## VIERNES, 8 DE MAYO

# "POSIBILIDAD DE CRECIMIENTO PERSONAL EN LA TERDERA EDAD"

**DÑA. MARIA ANGELES CAMPO DE LA TORRE**
Diplomada en Enfermería.
Psicóloga.
Master en Gerontología

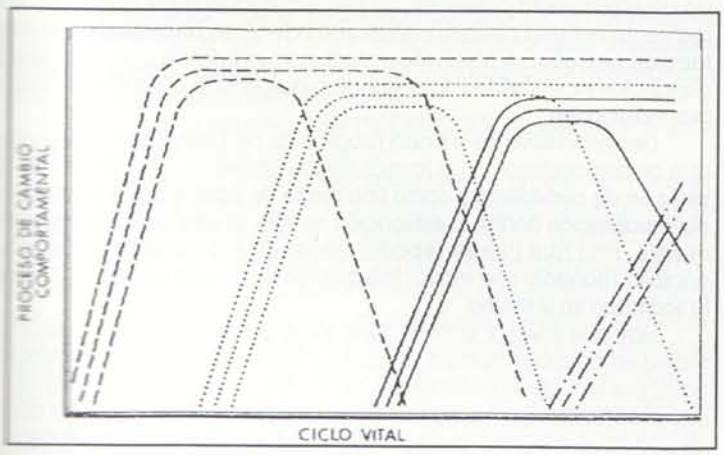
### I. INTRODUCCION

La vejez supone un reto para la ciencia y para la sociedad. Para la ciencia, por cuanto deben aplicarse hallazgos científicos a la hora de mejorar las condiciones de vida y la competencia en la vejez. Para la sociedad, porque en los países desarrollados (en la llamada Sociedad del Bienestar) las personas ancianas son indudablemente ciudadanos que deben y tienen que vivir mejor.

El estereotipo social dominante de la vejez en la sociedad occidental es verla desde un "modelo deficitario", es decir, los cambios que se producen en la vejez son negativos, consisten fundamentalmente en ir perdiendo el conjunto de habilidades y capacidades que se adquieren durante los años jóvenes y la edad adulta. Esto a su vez es asumido por los propios viejos, dañando la imagen que se forman de sí mismos. Incluso los profesionales seguimos pensando en la vejez como una **edad residual,** como una "edad de tercera" como le gusta decir al Profesor Pinillos, a la que hay que atender pero de la que muy poco se puede esperar ("en los viejos ya no caben intervenciones significativas", "demasiado trabajo para tan pocos logros", "sus mejores años han quedado atrás"...) y también por qué no decirlo, tenemos miedo a salir de la inercia.

Un conocimiento del proceso de envejecimiento humano nos permitirá enfrentarnos mucho más eficazmente con la vejez de las personas a las que atendemos y con la nuestra propia. Hay que tratar de entender los procesos negativos en el envejecimiento y estudiar cómo intervenir para enlentecerlos e incluso para hacerlos reversibles, pero la rehabilitación y la prevención no pueden considerarse circunscritas a la esfera corporal. Incluso más que en otras etapas de la vida hay que considerar al ser humano que envejece como ser bio-psico-social. Precisamente en la vejez el comportamiento y las vivencias sólo en pequeña parte están explicados por la salud biológica, en cambio están ampliamente fijados por factores sociales y ambientales.

Está claro que la vejez conlleva una serie de manifestaciones de declive de las capacidades y disfunciones comportamentales, no quiero tampoco dar la imagen de una vejez de color de rosa, pero la investigación hoy nos aporta el mensaje positivo de que en parte se puede **prevenir** y **compensar.**




*Ejemplos hipotéticos de procesos que tienen lugar a lo largo del ciclo vital. Las funciones evolutivas varían en términos de fecha de aparición, duración, deterioro y direccionalidad. (A partir de Baltes, Reese y Lipsit, 1980)*

La Psicología Evolutiva del Ciclo Vital (Life-Span) es el modelo que mejor explica el desarrollo adulto y el envejecimiento. Según esta teoría, la vejez hay que considerarla como una **etapa más con sus propias tareas evolutivas,** algunas de las cuales son continuación de etapas anteriores como: el desarrollo personal, de la inteligencia, la necesidad de estimulación y sacar placer a la vida..., aunque también es cierto que otras necesidades son nuevas y requieren ser atendidas en los últimos años de la vida.

