológica y psicológica con los adultos mayores institucionalizados, en la formulación de una ruta de actuación clara, que permita a estos profesionales conocer las **estrategias de atención y de actuación terapéutica** para esta población.

GLOSARIO

ABANDONO: La falta de acción deliberada o no para atender de manera integral las necesidades de una persona mayor que ponga en peligro su vida o su integridad física, psíquica o moral. (Ley 2055. 2020. Art. 2)

ABORDAJE EN LOS PROTOCOLOS: Es un acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema y en el cual se han clarificado las actividades a realizar ante una determinada tarea. Desde esta forma de ver las cosas, serían susceptibles de protocolizarse aquellas actividades físicas, verbales y mentales que son planificadas y realizadas por los profesionales, incluyéndose tanto actividades autónomas como delegadas. (Sánchez et Al. 2011. p. 5-6)

COMPETENCIA COMUNICATIVA: El adulto posee la capacidad de participar de manera efectiva en los diversos contextos sociales en los cuales establece un sin número de relaciones comunicativas con fines distintos. (Bernal et Al, 2018, p. 70)

COMPETENCIA CULTURAL: La capacidad de manejar los saberes implicados en la comunicación, desde los significados de las palabras y sus connotaciones hasta las intenciones reflejadas en el discurso. Es decir, todo el mundo nocional comprometido con el discurso, incluido el modelo del mundo del hablante, así como los contenidos culturales específicos del grupo a que pertenece. (Cantero, 2008, p. 74-77)

COMUNICACIÓN DEL ADULTO MAYOR: Campo de estudio de la fo-

noaudiología, en la cual se parte del concepto de "hombre como ser social que requiere la interacción comunicativa para su desarrollo; en el mundo de la vida esta relación actúa como facilitador de la dimensión social del hombre" (Bernal, Pereira, & Rodríguez, 2018, p. 10)

COMPETENCIA DISCURSIVA: La capacidad de relacionar las unidades del código en situaciones comunicativas efectivas, de enunciación, para producir y reconocer discursos cohesionados y coherentes con el contexto y el interlocutor (o interlocutores). (Cantero, 2008, p. 74-77)

COMPETENCIA ESTRATÉGICA: La capacidad de relacionar todas las demás competencias para gestionar las diversas situaciones comunicativas a que se enfrenta el hablante, mediante los recursos que ha ido generando y elaborando a lo largo de su vida. (Cantero, 2008, p. 74-77)

COMPETENCIA INTERACTIVA: La capacidad de gestionar la comunicación con uno o más interlocutores. (Cantero, 2008, p. 74-77)

COMPETENCIA LINGÜÍSTICA: La capacidad de conocer y relacionar las unidades del código. Se trata de una competencia en la que priman conocimientos declarativos y saberes formales: conocer y reconocer los fonemas, las palabras, las formas flexivas, las formas de redacción y restricción gramaticales, y las relaciones sintácticas. (Cantero, 2008, p. 74-77)

COMPETENCIA MEDIADORA: La capacidad de hacer y comprender el contenido lingüístico, discursivo y/o cultural del discurso propio y ajeno, empleando el mismo código del discurso o con otros códigos. La traducción, la interpretación, el resumen, la paráfrasis, la adaptación, la explicación son formas de mediación lingüística, que se emplean entre hablantes de distintos códigos (idiomas, dialectos, registros, etc.). (Cantero, 2008, p. 74-77)

COMPETENCIA PERCEPTIVA: La capacidad de comprender discursos. (Cantero, 2008 p. 74-77)

COMPETENCIA PRODUCTIVA: La capacidad de producir discursos, de crear textos, bien sean verbales o no verbales. (Cantero, 2008, p. 74-77)

CUIDADOS PALIATIVOS: Implica una atención primordial al control del dolor, de otros síntomas y de los problemas sociales, psicológicos y espirituales de la persona mayor. Abarcan al paciente, su entorno y su familia. Afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no la aceleran ni retrasan. (Ley 2055. 2020. Art. 2)

DISCRIMINACIÓN: Cualquier distinción, exclusión, restricción que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada. (Ley 2055. 2020. Art. 2)

DISCRIMINACIÓN POR EDAD EN LA VEJEZ: Cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como

objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada. (Ley 2055. 2020. Art. 2)

ENVEJECIMIENTO: Proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio. (Ley 2055. 2020. Art. 2)

ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE: Proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, mental y social, de participar en actividades sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, y de contar con protección, seguridad y atención, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida de todos los individuos en la vejez, y permitirles así seguir contribuyendo activamente a sus familias, amigos, comunidades y naciones. (Ley 2055. 2020. Art. 2)

ESTIMULACIÓN COGNITIVA: Está orientada a mejorar la calidad de vida del paciente, debe ser sistemática (sesiones deben ser 1 o 2 veces a la semana, con duración determinada). Además, se pueden realizar de manera individual, pero lo ideal es que sea de manera grupal, mejorando su lenguaje con actividades creadas para ellos especialmente, siendo estas actividades adaptadas a su nivel y siguiendo sus experiencias y gustos. (Fumero, J. y Pérez, E. 2015)

FUNCIÓN COGNITIVA: Es el funcionamiento integral de la percepción, atención, habilidad visoespacial, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales en el envejecimiento sufren algún grado de deterioro. (Camargo y Laguado, 2016, p. 164)

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR: Se experimentan cambios en las personas mayores en todas las funciones cognitivas, como el nivel educativo o el desempeño profesional a lo largo del ciclo vital, lo cuales pueden hacer que dicho declive sea más lento. (González, Facal & Yaguas, 2013, p. 34)

GUÍAS DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR: Instrumento que contiene los lineamientos técnicos para la atención orientada al personal de los servicios y se aplican a las personas que presentan un determinado problema o situación de salud, con un enfoque de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación con base en la metodología gestión de procesos. (Vera, 2019, p. 71)

INCREMENTO DE POBLACIÓN: En Colombia la población adulta mayor ha tenido un incremento rápido y significativo en todo el mundo y se estimó que entre los años 2015 y 2050, los adultos mayores podrían pasar de un 12% a un 22%, es decir casi el doble de la población actual. (OMS, citado por Camargo y Laguado, 2016, p. 162).

LENGUAJE DEL ADULTO MAYOR: Se presentan mayores deterioros para procesar las estructuras sintácticas complejas, para hacer inferencias en la comprensión, tanto de una frase individual como en un discurso narrativo y se ven menos afectados los

procesos de definición de palabras, explicaciones y descripciones. (Custodio et al, 2012)

MALTRATO: Acción u omisión, única o repetida, contra una persona mayor que produce daño a su integridad física, psíquica y moral y que vulnera el goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales, independientemente de que ocurra en una relación de confianza. (Ley 2055. 2020. Art 2)

MEMORIA DE PROCEDIMIENTO PARA HABILIDADES Y HÁBITOS: Tales como manejar bicicleta o nadar; almacena información sobre cómo hacer las cosas. (Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Linares & Bendezú, 2012, p. 323)

MEMORIA DE TRABAJO: Comprende la tenencia y la manipulación de la información mientras se procesan otras tareas, como retener una corta lista de palabras para ordenarla alfabéticamente. También, incluye la velocidad de trabajo, memoria y aprendizaje verbal y visoespacial, con mayor afectación de la cognición visoespacial que la verbal. (Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Linares & Bendezú, 2012, p. 323)

MEMORIA EPISÓDICA: Atribuye a los hechos de las vidas individuales, de las experiencias personales. Tanto la memoria episódica como la de trabajo son las que más se deterioran con el envejecimiento. (Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Linares & Bendezú, 2012, p. 323)

MEMORIA PROSPECTIVA: Comprende la capacidad para recordar la ejecución de una acción en el futuro, como por ejemplo recordar una cita o la toma de medicación. (Custodio, Herrera, Lira, Mon-

tesinos, Linares & Bendezú, 2012, p. 323).

MEMORIA SEMÁNTICA: En donde los hechos y el conocimiento general acerca del mundo permanecen estables, particularmente si dicha información es usada frecuentemente. Sin embargo, la recuperación de información altamente específica típicamente declina, como ocurre con los nombres. (Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Linares & Bendezú, 2012, p. 323)

NEGLIGENCIA: Error involuntario o falta no deliberada, incluido entre otros, el descuido, omisión, desamparo e indefensión que le causa un daño o sufrimiento a una persona mayor, tanto en el ámbito público como privado, cuando no se hayan tomado las precauciones normales necesarias de conformidad con las circunstancias. (Ley 2055. 2020. Art. 2)

PERSONA MAYOR: Aquella de 60 años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que esta no sea superior a los 65 años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor. (Ley 2055. 2020. Art. 2)

PERSONA MAYOR QUE RECIBE SERVICIOS DE CUIDADO A LARGO PLAZO: Aquella que reside temporal o permanentemente en un establecimiento regulado sea público, privado o mixto, en el que recibe servicios socio-sanitarios integrales de calidad, incluidas las residencias de larga estancia, que brindan estos servicios de atención por tiempo prolongado a la persona mayor, con dependencia moderada o severa que no pueda recibir cuidados en su domicilio. (Ley 2055. 2020. Art. 2)

POLÍTICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ: Garantizar

autonomía y desarrollo de capacidades y potencialidades de las personas como promover espacios y entornos saludables para la población, crear ambientes seguros para todos, construir una cultura que provea espacios reales de participación de las personas adultas mayores, sin discriminación, superando los estereotipos de la vejez y recreando imaginarios positivos de ella. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p.5)

PROGRAMAS DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR: También llamados como programas de estimulación o fortalecimiento cognitivo o comunicativo para el adulto mayor y son herramienta para ejercitar y potenciar muchas áreas del lenguaje, por ejemplo, para reforzar la ruta fonológica. (Hernández y Rojas, 2018)

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: Debe estar basado en indicadores biológicos, económicos, psicológicos y sociales ya que las inconsistencias se deben a miradas subjetivas del adulto mayor. (OMS, 2006; Uribe, Molina & González, 2006)

PROTOCOLO: La norma de actuación mínima en la atención médica utilizada como herramienta administrativa para hacer vigilancia epidemiológica para la evaluación de actividades y para el diseño de proyectos de investigación, lo que significa que son un grupo heterogéneo de materiales de carácter metodológico. (Vera, 2019, p. 74).

PROTOCOLO DE ATENCIÓN: Los protocolos de atención tienen un formato específico y está constituido por: portada, contraportada, índice de contenidos, introducción, objetivos generales y específicos, glosario de términos y abreviaturas, proce-

so de elaboración y metodología, protocolo de atención formulado, anexos, declaración e intereses y bibliografía. (López, et Al, 2007)

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR: Cuyo elemento distintivo, debe ser su capacidad de integrar las recomendaciones de manejo de un problema de salud, basado en la mejor evidencia científica disponible, con las particularidades de un medio específico, en términos epidemiológicos, económicos, éticos, culturales, de formación y de recursos. (Leal, et Al , 2011, p. 48)

PROTOCOLO PARA EL COVID-19: Aunque no todos los centros tienen la misma infraestructura o están igualmente afectados, pueden registrar un alto riesgo de contagio, tanto para residentes y trabajadores, como para la comunidad o los servicios de salud. Las medidas permiten alguna flexibilidad según la situación de la pandemia en cada territorio y el estado de cada centro con relación al COVID-19. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020, p. 20)

SERVICIOS SOCIO-SANITARIOS INTEGRADOS: Beneficios y prestaciones institucionales para responder a las necesidades de tipo sanitario y social de la persona mayor, con el objetivo de garantizar su dignidad y bienestar y promover su independencia y autonomía. (Ley 2055. 2020)

RESIDENCIAS PARA ADULTO: Los cuidados a largo plazo durante la vejez, que incluyen servicios de atención de las necesidades tanto médicas como no médicas de las personas adultas mayores que no pueden cuidar de sí mismas durante largos períodos. Los cuidados a largo plazo adop-

tan dos modalidades: atención domiciliaria e institucional. La atención institucional es el alojamiento y el cuidado de una persona en una entidad especializada. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, p. 21).

UNIDAD DOMÉSTICA U HOGAR: El grupo de personas que viven en una misma vivienda, comparten las comidas principales y atienden en común las necesidades básicas, sin que sea necesario que existan lazos de parentesco entre ellos. (Ley 2055. 2020. Art. 2)

VEJEZ: Construcción social de la última etapa del curso de vida. (Ley 2055. 2020. Art. 2)

PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO

Este protocolo de actuación surge de la necesidad evidenciada en la práctica fonoaudiológica y psicológica con los adultos mayores institucionalizados en hogares de larga estancia, quienes requieren un abordaje integral para el mantenimiento de sus procesos de cognición y comunicación que lleve a la reducción de trastornos en estas áreas. Este fortalecimiento debe tener estrategias claras que sean diseñadas e implementadas por fonoaudiólogos y psicólogos y su correcta implementación favorecerá el bienestar de la persona mayor. Es por ello, que este protocolo se genera como producto de un proyecto de investigación, cuya pregunta cuestionaba sobre:



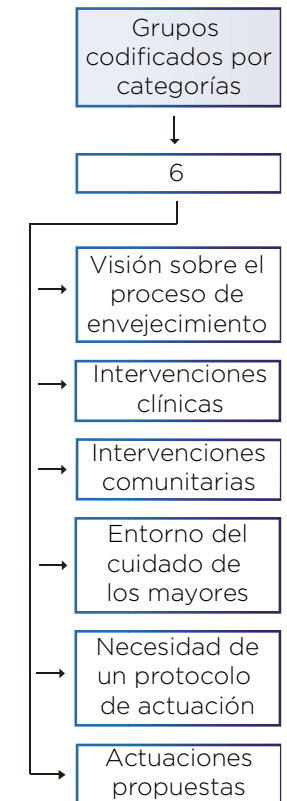
¿Qué estrategias y actividades son pertinentes dentro de un protocolo de actuación para personas mayores institucionalizadas?

Siendo el grupo ejecutor de este estudio dos docentes del programa de fonoaudiología de la Fundación Universitaria María Cano y de la Universidad Metropolitana, así como un docente del programa de Psicología de la Fundación Universitaria María Cano, contribuyendo con este estudio, al desarrollo de habilidades técnico-procedimentales del fonoaudiólogo, del psicólogo y de sus estudiantes en formación, en pro de favorecer sus conocimientos y experticia en cuanto a la intervención con la persona mayor, de tal forma que se apoya no solo a la disciplina en el que-hacer profesional, sino al campo formativo y las herramientas que se le pueden brindar a los diferentes estudiantes en su labor asistencial.

Para el desarrollo de este protocolo se utilizó información registrada y llevada ordenadamente durante el transcurso de la investigación evitando confusiones y facilitando el análisis. Por consiguiente, se realizó un sistema de registro de la información que permitió clasificarla y recuperarla para su sistematización, en este caso se convocaron profesionales de Fonoaudiología y Psicología que intervienen a personas mayores institucionalizadas en hogares de larga estancia de las ciudades de Medellín y Barranquilla.

Posteriormente se realizaron sesiones de entrevista las cuales se grabaron a través de un dispositivo para su posterior transcripción. Como técnica de procesamiento y análisis de la información, se empleó una revisión del sentido y contenido de las expresiones de cada uno de los profesionales entrevistados por medio de memos y códigos, los cuales sintetizaron los sentidos desde cada una de las 6 dimensiones o categorías propuestas, las cuales corresponden a:

Figura 1. Grupos codificados por categorías



Fuente: Elaboración propia

Esto permitió establecer relaciones entre ellos, con la intención de interpretar sus vivencias y su realidad a partir de la vinculación de los puntos en común o en triangulaciones, soportado en el software para análisis cualitativo Atlas-Ti.

Lo anterior, imprime mayor impacto a la generación de estrategias y actividades para la actuación de los profesionales, con protocolos de formación en Fonoaudiología y Psicología, que son de fácil acceso, lúdicos, amables con el ambiente, y de prácticas cotidianas para el adulto, buscando propender por la promoción del intercambio cultural, científico e investigativo de los distintos grupos académicos que contribuyen a cada disciplina.

DESCRIPCIÓN

DE LA

SITUACIÓN COGNITIVA

Y

COMUNICATIVA

DE LAS

PERSONAS MAYORES

Las dificultades comunicativas en el ser humano tienen transcendencia en los aspectos del **lenguaje** y de la **cognición**, dado que el lenguaje es una herramienta que permite realizar o expresar ideas, pensamientos, sentimientos y se materializa a través de signos verbales (Gómez, 2010). De tal forma que son aspectos que van conjuntamente en búsqueda de interacciones efectivas dentro de contextos funcionales.

Sin embargo, en la **persona mayor** al deteriorarse de forma natural o patológica sus componentes anatomo - fisiológicos, se van generando deficiencias, que en primera instancia apuntan a limitar la socialización, la cual se ve restringida más en contextos no familiares, como lo mencionado por Gómez, F (2016): "Para que se configure la comunicación, debe de ir dentro de un contexto adecuado en donde el lenguaje se aplique como un mensaje claro".

Por lo anterior, se accede a intervenciones del **fonoaudiólogo** y del **psicólogo**, quienes se ven abocados a usar estrategias terapéuticas basadas en procesos lingüísticos y cognitivos, que potencializan habilidades de interacción y socialización en diferentes contextos, permitiendo al adulto tener calidad de vida y bienestar.

Es por ello, que en este protocolo se pretende proponer las acciones en la **ruta de atención** a la persona mayor para el fortalecimiento de sus habilidades cognitivas y comunicativas en instituciones geriátricas, que facilite las acciones asistenciales en profesionales y estudiantes que se abordan desde los conceptos relacionados con la comunicación y la cognición humana.

RUTA DE ACTUACIÓN

PARA LA

ATENCIÓN DE LA

PERSONA MAYOR INSTITUCIONALIZADA

DESDE LOS

SERVICIOS DE

PSICOLOGÍA Y FONOAUDILOGÍA

INGRESO

1

1. Administrativos (alojamiento, alimentación, reglamentarios, círculos de cuidado, uso de dispositivos de ayuda y de vinculación en la institución).
2. Anamnesis desde cada servicio.
3. Revisión de H.C.: Antecedentes médicos y modalidad de estancia (institucionalizado o no).

VALORACIÓN INICIAL

2

1. Valoración Comunicativa (sugerido Test de Barcelona -Test de Boston).
1. Valoración psicológica (sugerido Test de MOCA, Bateria de valoración neuropsicológica: Neuropsi, Test de Wisconsin).
2. Emisión de diagnóstico: Determinar tipo de envejecimiento, categoría diagnóstica, patologías asociadas.
3. Pronóstico.

INTERVENCIÓN

3

1. Planteamiento de objetivos.
2. Priorización de áreas de abordaje (niveles y las habilidades).
3. Selección de estrategias (habilitación, rehabilitación, compensatorias o de mantenimiento).
4. Selección de modalidad de abordaje (grupal o individual).
5. Seleccionan las actividades de acuerdo con las dimensiones sugeridas:

Fonoaudiología - Habilidades comunicativas:

- Habilidades lingüísticas (nivel fonético, fonológico, sintáctico, semántico y pragmático).
- Habilidades de procesamiento auditivo (sensación, percepción).
- Habilidades de habla (respiración, articulación, resonancia, prosodia, entonación y fluidez).

Psicología- Habilidades cognitivas:

- Atención (focalizada, selectiva, dividida, sostenida y alternada).
- Memoria (episódica, procedimental, de trabajo y sensorial).
- Metacognición (metasemántica, metafonología y metapragmática).
- Funciones ejecutivas (planeación, flexibilidad, monitorización, inhibición, autorregulación, habilidades visoespaciales).
- Razonamiento y resolución de problemas.

SEGUIMIENTO

4

1. Seguimiento de intervención.
2. Revaloraciones para visualizar evoluciones en las intervenciones.
3. Planes caseros para el hogar.

VINCULACIÓN CON CÍRCULOS DE CUIDADO

5

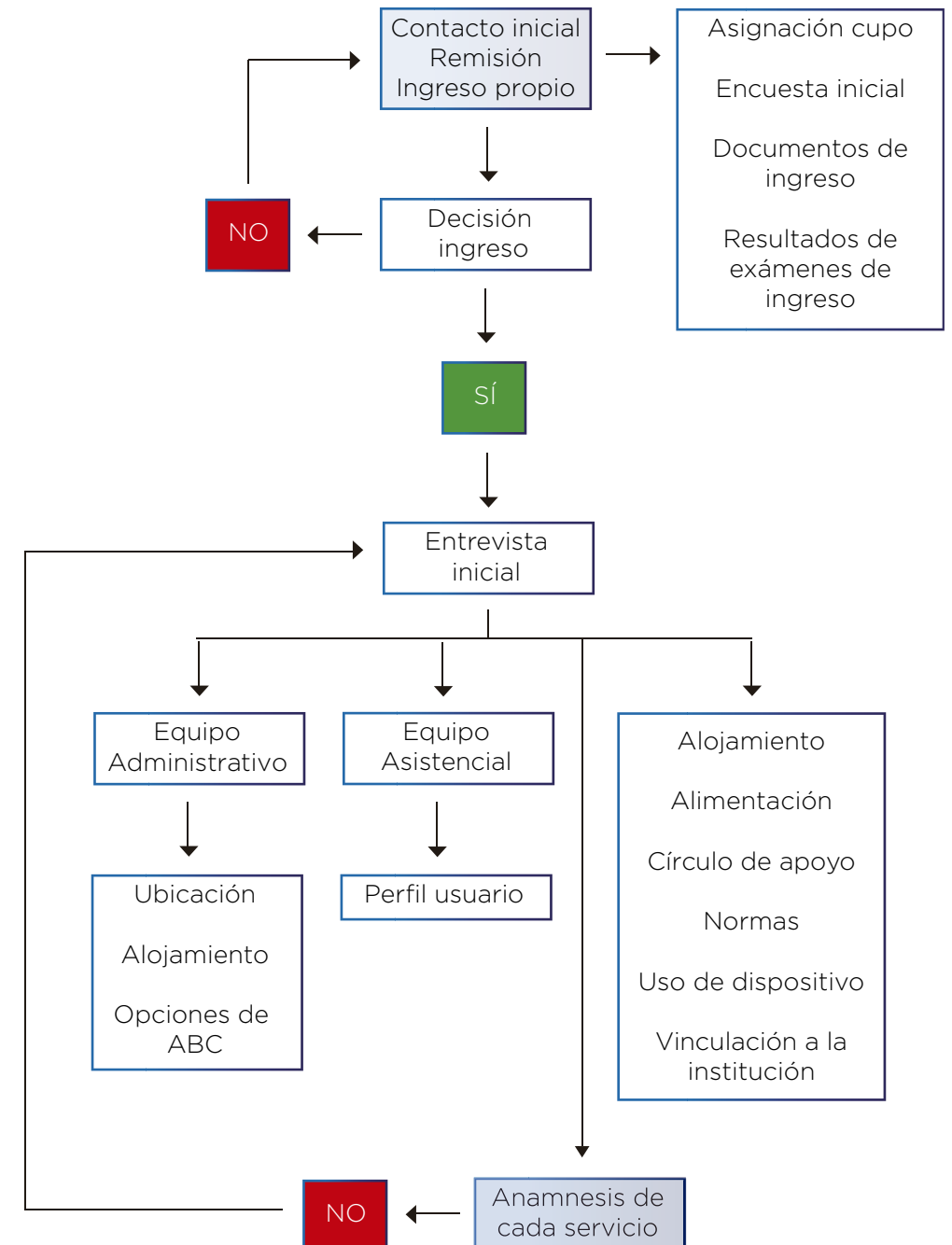
1. Socialización de procesos terapéuticos con las familias y los cuidadores.
2. Encuestas de satisfacción del servicio.