Durante la vejez se producen también cambios y **desarrollos positivos** que implican adaptaciones a situaciones diferentes y adquisición de nuevas habilidades y, en este sentido, es posible hablar de DESARROLLO Y CRECIMIENTO EN LA VEJEZ.

Por tanto considerar la vejez como el punto final de todos los cambios que tienen lugar a lo largo de la vida es una visión simplista. La vejez por tanto hemos de concebirla como algo **dinámico,** es una etapa de cambio y desarrollo en el individuo que ha de ir progresivamente adaptándose a una gran variedad de transformaciones que sufre. Precisamente en su capacidad de adaptación a las nuevas situaciones que se generan se encuentra su bienestar o felicidad.

El cambio en la vida adulta y la vejez **no es universal** (los sujetos varían mucho entre sí), **no es unidimensional** (cada capacidad o función evoluciona de distinta manera), **no es unidireccional** (determinadas capacidades pueden involucionar pero otras pueden mantenerse o mejorar), ni **tampoco siempre es irreversible** (hay aspectos y dimensiones que se pueden mejorar). Una real protección de la vejez llevará consigo la alternativa de desarrollo y no involución, tendrá en cuenta las posibilidades de cambio y establecerá los recursos preventivos que contribuyan a mejorar la calidad de vida y bienestar en la vejez.

Han sido sobretodo los resultados de la investigación psicológica los que han demostrado que la **estimulación,** el **entrenamiento en aptitudes físicas y mentales** así como la **mayor frecuencia de actividad social** pueden frenar el proceso de deterioro, sobre lo que nos centraremos a continuación.

### II. EL ENTRENAMIENTO Y LA ESTIMULACION INTELECTUAL PARA PREVENIR DETERIOROS COGNITIVOS. LA CULTURA Y LA EDUCACION COMO MOTORES DE CAMBIO

Es frecuente asociar la imagen de la vejez a un **declive intelectual** y que además se piensa que ésto es inmodificable. Esta visión negativa ha sido mantenida por la propia Psicología hasta los años 70 (pensemos que también en otras épocas se hablaba de la inferioridad intelectual de las mujeres o los negros).

Las investigaciones actuales sin embargo permiten hacer una valoración más optimista del rendimiento intelectual durante la vejez desmontando la idea de que la edad cronológica sea causa por sí misma del deterioro intelectual.

Las cuestiones prácticas que me planteo respecto al funcionamiento cognitivo en las personas mayores podrían formularse del siguiente modo: ¿qué causas motivan que los deterioros sean mayores en unas personas que en otras?, ¿qué medidas de prevención se pueden establecer? o incluso ¿es posible tomar medidas de rehabilitación del deterioro intelectual?

Los resultados de los estudios de funcionamiento intelectual permiten establecer la cuestión en los siguientes términos (Schaie):

A.- Se puede observar algún deterioro en individuos normales de más de 55 años en alguna aptitud. Este declive es menor en general hasta los 60 años y a partir de los 60, el deterioro se generaliza a más aptitudes. Sin embargo, en personas SANAS no parecen darse pérdidas generalizadas; de este modo la salud sería una variable moduladora del funcionamiento intelectual.

B.- Cada aptitud tiene un ritmo de envejecimiento, es decir, los

patrones de cambio son distintos y así, por ejemplo, las habilidades verbales declinan mucho menos con la edad que la actuación psicomotora.

C.- Si tenemos en cuenta las diferencias entre unas personas mayores y otras, encontramos que hay individuos que tienen unos niveles intelectuales estables a los 70 años. Incluso en algunos individuos no disminuyen hasta pasados los 80 años. ¿A qué es debido? Parece existir una gran consistencia intraindividual, es decir que **intelectualmente se envejece como se ha vivido;** de modo que cuanto mayor nivel se alcance, más se cultive y se haya entrenado la persona, el decrecimiento será más lento. Por lo tanto la EDUCACION explica gran parte de la variación entre individuos de la misma generación.

Dado este desarrollo óptimo en algunos individuos, el siguiente interrogante a resolver es si se puede entrenar a los que manifiestan declive intelectual normal (no las demencias). Efectivamente se han desarrollado experiencias a través de las que pueden apreciarse **mejoras intelectuales** durante la vejez, llevando a cabo el adecuado entrenamiento.

Se han ensayado entrenamientos no cognitivos y cognitivos:

**1.- No cognitivos.** Consisten en técnicas de manipulación de variables motivacionales con procedimientos tales como:

- Incremento de la motivación.
- Inducir estados de autoconfianza y/o asertividad de que pueden hacerlo mejor de lo que ellos creen.
- Técnicas para reducir la ansiedad.