1ra. ACTUACIÓN: INGRESO

ACTUACIÓN	1. INGRESO
PROCESO	A. ADMINISTRATIVO

DENOMINACIÓN	PROCESO ADMINISTRATIVO
DEFINICIÓN	Conjunto de acciones realizadas en la institución referidas al alojamiento, alimentación, círculos de cuidado, uso de dispositivos de ayuda y de vinculación de la persona mayor.
OBJETIVOS	Informar a la persona mayor y a su círculo de cuidado sobre los servicios de la Institución y del acompañamiento especializado que se le brindará.
ALCANCE	Este proceso está dirigido a la persona mayor, a su círculo de cuidado y al equipo profesional vinculado para acompañarlo en su estancia.
RESPONSABLE	La responsabilidad de este proceso recae en las personas asignadas por la Institución para estas acciones (equipo administrativo y equipo asistencial).

Proceso Administrativo: Diagrama del procedimiento

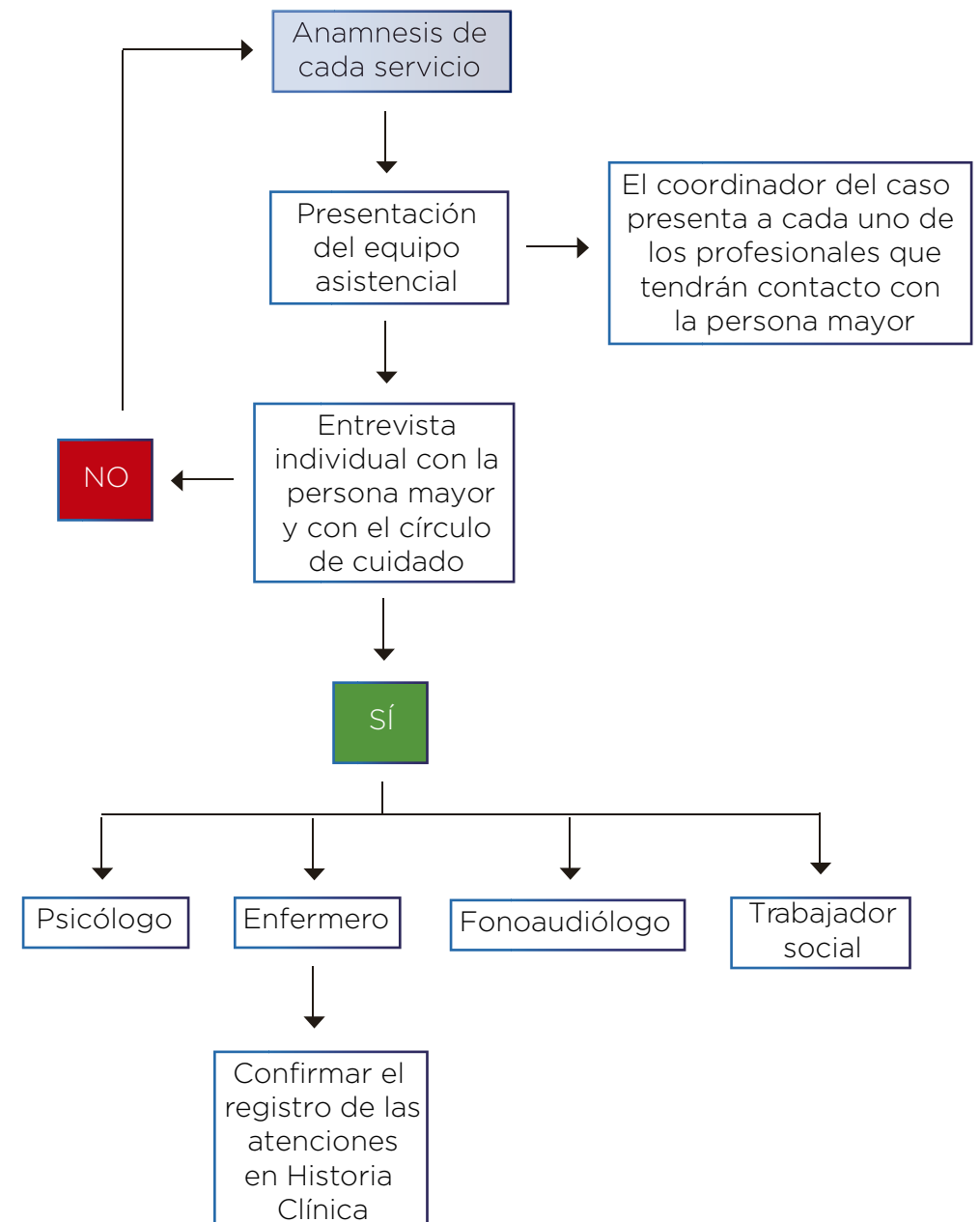


1ra. ACTUACIÓN: INGRESO

ACTUACIÓN	1. INGRESO
PROCESO	B. ANAMNESIS DE CADA SERVICIO

DENOMINACIÓN	PROCESO DE ANAMNESIS DE CADA SERVICIO
DEFINICIÓN	Proceso de entrevista que aporta datos del usuario alrededor de aspectos médicos, educativos, sociales, terapéuticos entre otros.
OBJETIVOS	Conocer la información relevante del usuario que permita la identificación de factores para la evaluación.
ALCANCE	Este proceso está dirigido a la persona mayor y a su círculo de cuidado.
RESPONSABLE	La responsabilidad de este proceso recae en el equipo asistencial.

Proceso de anamnesis desde cada servicio: Diagrama del procedimiento

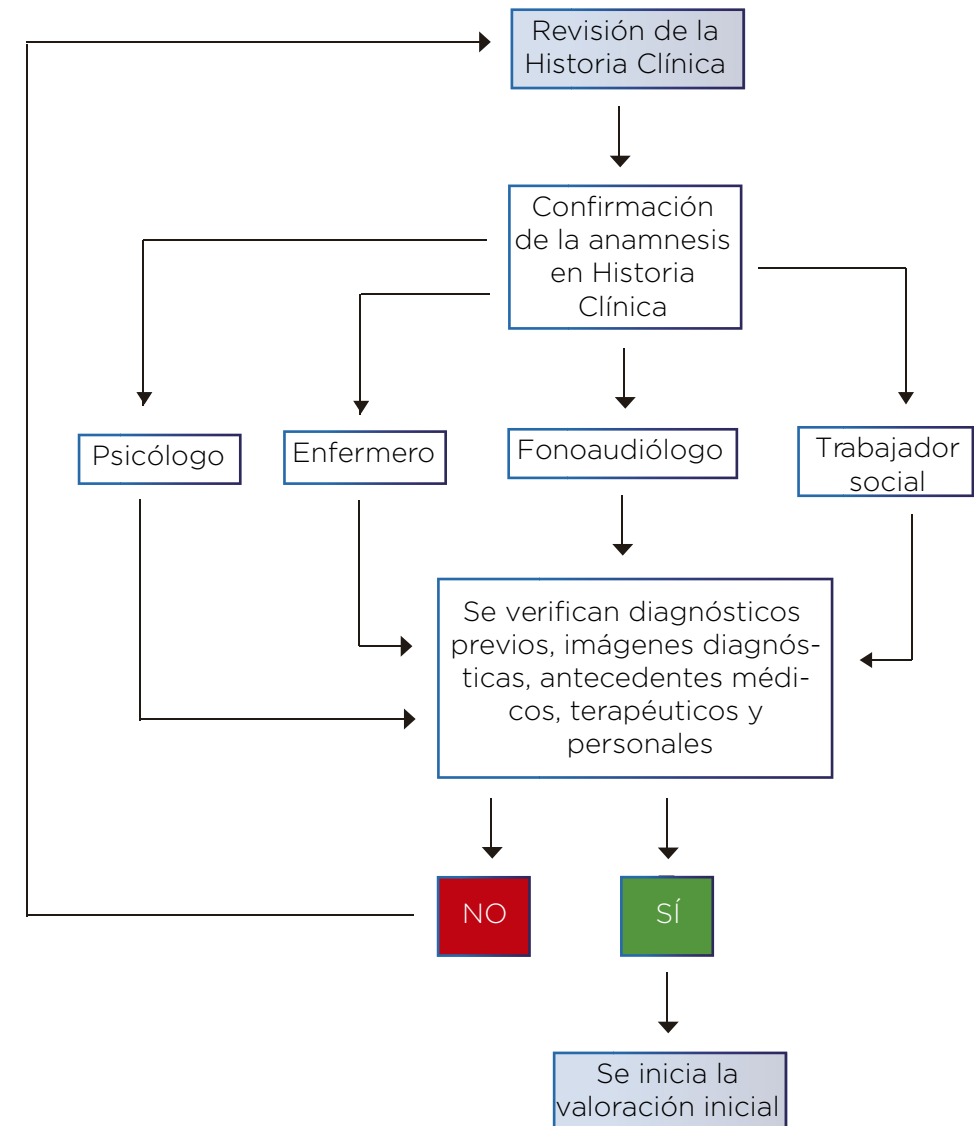


1ra. ACTUACIÓN: INGRESO

ACTUACIÓN	1. INGRESO
PROCESO	C. REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

DENOMINACIÓN	PROCESO DE REVISIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA
DEFINICIÓN	Acción de analizar los reportes anteriores de la persona mayor, emitidos por profesionales de la salud, relacionados con antecedentes médicos y de especialistas, exámenes diagnósticos, antecedentes terapéuticos, entre otros.
OBJETIVOS	Revisar reportes anteriores a nivel de salud que faciliten el proceso terapéutico de la persona mayor.
ALCANCE	Este proceso está dirigido por el equipo interdisciplinario que atiende a la persona mayor.
RESPONSABLE	La responsabilidad recae en el equipo interdisciplinario.