**2.- Entrenamientos cognitivos.** El llamado programa ADEPT (Proyecto de Desarrollo Adulto y Envejecimiento) de Plemons, Willis y Baltes de 1978 se basa en el hecho de que el funcionamiento cognitivo en la vejez tiene un **alto grado de modificabilidad o plasticidad.** Durante cinco sesiones se entrenó a personas mayores en algunas aptitudes (RA y RE) y se comprobaron mejoras tanto en las entrenadas como transferencias a otras aptitudes. Los principios metodológicos empleados fueron modelado, feed-back, instrucción directa y práctica autoguiada.

Con este programa inicial se ha demostrado que las personas de edad **pueden seguir desarrollándose y creciendo intelectualmente si se les da una oportunidad.** De esta forma, el deterioro que se observa en algunos mayores deja de ser una responsabilidad exclusivamente individual, para convertirse en una responsabilidad social. No sólo es el individuo, sino la sociedad la que ha de proporcionar las experiencias de aprendizaje a las personas de edad.

Finalmente, comentar que también se han llevado a cabo entrenamientos que demuestran que EL DETERIORO INTELECTUAL NO ES IRREVERSIBLE. En un estudio muy bien diseñado metodológicamente (un diseño secuencial) Shaile y Willis (1986) han comprobado que el deterioro intelectual, incluso el acumulado durante quince años puede invertirse, convirtiéndose por tanto en un proceso de crecimiento y desarrollo.

También han comprobado que los efectos positivos obtenidos son independientes de la edad, sexo, nivel educativo y nivel de ingresos. Aunque se benefician tanto los sujetos que habían mantenido sus capacidades como los que se habían deteriorado, los deteriorados se benefician más. También es cierto que hay personas que no muestran cambios con el entrenamiento (en torno al 50%).

Las dos grandes líneas que he intentado dejar claras son, por una parte que la inteligencia es entrenable en la vejez, y en segundo lugar, la demostración de que las personas mayores que tras la jubilación continúan con una vida intelectualmente productiva declinan mucho menos en su funcionamiento cognitivo. Esto nos lleva a un planteamiento de programas de INTERVENCION EDUCATIVA a lo largo de toda la vida. Atender globalmente a las personas mayores en un futuro conllevará una formación integral en la que los aspectos cognitivos tendrán necesariamente un lugar primordial (Vega, 1990).

Al hablar de educación, de aprendizaje, nos encontramos con otro obstáculo. Los estereotipos sugieren que las personas mayores encuentran **el aprendizaje como una dificultad** en general y el aprendizaje de nuevas ideas y técnicas virtualmente imposible. Como muchos otros estereotipos relacionados con la vejez éste ha sido desacreditado por la investigación.

**El ser humano tiene la potestad y posibilidad de aprender a lo largo de toda la vida** (Covey, 1983), si bien las pruebas empíricas y psicométricas evidencian que en la vejez no se aprende tan bien como en la juventud. Los problemas parecen surgir tanto en la adquisición como en la recuperación de la información, pero cuando reciben un entrenamiento en técnicas de memoria, enseñanza de estrategias memotécnicas como son: las técnicas de visualización, el entrenamiento en la utilización de ayudas externas, estrategias de agrupamiento de información, etc., se palían muchos de estos problemas, como se ha puesto de manifiesto en nuestro medio con el Programa de Entrenamiento en Habilidades de Memoria realizado en la Universidad Autónoma de Madrid tanto en ancianos institucionalizados como viviendo en comunidad (Fernández-Ballesteros, 1992).

Por otra parte, se debe tener en cuenta que si bien es cierto que las personas mayores manifiestan más problemas de memoria, la gravedad del problema tiende a ser exagerada por muchos viejos y no correlaciona bien con pruebas de rendimiento que se hacen en laboratorio. Sin embargo, con lo que **correlacionan bien las quejas en cuestionarios de memoria es con cuestionarios de presión,** por lo que nos pueden servir como indicio de depresión. Realmente la depresión reduce la atención (ésta es necesaria para la memoria) y hace que baje la motivación (no ve la tarea de aprendizaje como relevante). Por lo tanto, la depresión puede enmascarar cantidad de déficits cognitivos e incluso llevar a falsos diagnósticos de Demencia.

## CONCEPCIONES EDUCATIVAS EN LA TERCERA EDAD

Moody (1976) presenta cuatro modos de pensamiento sobre la Educación en los viejos muy en relación con el grado de desarrollo de nuestra cultura.