Proceso de Revisión de la Historia Clínica: Diagrama del procedimiento

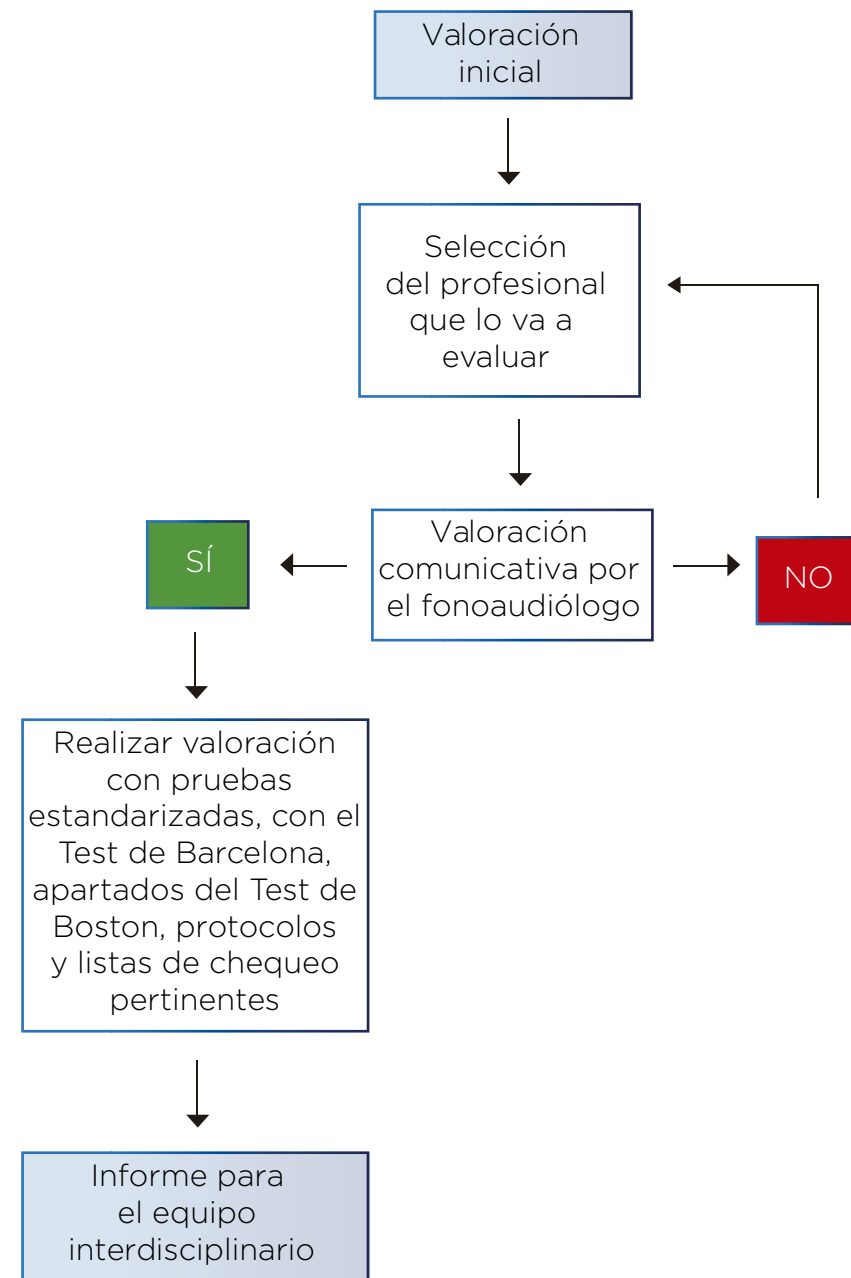


2da. ACTUACIÓN: VALORACIÓN INICIAL

ACTUACIÓN	1. VALORACIÓN INICIAL
PROCESO	A. VALORACIÓN COMUNICATIVA

DENOMINACIÓN	VALORACIÓN INICIAL
DEFINICIÓN	Exploración inicial realizada por los profesionales de la salud para verificar el estado actual del paciente. Algunas de las pruebas estandarizadas sugeridas para la valoración son el Test de Barcelona y el Test de Boston.
OBJETIVOS	Realizar una exploración inicial con el fin plantear un adecuado objetivo terapéutico.
ALCANCE	Este proceso está dirigido a la persona adulta mayor.
RESPONSABLE	La responsabilidad recae en el profesional de fonoaudiología.

Proceso de Valoración Comunicativa: Diagrama del procedimiento

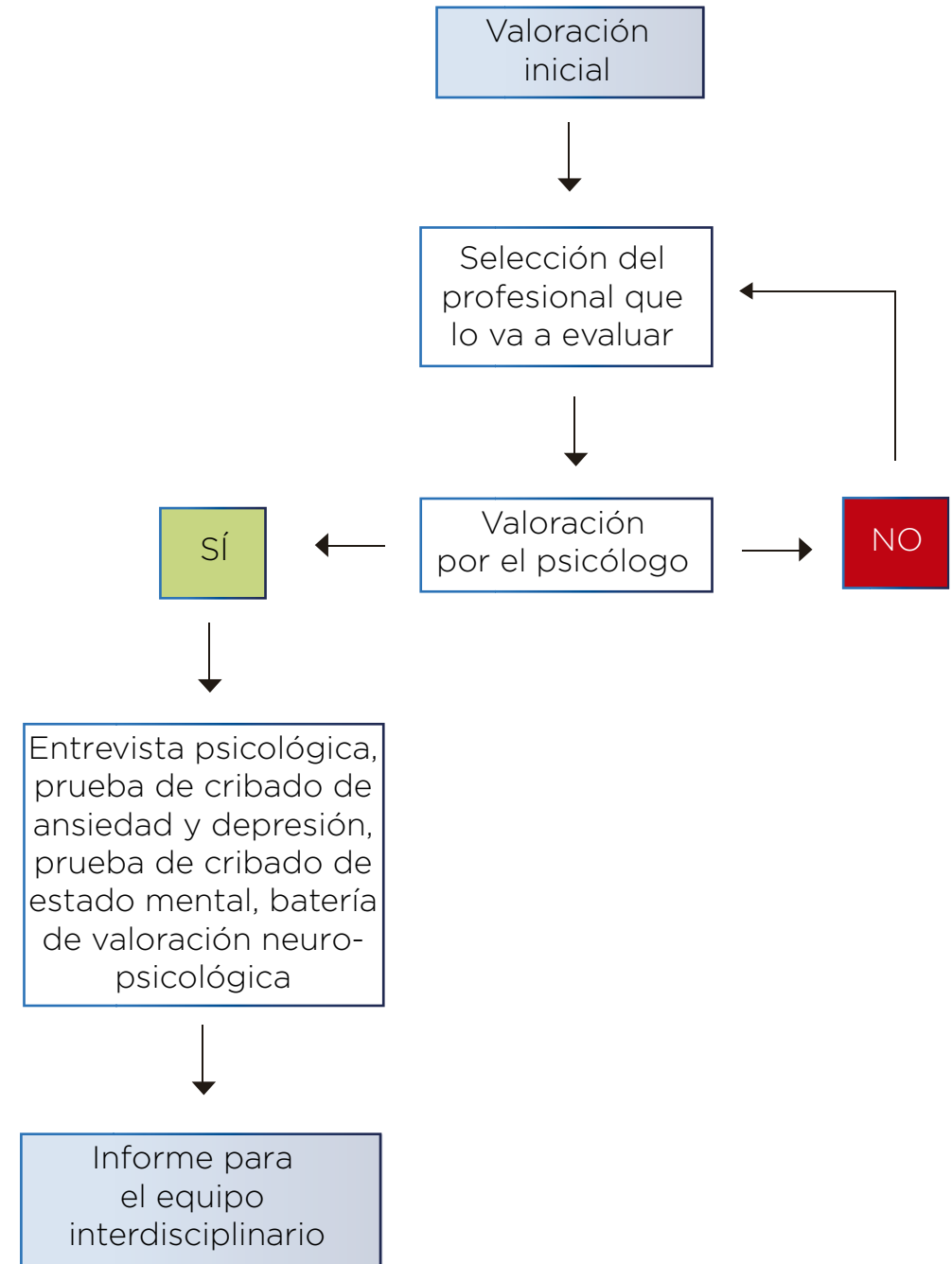


2da. ACTUACIÓN: VALORACIÓN INICIAL

ACTUACIÓN	1. VALORACIÓN INICIAL
PROCESO	B. VALORACIÓN PSICOLÓGICA

DENOMINACIÓN	VALORACIÓN INICIAL
DEFINICIÓN	Procedimiento por el cual se recopila información sobre el usuario a través de entrevistas o algunas pruebas estandarizadas. Por ejemplo el test de MOCA, la batería de valoración neuropsicológica Neuropsi, o la escala de depresión geriátrica de Yesavage.
OBJETIVOS	Evaluar el funcionamiento y capacidades en determinadas áreas y poder prever como será su desarrollo hacia el futuro.
ALCANCE	Este proceso está dirigido a la persona adulta mayor y a su círculo de cuidado.
RESPONSABLE	La responsabilidad recae en el profesional de psicología.