**1.- Estadio de rechazo.** Resume las actividades negativas que sobre el envejecimiento prevalecen en nuestra sociedad. En esta forma de pensamiento la educación de adultos y viejos **no está justificada** pues subyacen ideas como que la educación es para el futuro y de un viejo poco se puede esperar, se pone énfasis en el declive cognitivo en la vejez a todos los niveles y de que nada se puede hacer para mejorar el funcionamiento de las personas de edad.

**2.- Estadio de servicios sociales** que describe la educación de adultos y personas de edad como una actividad a llevar a cabo en tiempos de ocio; **las actividades educativas se utilizan para entretener** y mantener ocupadas a las personas. Se les considera como consumistas, no como productores, la atención que se presta a los viejos viene dictada en nombre de un liberalismo político.

**3.- Estadio de participación,** que pone de relieve el hecho de que la educación puede servir como una preparación para nuestros roles activos o para un desafío político a los estereotipos que intentan definir la vejez. El objetivo consiste en **hacer capaces a los viejos de vivir en contacto con la corriente general de la sociedad** y para llevar una vida normal en ella. Supone por tanto que las personas mayores desean colaborar con la sociedad en general y así por ejemplo algunas personas mayores pueden aprender cómo enseñar a leer a los niños con defectos en el aprendizaje; pueden aprender a contribuir de la mejor manera con su tiempo y sus energías o con su sabiduría y experiencia.

La educación así concebida ha de estar diseñada para ofrecer un ambiente de apoyo y llenar los intereses personales, va dirigida más a la **integración** que a la segregación de los mayores.

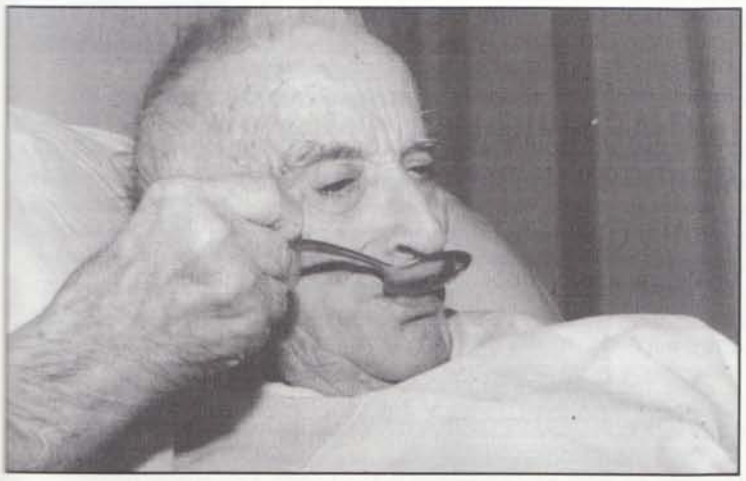
**4.- Estadio de autorrealización.** Describe a la vejez como un período de crecimiento potencial, un período donde cosas que hasta este momento no eran posibles comienzan a serlo, es decir **alude a la satisfacción personal.** A nivel intelectual, hay individuos que manifiestan ganancias y creatividad, lo que indica que es una cuestión de diferencias individuales.

Deberían llevarse a cabo programas de intervención educativa que correspondieran a las formas de pensamiento 3 y 4 de Moody. **La vejez ha de considerarse como una etapa de participación e incluso de autorrealización donde la educación no sólo es una forma de entretenimiento, sino que puede reportar beneficios tanto para el individuo anciano (dándole una mayor integración en la vida social) como para la sociedad en sí misma.**

Hay que integrar el tema de la salud (tanto física como psíquica y social) en la acción cultural. La cultura, entendida como convivencia y participación, debe potenciar a los individuos en un proceso de continuo autodesarrollo. Podríamos decir, que las personas mayores gozan de una salud integral si protagonizan su vida y potencian su autorrealización, por contraposición con los individuos donde la apatía y la pasividad son manifestaciones de un desequilibrio profundo, de carencias psicosociales y de falta de estímulos para sentirse participativos, autónomos y equilibrados en su desarrollo integral.

**III.- FOMENTO DE LA AUTONOMIA PERSONAL**

A.- CAPACIDADES COMPORTAMENTALES



Las habilidades necesarias para **cuidar de sí mismo y del entorno próximo** (generalmente denominadas actividades de la vida diaria, AVD, aunque este término es más restringido) son un factor crítico para el bienestar; es uno de los aspectos que más influye en la calidad de vida.