Proceso de Valoración Psicológica: Diagrama del procedimiento

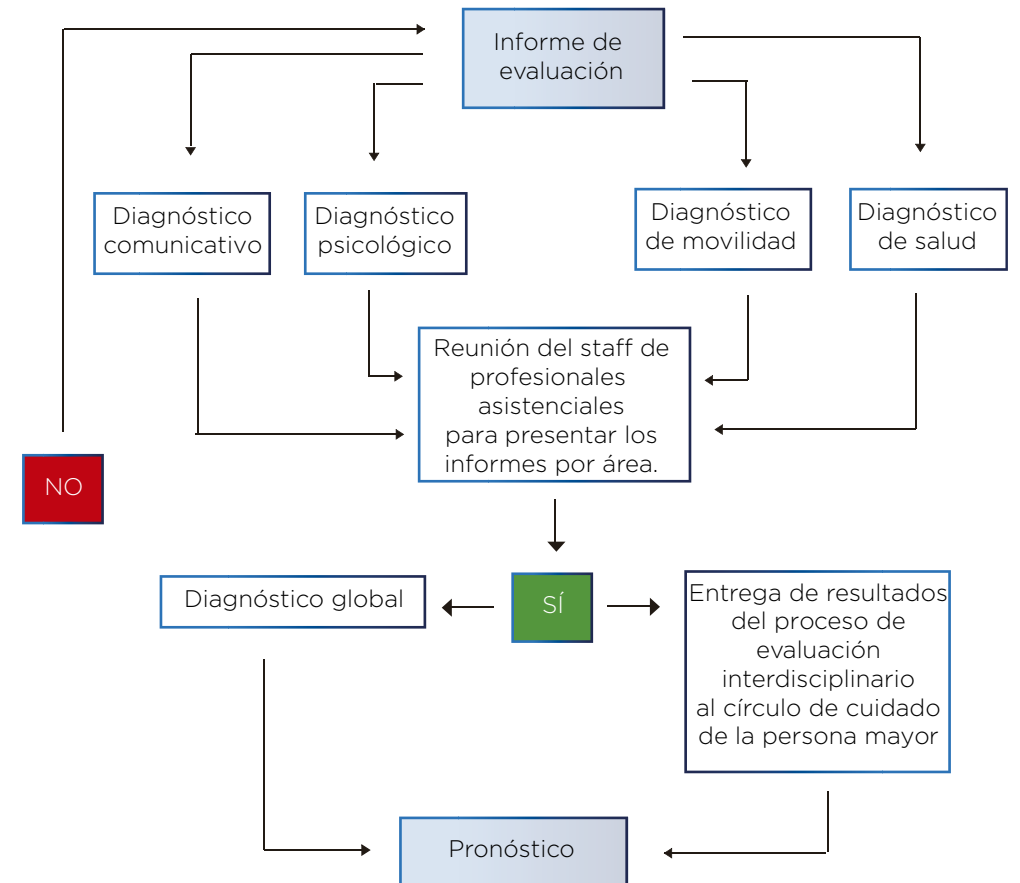


2da. ACTUACIÓN: VALORACIÓN INICIAL

ACTUACIÓN	2.VALORACIÓN INICIAL
PROCESO	A. EMISIÓN DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

DENOMINACIÓN	EMISIÓN DE DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO
DEFINICIÓN	Identificación de la enfermedad por medio de sus signos, síntomas o antecedentes médicos. El pronóstico es la predicción de lo que va a pasar con un paciente tras su evolución clínica.
OBJETIVOS	Reconocer la enfermedad para plantear los objetivos terapéuticos adecuados y determinar la posibilidad de que ocurran determinadas situaciones en el transcurso del tiempo o en la historia de la enfermedad.
ALCANCE	Este proceso es dirigido a la persona mayor y a su círculo de cuidado.
RESPONSABLE	La responsabilidad recae en el equipo interdisciplinario

Proceso de emisión de diagnóstico y pronóstico: Diagrama del procedimiento

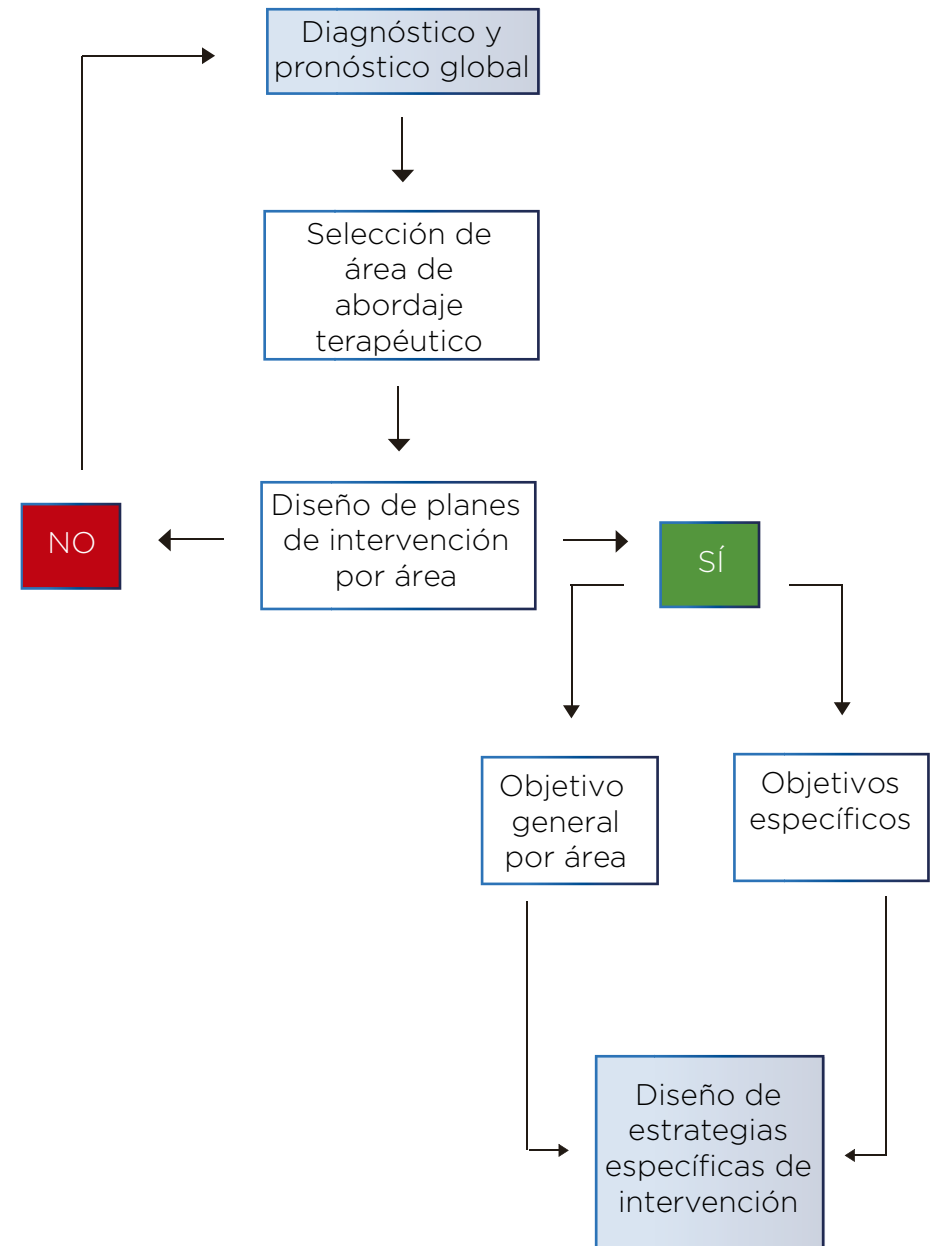


3ra. ACTUACIÓN: INTERVENCIÓN

ACTUACIÓN	3. INTERVENCIÓN
PROCESO	A. PRIORIZACIÓN DE LAS ÁREAS DE ABORDAJE Y PLANTEAMIENTO DE LOS OBJETIVOS DE LAS INTERVENCIONES

DENOMINACIÓN	PRIORIZACIÓN DE ÁREAS DE ABORDAJE
DEFINICIÓN	Procedimiento donde se evidencia la prioridad de atención del paciente y así poder dar paso a los objetivos terapéuticos. Se plantea la meta a la cual se espera llegar en la intervención de la persona mayor.
OBJETIVOS	Identificar las necesidades principales del paciente para así priorizar su intervención.
ALCANCE	Este proceso está dirigido al equipo interdisciplinario que atiende a la persona mayor para que logren determinar con claridad y precisión que es lo que se espera clínicamente con el paciente.
RESPONSABLE	La responsabilidad recae en el equipo interdisciplinario.

Proceso de priorización de áreas de trabajo: Diagrama del procedimiento

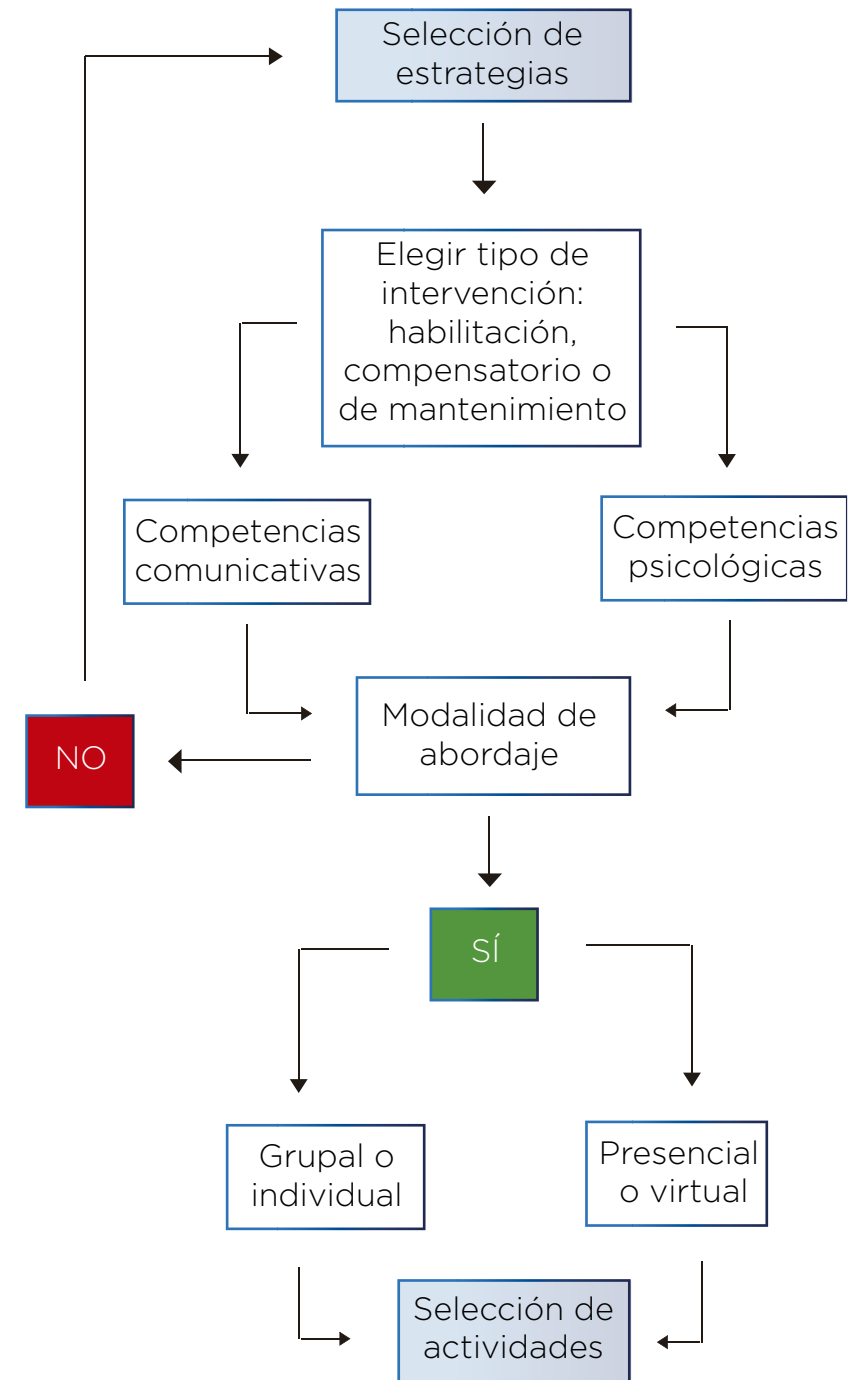


3ra. ACTUACIÓN: INTERVENCIÓN

ACTUACIÓN	3.INTERVENCIÓN
PROCESO	B. SELECCIÓN DE MODALIDADES Y ESTRATEGIAS

DENOMINACIÓN	SELECCIÓN DE MODALIDADES Y ESTRATEGIAS
DEFINICIÓN	Según las necesidades de la persona mayor se identifica el abordaje necesario (grupal o individual - presencial o virtual) y se establece qué tipo de estrategias de intervención son necesarias para la habilitación, rehabilitación, compensación o de mantenimiento de las competencias cognitivas y comunicativas.
OBJETIVOS	Identificar la intervención adecuada para la persona adulta mayor y si requiere de varios profesionales. Plantear las estrategias necesarias para lograr una intervención y una rehabilitación adecuadas.
ALCANCE	Este proceso está dirigido al equipo interdisciplinario que atiende a la persona mayor.
RESPONSABLE	El alcance recae en el equipo interdisciplinario.