Como consecuencia del sobreenvejecimiento (el progresivo crecimiento entre las personas mayores de los de más edad) debido a las mejoras en la asistencia sanitaria, en la nutrición y en la mejora general de las condiciones de vida, aumenta la probabilidad de que un porcentaje más elevado de mayores se vean afectados por cambios fisiológicos propios del envejecimiento y problemas crónicos de salud que terminen ocasionando pérdidas de autonomía y capacidad funcional.

Las consecuencias que se derivan son tanto personales como sociales y económicas. En una sociedad como la nuestra que preconiza valores de autonomía, la persona mayor que se vea necesitada de recibir los cuidados de otros para mantener las AVD puede sentir una disminución de la autoestima y un fuerte impacto emocional negativo. Por otra parte, es habitualmente la familia la que presta la mayor parte de ayuda en estas situaciones, lo que puede generar en los familiares reacciones de fatiga, sobrecarga y stress. Desde el punto de vista económico, sabemos sobradamente que la principal causa de atención institucionalizada y de ayuda domiciliaria es la falta de capacidad de las personas mayores para llevar a cabo tareas de cuidado personal. La prestación de ambos servicios sufre una demanda creciente, generando una considerable inversión económica por parte de los sectores públicos (Inserso, 1989).

Sin embargo, los trabajos realizados desde la Psicología han aportado nuevos puntos de vista:

1.- No son sólo los factores biológicos los que determinan la capacidad de ejecución de autocuidado, sino **también la influencia del entorno físico y social.**

2.- La constatación de la "plasticidad conductual" en las personas de edad avanzada, lo que supone la posibilidad de **adquirir o readquirir conductas de autocuidado** a través de estrategias de enseñanza y manipulaciones ambientales adecuadas.

Para explicar la influencia del ENTORNO SOCIAL me parece útil el modelo que se describe a continuación:

El enlace principal entre la **ejecución real** de la persona mayor en AVD y su **nivel potencial** está en función de las expectativas, estereotipos y creencias erróneas que se tienen sobre la vejez. Se les atribuye a los ancianos falta de competencia para un funcionamiento autónomo, especialmente si existe una disfunción orgánica (por ejemplo auditiva o visual) a la que se achaca una discapacidad irrecuperable y no rehabilitable (NO PUEDEN REALIZAR AVD). Esta atribución biológica unida al etiquetado negativo lleva a las personas en contacto con el mayor a desarrollar comportamientos de sobreprotección (OTROS REALIZAN LAS AVD) y a eliminar oportunidades de ejecución independiente a las AVD (NO SE LES OFRECEN OPORTUNIDADES). La asunción por la propia persona mayor de esterotipos poco realistas sobre sus recursos lleva a una disminución de la ejecución que aumenta su discapacidad (DEJA DE REALIZAR) confirmando y cerrando el círculo de las bajas expectativas sobre la autonomía de las personas mayores (SE CONFIRMAN LOS MITOS, CREENCIAS Y ACTITUDES INICIALES) (Rodin y Langer, 1980).

La investigación ha puesto de manifiesto que **la conducta** de las personas mayores sólo en una pequeña parte está determinada por el estado de salud y en cambio **está ampliamente determinada por las expectativas de comportamiento del entorno social.** Se ha demostrado que los médicos y el personal de enfermería esperan en muchos casos de las personas de edad que estén quietas, que exterioricen una escasa motricidad y poca interacción social, que vegeten, que "no se metan en nada", como si ésto fuera típico del proceso de envejecimiento. Con tales premisas sólo se lograba intensificar dicho comportamiento en los ancianos. Si por el contrario se convencía al personal sanitario de que la vejez no implica incondicionalmente pasividad y una falta de participación y actividad, podían comprobarse asombrosas modificaciones en el comportamiento de los ancianos.

**El personal cuidador** (tanto los profesionales como la familia) **refuerza en muchos casos las conductas de dependencia de los ancianos de un modo inadvertido.** Pensemos en la serie de acciones de atención que ponemos en marcha cuando hay deficiencias en el autocuidado. El apoyo inmediato y contínuo que se presta en estos casos, si tenemos en cuenta que vivimos en un mundo donde el contacto social con los viejos no es precisamente frecuente, hace que se mantenga o incremente la dependencia funcional. Sin embargo, las conductas de autocuidado independiente no son reforzadas mediante interacción social. De aquí que haya que insistir en la **gran importancia de la interacción social entre ancianos y personal cuidador para fomentar la autosuficiencia funcional.**

Experimentos como el de Langer y Rodin (1976) demuestran la **interrelación entre dependencia física y psicológica.** Los participantes en este estudio fueron asignados al azar a diferentes plantas de una misma residencia. El grupo experimental recibió una charla del director en la que se hacía énfasis en la posibilidad de los residentes de elegir entre distintas opciones y en la responsabilidad que tenían para con ellos mismos y, además, se les entregó una maceta para que la cuidaran. Al grupo control se le comunicó que el personal de la residencia sería responsable de ellos, se encargaría de cuidarles y de procurarles todo lo que necesitaran, además también se les entregaba una maceta de la que igualmente el personal cuidador se hacía responsable. Como resultado, los residentes del grupo experimental **se mostraron más activos y se describían como más felices** que el grupo que recibió el mensaje de dependencia. El seguimiento a los 18 meses indicó el mantenimiento de los efectos beneficiosos de la intervención.

Respecto al ENTORNO AMBIENTAL, diferentes estudios han confirmado que es necesario, en ocasiones, modificaciones para mantener un funcionamiento independiente y seguro, evitar accidentes y propiciar hogares confortables y de apoyo.

Frecuentemente, las personas mayroes ante las limitaciones debidas a enfermedades o deterioros físicos o sensoriales dejan de ejecutar tareas diarias que, con las oportunas adaptaciones o ayudas físicas, sí podrían llevar a cabo. Por lo general, la adaptación de materiales y el uso de dispositivos especiales solamente son adoptados bajo la orientación profesional, por lo que el pesonal de enfermería puede contribuir grandemente a orientar sobre las posibles modificaciones ambientales.

En la EVALUACION de las AVD, éstas se suelen dividir en AVD **basicas**: que serían las actividades de autocuidado (bañarse, vestirse, comer, movilidad...) y AVD **instrumentales:** que serían las habilidades para desarrollar una vida independiente (limpiar, telefonear, hacer compras, manejo del dinero, cocinár, desplazarse en medios de transporte...).

Son muchos los instrumentos de evaluación validados que tenemos. La elección puede ser el Indice de Katz (1970); Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria del Philadelphia Geriatric Center (Lawton 1972); Escala AVD Básicas e Instrumentales (Dars) de la Duke University, 1978; Evaluación de AVD del Programa Gerontológico del Instituto de Salud Mental de Florida (Patterson, 1982); Escala de Observación de Actividades de la Vida Diaria (Montorio, 1990) y algunas más.

Con cualquier escala que escojamos, me parece útil de cara a la intervención usar como procedimiento de recogida de información **la observación de las secuencias de conducta.** Así por ejemplo la AVD

"arreglo personal" puede descomponerse en actividades como:

- Cuidarse el pelo
- Limpiarse los dientes
- Afeitarse
- Maquillarse...

A su vez cada actividad se puede descomponer en tareas. Por ejemplo, cuidarse el pelo:

- Coger los accesorios necesarios del cuarto de baño.
- Peinarse todo el cabello.
- Hacerse la raya apropiadamente.

Este análisis pro secuencias de conducta nos permite:

**a) Identificar los déficits** concretos en habilidades para la vida diaria que sirvan de base para **definir las conductas objetivo de intervención.**

**b) Detectar variables ambientales y personales asociadas** a déficits de autocuidado como:

- Obstáculos físicos.
- Limitaciones impuestas por otros.
- Limitaciones impuestas por el propio anciano.
- Escasa atención proporcionada al mayor cuando desarrolla la habilidad.
- Ausencia de personas necesarias para motivar la manifestación de la habilidad.

Quiero reflexionar también sobre el hecho de que se han diseñado muchas más técnicas para evaluar las AVD Básicas que las Instrumentales, pese a ser mucho menor el número de personas mayores con limitaciones para el autocuidado que en las habilidades para desarrollar una auténtica vida independiente. Una posible explicación podría ser que las demandas de prestación de servicios suelen ser en los casos en que los ancianos tienen déficits en su autosuficiencia básica. No obstante el aumento progresivo de personas mayores de 65 años relativamente sanas cuyos problemas más significativos radicarían en la competencia para llevar a cabo actividades sociocomunitarias complejas **exigirá una mayor dedicación a la exploración de las AVD Instrumentales** y ésto **supone otro reto para enfermería en los cuidados de salud integral.**

**EJEMPLO DE INTERVENCION EN AUTONOMIA FUNCIONAL**

A título de ejemplo de programa de intervención en entrenamiento en AVD voy a comentar el Programa Gerontológico del Florida Mental Health Institute. Este programa (Patterson y cols., 1982) puede ser aplicado a nivel individual o en grupo (aconsejan no más de 8 personas).