Proceso de selección de modalidades de abordaje y estrategias: Diagrama del procedimiento

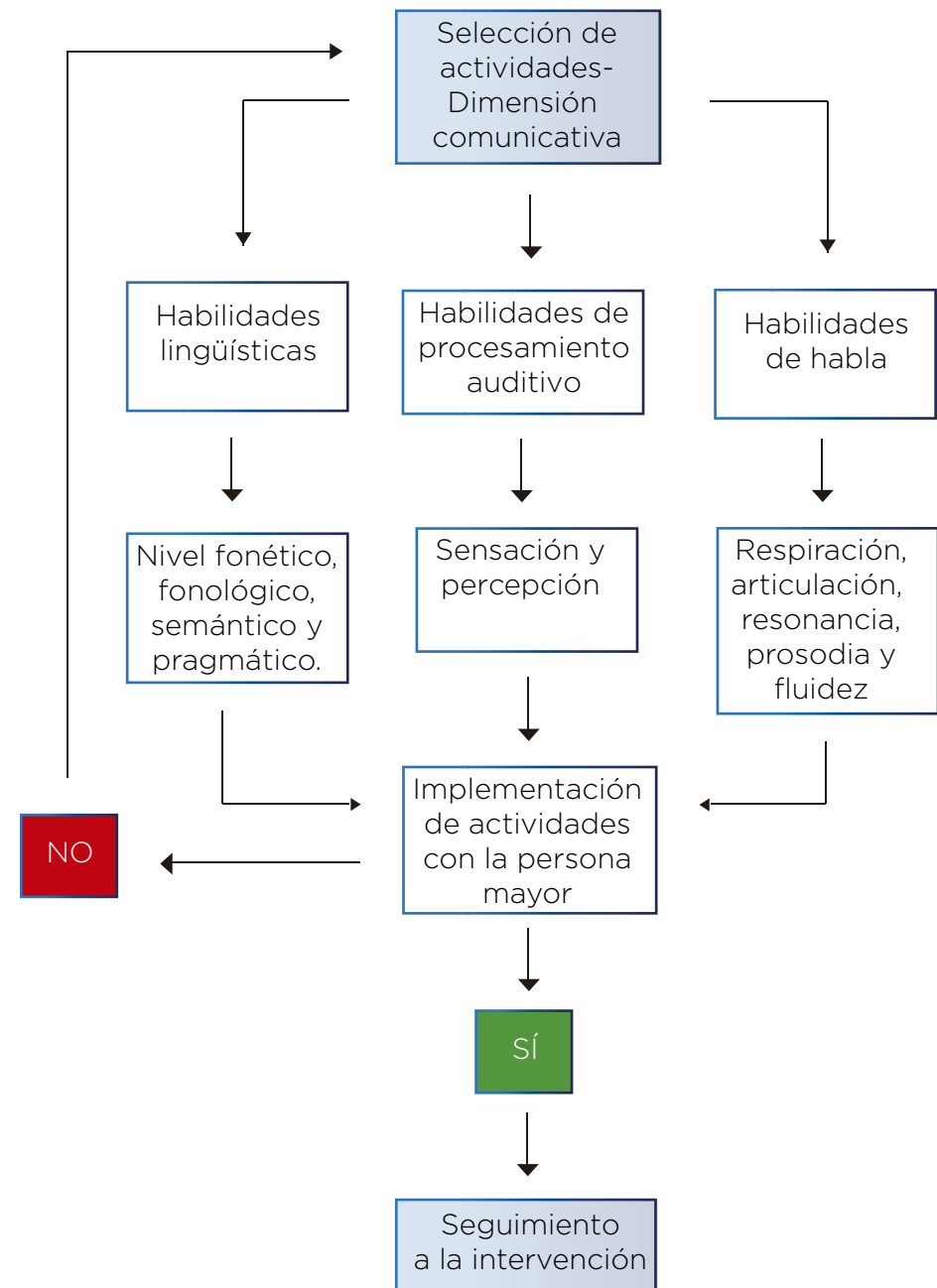


3ra. ACTUACIÓN: INTERVENCIÓN

ACTUACIÓN	3. INTERVENCIÓN
PROCESO	C. SELECCIÓN DE ACTIVIDADES DE ACUERDO CON DIMENSIÓN COMUNICATIVA

DENOMINACIÓN	SELECCIÓN DE ACTIVIDADES DE ACUERDO CON DIMENSIÓN COMUNICATIVA
DEFINICIÓN	El profesional de fonoaudiología tendrá la oportunidad de realizar las actividades respecto a los siguientes procesos: - Habilidades lingüísticas: nivel fonético, fonológico, sintáctico, semántico y pragmático. - Habilidades de procesamiento auditivo: sensación, percepción. - Habilidades de habla: respiración, articulación, resonancia, prosodia y fluidez.
OBJETIVOS	Realizar actividades desde algunas áreas de la fonoaudiología ajustándolas al conocimiento de cada persona mayor.
ALCANCE	Este proceso está dirigido a los profesionales de fonoaudiología.
RESPONSABLE	La responsabilidad de este proceso recae sobre los profesionales de fonoaudiología.

Proceso de selección de actividades de acuerdo a dimensión comunicativa: Diagrama del procedimiento

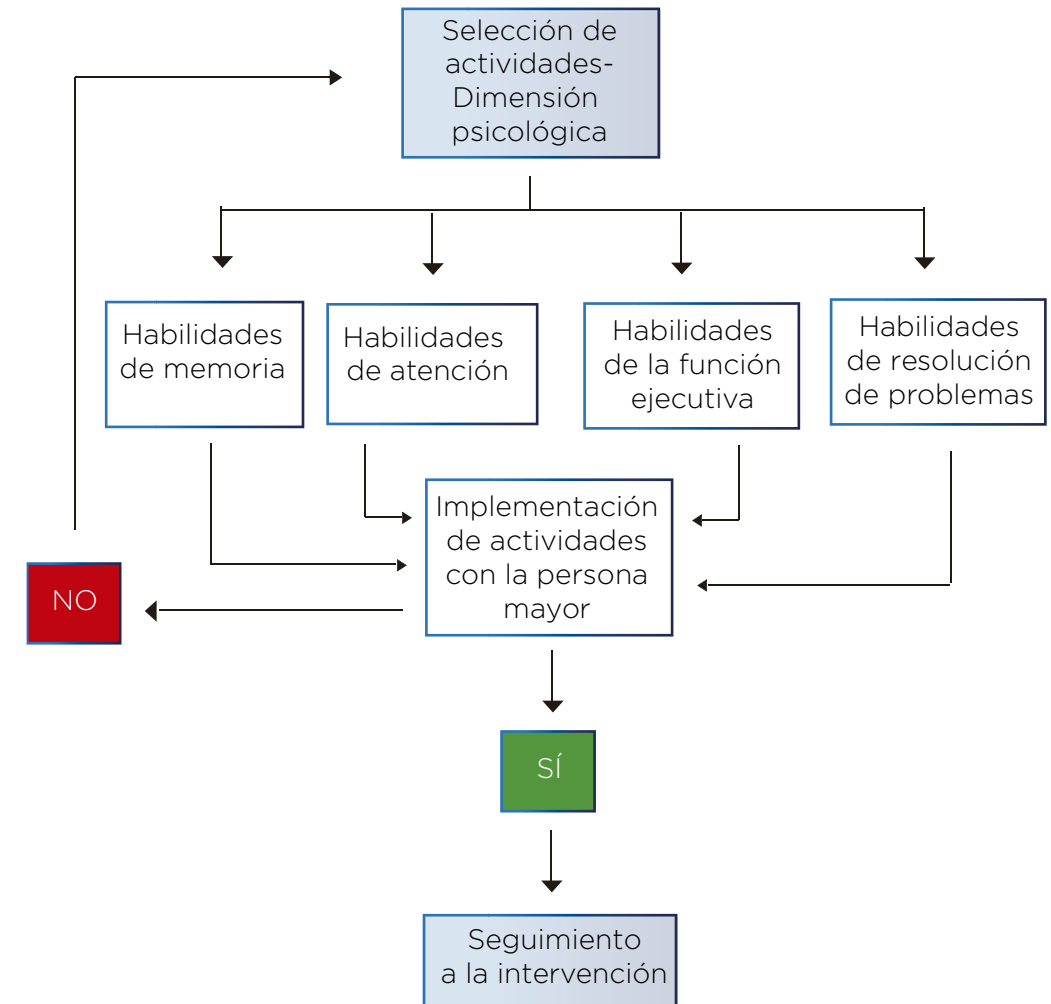


3ra. ACTUACIÓN: INTERVENCIÓN

ACTUACIÓN	3. INTERVENCIÓN
PROCESO	D. SELECCIÓN DE ACTIVIDADES DE ACUERDO CON DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

DENOMINACIÓN	SELECCIÓN DE ACTIVIDADES DE ACUERDO CON DIMENSIÓN PSICOLÓGICA
DEFINICIÓN	<p>El profesional de psicología tendrá la oportunidad de realizar las actividades respecto a los siguientes procesos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención: focalizada, selectiva, dividida, sostenida y alternada. - Memoria: episódica, procedimental, de trabajo y sensorial. - Funciones ejecutivas: planeación, flexibilidad, monitorización, inhibición, autorregulación, habilidades visoespaciales. - Razonamiento y resolución de problemas.
OBJETIVOS	Ejecutar algunas actividades desde diversas áreas de la psicología, teniendo en cuenta el conocimiento de cada persona mayor.
ALCANCE	Este proceso está dirigido a los profesionales de psicología.
RESPONSABLE	La responsabilidad de este proceso recae sobre los profesionales de psicología.

Proceso de selección de actividades de acuerdo a dimensión psicológica: Diagrama del procedimiento

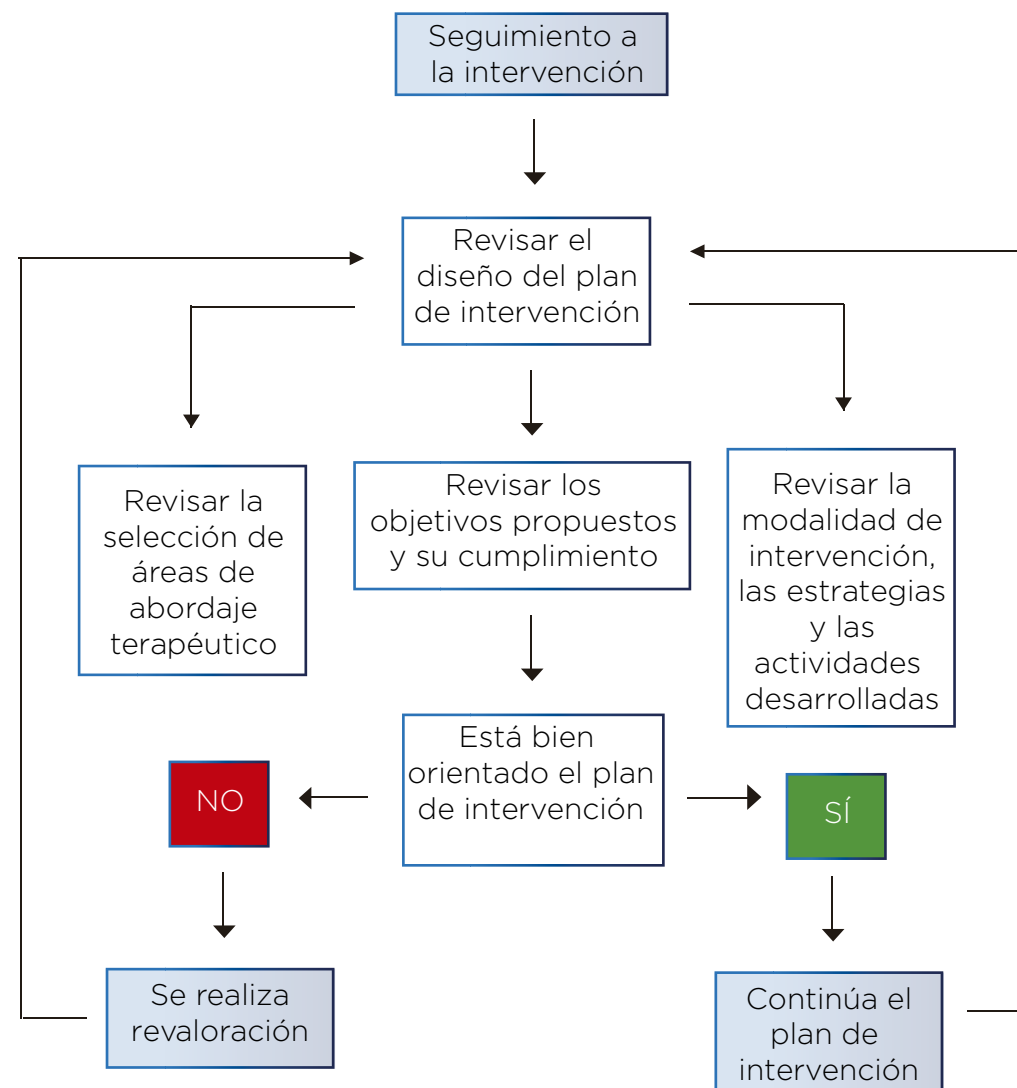


4ta. ACTUACIÓN: SEGUIMIENTO

ACTUACIÓN	4. SEGUIMIENTO
PROCESO	A. SEGUIMIENTO DE INTERVENCIÓN Y REVALORACIONES PARA VISUALIZAR EVOLUCIONES EN LAS INTERVENCIONES

DENOMINACIÓN	SEGUIMIENTO DE INTERVENCIÓN Y REVALORACIONES PARA VISUALIZAR EVOLUCIONES EN LAS INTERVENCIONES
DEFINICIÓN	Es un proceso que se lleva a cabo después de la evaluación, para verificar si se sigue con el plan inicial o si requiere cambios en el proceso. Las revaloraciones permiten informar al profesional sobre el avance de un usuario y en caso tal poder modificar las evoluciones.
OBJETIVOS	Realizar un seguimiento oportuno y eficaz de cada intervención permite posibles cambios en las necesidades de la persona mayor. Mejorar la eficacia y efectividad del proceso de intervención.
ALCANCE	Este proceso está dirigido al equipo interdisciplinario que atiende a la persona mayor.
RESPONSABLE	La responsabilidad recae en el equipo interdisciplinario.

Proceso de seguimiento de la intervención: Diagrama del procedimiento

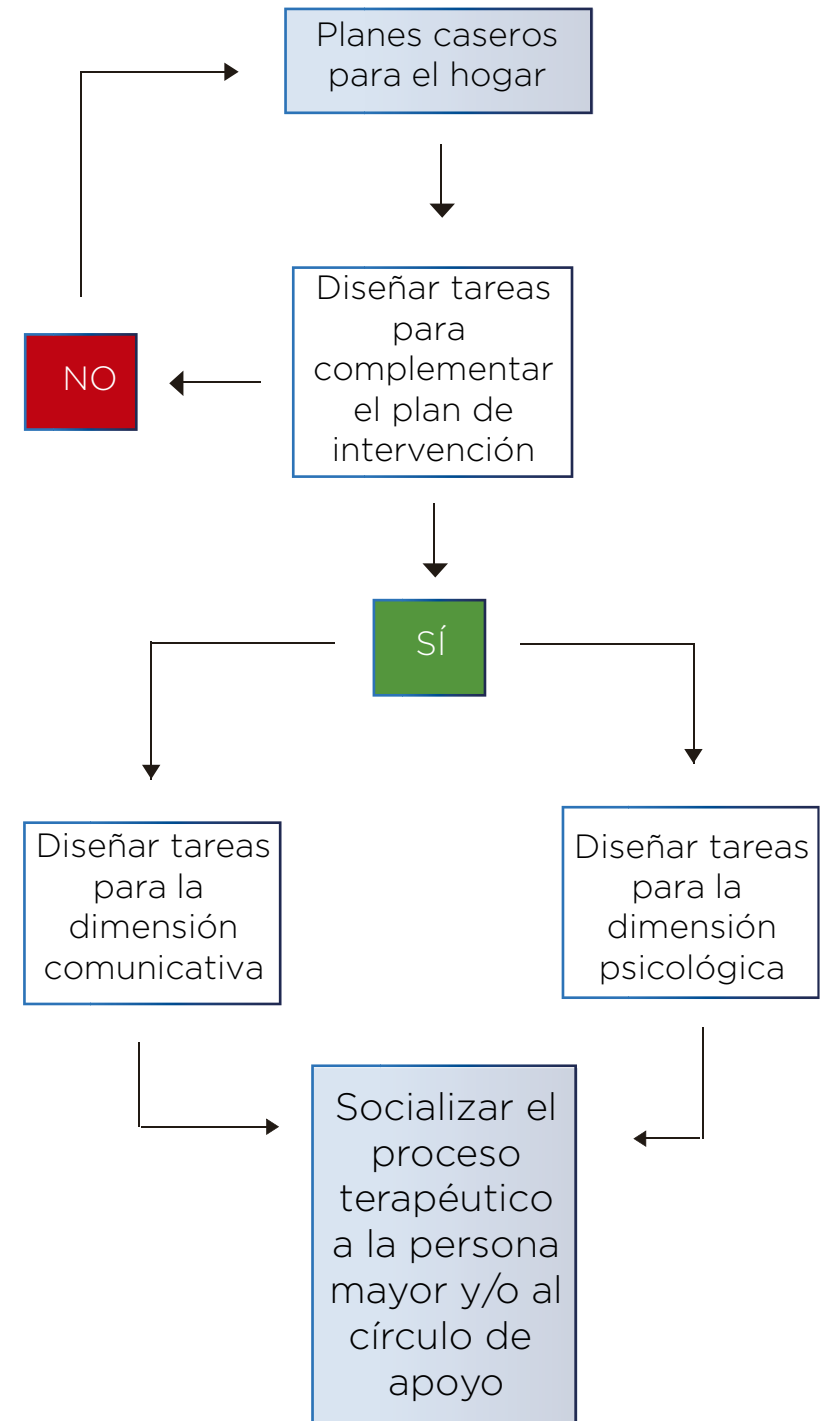


4ta. ACTUACIÓN: SEGUIMIENTO

ACTUACIÓN	4. SEGUIMIENTO
PROCESO	B. PLANES CASEROS PARA EL HOGAR

DENOMINACIÓN	PLANES CASEROS PARA EL HOGAR
DEFINICIÓN	Los planes caseros consisten en un proceso continuo de tareas escritas por los profesionales y entregado al cuidador con el fin de ser realizados.
OBJETIVOS	Reforzar en el hogar el proceso terapéutico de la persona adulta mayor.
ALCANCE	Este proceso está dirigido al equipo interdisciplinario que atiende a la persona adulta mayor.
RESPONSABLE	La responsabilidad recae en el equipo interdisciplinario.

Proceso de planes caseros: Diagrama del procedimiento

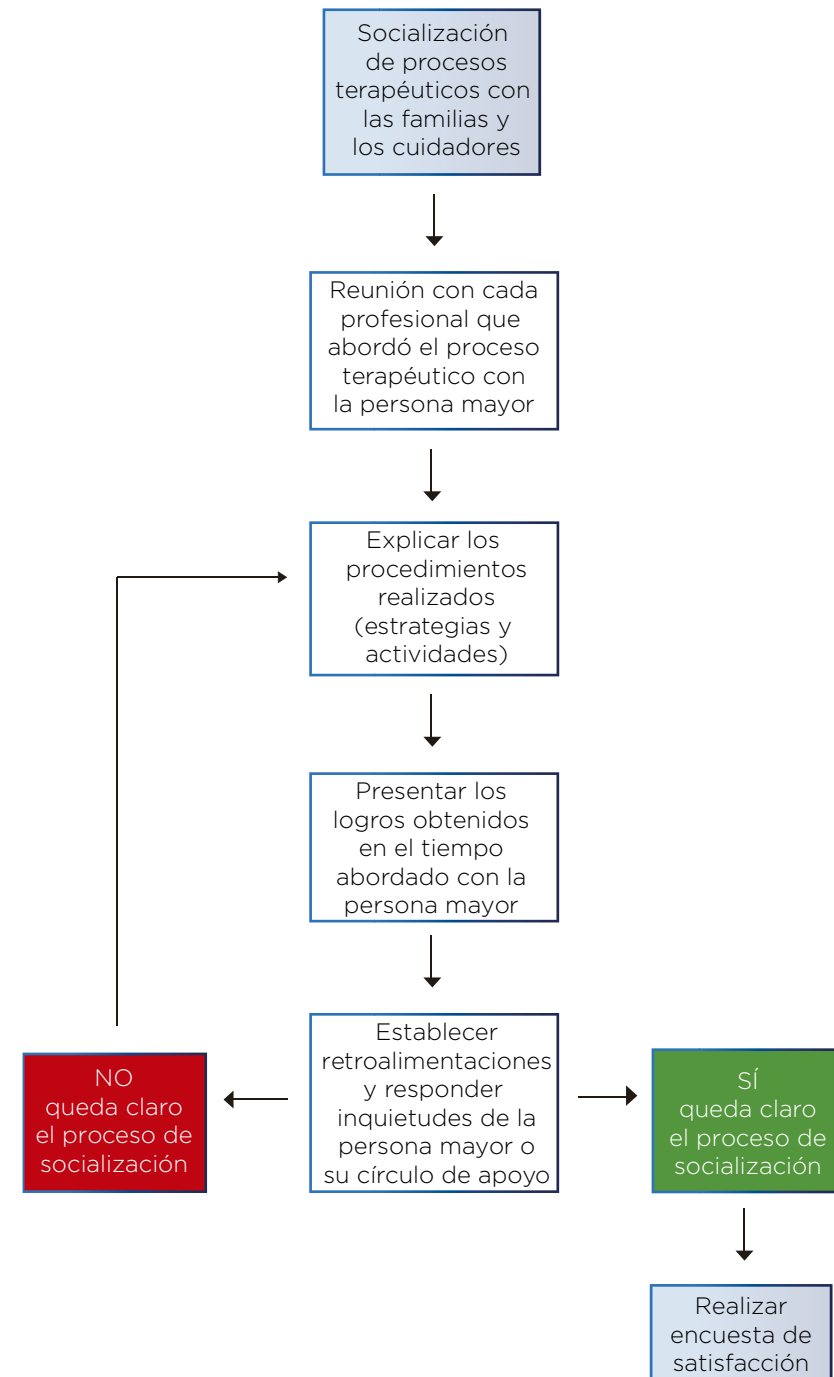


5ta. ACTUACIÓN: VINCULACIÓN CON CÍRCULOS DE CUIDADO

ACTUACIÓN	5. VINCULACIÓN CON CÍRCULOS DE CUIDADO
PROCESO	A. SOCIALIZACIÓN DE PROCESOS TERAPÉUTICOS CON LAS FAMILIAS Y LOS CUIDADORES