Se estructura en tres niveles:

* En el **nivel 1** se procede al entrenamiento de habilidades de cuidado personal para desarrollar hábitos adecuados de higiene (cuidado de la boca, bañarse, cuidarse el pelo, afeitarse, cuidarse las uñas, mantener hábitos apropiados en la mesa...), incrementar la autoestima y no ser físicamente ofensivos para otros.

El formato de las sesiones es:

- Debate. Se discuten temas como la necesidad de llevarlo a cabo, consecuencias positivas de su realización cotidiana, modo óptimo de ejecutarlo.
- Practican o ensayan. El entrenador o educador utiliza técnicas conductuales como reforzamiento positivo, retroalimentación...

* **Nivel 2.** Aprendizaje de conductas como lavar y arreglar la ropa, manejar dinero, seleccionar menús equilibrados, limpieza de la habitación, uso del teléfono, etc.

El formato y las técnicas son similares.

* **Nivel 3.** Ayudar a planificar actividades relacionadas con la administración del tiempo, utilización de recursos comunitarios, preparación de comidas.

Diferentes aplicaciones de este programa han obtenido mejoras significativas en la capacidad de competencia en personas mayores que viven en la comunidad (Fernández-Ballesteros, 1992).

**PAUTAS PARA INTERVENCION EN AUTONOMIA FUNCIONAL**

Los programas Para optimizar hábitos de autocuidado han de tener en cuenta los siguientes principios:

1) Primordialmente considerar la PARTICIPACION PARCIAL, es decir, que en toda intervención y especialmente en los casos en que la autonomía total para una tarea no va a ser posible, hay que PROMOCIONAR cualquier nivel de aportación del individuo a la ejecución de la tarea, por mínima que sea y completarse la realización de la tarea con la ayuda de dispositivos o personas que se evaluen como necesarios.

Desde esta perspectiva cabe plantearse una reorganización del funcionamiento de entornos residenciales y servicios domiciliarios que se encuentren reforzando la dependencia al proporcionar un conjunto estándar de ayudas con independencia de las necesidades y recursos funcionales de cada sujeto. Me refiero a que, la ayuda que se presta es completa, el profesional realiza totalmente las AVD sin apenas implicación del usuario. De esta forma, se priva a éste de posibilidades para su rehabilitación funcional o al menos participación parcial en la ejecución de las AVD.

2) Asignar un ROL ACTIVO a los usuarios tanto en el planteamiento inicial de objetivos y metas, como en la valoración de resultados, para garantizar la individualización y pertinencia de los programas.

3) Para readquirir habilidades funcionales no es suficiente utilizar técnicas de motivación hacia el autocuidado, sino que es necesaria la PRACTICA DE LAS HABILIDADES que se quieren conseguir. Las técnicas de entrenamiento que hacen posible el recuerdo, la práctica y la corrección de tareas son técnicas conductuales como el reforzamiento positivo, el ensayo de habilidades, la incitación, el modelo, etc.

4) Debido al carácter multicausal de la dependencia, es preciso intervenir no sólo en la persona mayor con limitaciones funcionales, sino también en otros factores sociales y ambientales, por lo que se hace necesario llevar a cabo distintos tipos de programas como pueden ser:

- Programas de formación de profesionales y paraprofesionales (por ejemplo Técnicas de entrenamiento conductual).
- Programas de atención a la familia (por ejemplo enseñar técnicas como análisis de tareas, reforzamiento... para aumentar la frecuencia de comportamientos adaptados de la persona mayor y generar interacciones gratificantes para ambos).
- Programas de adaptación ambiental.
- Programas de organización institucional.

5) Los resultados en programas de AVD en personas mayores han sido "PEQUEÑAS GANANCIAS". Sin embargo, la valoración de los propios usuarios y familiares ha sido de aumento de bienestar, satisfacción y autoestima en la vejez, lo que justificaría la intervención en habilidades funcionales tnato en el ámbito residencial como domiciliario.

B.- LA VEJEZ COMO PROVEEDORA DE APOYO SOCIAL

Las relaciones sociales tienen gran importancia para la adaptación y el bienestar psicofísico. Muchos estudios han manifestado la relación inversa entre contactos sociales y mortalidad, así como las **consecuencias positivas que tiene el mantenimiento de relaciones sociales para la salud física y mental,** aunque están todavía por clarificar los mecanismos que lo provocan.