DENOMINACIÓN	SOCIALIZACIÓN DE PROCESOS TERAPÉUTICOS CON LAS FAMILIAS Y LOS CUIDADORES
DEFINICIÓN	La socialización del proceso terapéutico consiste en informar a la familia y los cuidadores el resultado que obtuvo el usuario en las intervenciones.
OBJETIVOS	Informar a la familia y a los cuidadores sobre el estado actual de la persona mayor y verificar si continúa con el proceso o de pronto requiere otro profesional.
ALCANCE	Este proceso está dirigido a la persona mayor y a su círculo de cuidado.
RESPONSABLE	La responsabilidad recae en el equipo interdisciplinario.

Proceso socialización de procesos terapéuticos con las familias y los cuidadores: Diagrama del procedimiento

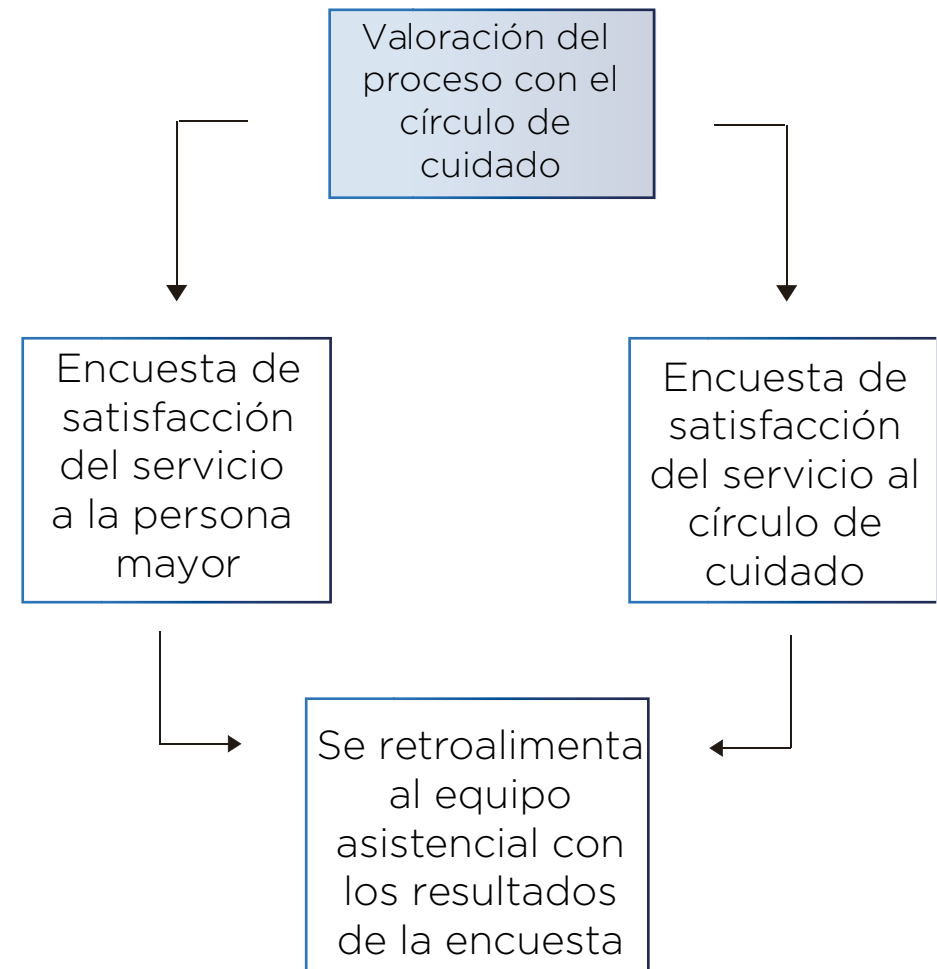


5ta. ACTUACIÓN: VINCULACIÓN CON CÍRCULOS DE CUIDADO

ACTUACIÓN	5. VINCULACIÓN CON CÍRCULOS DE CUIDADO
PROCESO	B. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO

DENOMINACIÓN	ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL SERVICIO
DEFINICIÓN	Se realiza con el fin de conocer el nivel de satisfacción con el servicio prestado, tanto de la persona atendida como de los familiares y cuidadores.
OBJETIVOS	Medir la calidad del servicio prestado por medio de estas encuestas para mantener o aumentar la satisfacción del usuario.
ALCANCE	Este proceso está dirigido a la persona mayor y a su círculo de cuidado.
RESPONSABLE	La responsabilidad recae en el equipo interdisciplinario.

Proceso Encuesta de satisfacción del servicio: Diagrama del procedimiento



ANEXOS

Definiciones y conceptos relacionados con el Protocolo

VEJEZ: Según Elisa Dulcey Ruiz en el 2013, es “la cualidad o el estado de ser viejo. Y ser viejo es un término que se aplica a personas y animales que han vivido mucho tiempo, en comparación con otras” (p. 176). Es decir, en un primer momento el concepto de la vejez está asociado al aumento de la edad y volverse más viejo por el hecho de haber vivido más tiempo.

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL: Según la Fedesarrollo y la Fundación Saldarriaga en el 2015, se presenta también en el contexto colombiano. Entre 1985 y 2014, la población colombiana aumentó en aproximadamente un 52%: de 31 millones de personas paso a 48 millones.

POLÍTICA COLOMBIANA DE ENVEJECIMIENTO HUMANO Y VEJEZ: Según la Ley 1151 de 2007, está dirigida a todas las personas residentes en Colombia y en especial, a las personas de 60 años o más y tiene un marco temporal para el período 2015-2024. Esta se ha estructurado con base en la interrelación de seis núcleos conceptuales: el envejecimiento de la sociedad, los derechos humanos, el envejecimiento activo, la longevidad, la protección social integral y la organización del cuidado.

PROMOCIÓN Y GARANTÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES: Según la ley 2055 de 2020, Es el primer eje estratégico de la política que se aglutina en torno a construcción de condiciones, en el marco de la realización y restablecimiento de derechos, que garanticen la superación de desigualdades sociales en la vejez, en términos de seguridad de ingresos, servicios de salud adecuados, servicios sociales, educación y género, entre otros.

ENVEJECIMIENTO INSTITUCIONALIZADO EN COLOMBIA: Según la ley 2055 del 2020, el aumento acelerado del envejecimiento poblacional, las condiciones actuales de aumento de las expectativas de vida, la falta de tiempo para dedicar al cuidado, viviendas poco adecuadas para la convivencia intergeneracional, agudizan los problemas del cuidado de la persona mayor.

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PARA EL ADULTO MAYOR: Según Álvarez en el 2010, “aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal”, en donde los protocolos de atención de prevención, determina la actuación del profesional desde su objeto de estudio.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, P. (2010). Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. Recuperado de: <https://aplicaciones.msp.gov.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20Y%20PROTOCOLOS%20DE%20ATENCI%C3%93N%20INTEGRAL%20DE%20SALUD%20A%20LOS%20Y%20LAS%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>

Alvarado García, Alejandra María, & Salazar Maya, Ángela María. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Bernal, S., Pereira, O., & Rodríguez, G. (2018). *Comunicación Humana Interpersonal: Una mirada sistémica*. Bogotá. Corporación Universitaria Iberoamericana, Dirección de Investigaciones, Editorial IbērAM, 2018.

Camargo-Hernández, K. y Laguado-Jaimes, E. (2016). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00163.pdf>

Cantero, F. (2008). Complejidad y competencia comunicativa. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/286924151_Francisco_Jose_Cantero_Serena_2008_Complejidad_y_competencia_comunicativa

Custodio, N., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. & Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v73n4/a09v73n4.pdf>

Departamento administrativo de la función pública (2020). Ley 2055 de 2020. Recuperado de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=141981

Dulcey, E. (2016). *Envejecimiento y vejez: Categorías y conceptos*. Siglo del Hombre Editores

Dulcey, E.; Parales Quenza, C.; Posada Giléde, R. (2018). *Envejecimiento. Del nacer al morir*. Siglo del Hombre Editores

Gómez, F. (2016). La comunicación. Revista Salus. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382016000300002

González, M., Facal, D., & Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/2710/271030534005.pdf>

Flórez, C, Villar, L, Puerta, N, Berrocal. (2015). El proceso de envejecimiento de la población en Colombia: 1985-2050. Recuperado de https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/1021/Repor_Septiembre_2015_Fl%c3%b3rez_et_al_MCE-C1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Fumero, J. y Pérez, E. (2015). Propuesta y Aplicación de un Programa de Estimulación del Lenguaje en Tercera Edad, basado en sus Experiencias Vitales. Grado en Logopedia. Universidad de La Laguna

López, et Al (2007). Metodología para la elaboración de guías de atención y protocolos. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/protocolos/protocolos.pdf>

Ministerio de salud y Protección Social (2015). Política colombiana de envejecimiento humano y vejez. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Pol%C3%ADtica-colombiana-envejecimiento-humano-vejez-2015-2024.pdf>

Pinazo, S. (2012). "Las personas mayores proveedoras de conocimiento y cuidados. El papel de los programas intergeneracionales". Educación social. Revista de Intervención Socioeducativa, 51, 45 – 66.

Sánchez, Y., González, F., Molina, O., & Guil, M. (2011). Guía para la elaboración de protocolos. Recuperado de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.pdf>

Uribe-Rodríguez, A. F., Molina, J. M. & González, L. (2006). Communication: Program of intervention on the quality of life, the depression and the cognitive deterioration in people who belong to groups of the third age. 26th International Congress of Applied Psychology. Atenas.