La evidencia señala, sin embargo, que las personas de más edad tienen mayores probabilidades de perder relaciones sociales de apoyo debido a circunstancias tales como la jubilación, la viudedad, estado de salud o bajo nivel de recursos educativos.

En los últimos años se han puesto en práctica (especialmente en Estados Unidos) programas de intervención dirigidos a fomentar, utilizar o fortalecer recursos sociales proveedores de apoyo para la población mayor, con la finalidad de:

- Favorecer el funcionamiento más autónomo posible dentro de la comunidad.
- Contribuir a una mejor integración social de las personas de edad.
- Conseguir satisfacción con las relaciones sociales.

Aquí vamos a hacer mención solamente a los programas en que son **las propias personas mayores las proveedoras de apoyo.** Los objetivos de estos programas, en general, pueden establecerse:

- Crear redes sociales que ofrezcan apoyo.
- Favorecer las relaciones sociales de los viejos.
- Resolver problemas relacionados con la vida en comunidad.

La **actuación del profesional** es como "dinamizador de recursos", movilización, organización o coordinación de recursos más que provisión directa de apoyo.

Hay gran variabilidad de programas:

**I.- Grupos para intercambiar ayuda sobre un problema común,** por ejemplo una determinada enfermedad, aislamiento social asociado a la viudedad...

Dentro de este planteamiento estaría el programa desarrollado por la Fundación Americana de Ciegos llamado "¿Para qué son los amigos?", que trata de favorecer el intercambio de estrategias que permitan adaptar el ambiente físico y social de personas mayores con problemas graves de visión. En España, la ONCE está desarrollando actualmente este programa con afiliados a la institución.

Otro programa de intercambio de ayudas ha sido el denominado "Puesta al día y Enriquecimiento Personal de Personas Mayores" (SAGE) (Lieberman y Gourash, 1979). Esta experiencia ha ofrecido la posibilidad de buscar soluciones mediante discusiones personales en grupo además de otras actividades como respiración profunda, gimnasia y danza, pintura con dedos, ejercicios de yoga, etc. La valoración del programa comparando los efectos en un grupo de participantes respecto a otro grupo de espera reveló que los usuarios del programa manifestaron menos síntomas psiquiátricos y un marcado incremento en la autoestima.

**II.- Grupos de apoyo mutuo**

Se trata de programas de voluntarios entre los propios ancianos. Los servicios que prestan consisten generalmente en proporcionar compañía o cuidados básicos de salud.

En esta línea se ha desarrollado un programa impulsado por la Trabajadora Social y las Enfermeras del Centro de Salud de Cartuja (Granada). Las actividades que vienen desarrollando este grupo de ancianos voluntarios son:

- Dar compañía en los domicilios de ancianos con peor estado de salud o con problemas familiares.
- Acompañarles a actividades organizadas en el Club de Tercera Edad, ayudarles en pequeñas gestiones, servirles de enlace con el Centro de Salud, acompañarles a dar un paseo, leerles un rato, etc.
- Puesta en marcha por los propios ancianos de la educación para la salud, desarrollando actividades en temas como los medicamentos (de ellos fue la idea, dado el elevado analfabetismo, de diseñar unas pegatinas con el sol, un plato, y la luna para tomar los medicamentos a la hora adecuada); la vacunación antigripal (llevan a cabo la captación); alimentación (hicieron una encuesta en todos los comercios del barrio y concluyeron entre otras cosas que comían demasiado); las basuras domésticas.

Estos programas ofrecen a los voluntarios la oportunidad de permanecer activos y establecer nuevos contactos sociales, con lo que se estaría potenciando su salud. Los receptores de ayuda suelen ser los ancianos considerados de alto riesgo psicosocial (ancianos que viven solos, ancianos que sufren aislamiento aun viviendo con algún familiar o con problemas de no autosuficiencia) en los que se intenta contribuir a mejorar su calidad de vida, "hoy por mí, mañana por tí".

**III.- Programas intergeneracionales**

Son actuaciones en las que el intercambio de apoyo se efectúa entre grupos diferenciados de edad.

Partiendo del supuesto que tanto los adolescentes como las personas mayores tienen dificultades para tener roles significativos desde el punto de vista social, algunos autores han señalado los potenciales beneficios que se derivarían del intercambio de ayuda entre ambas generaciones.

Así en programas como el desarrollo por la Universidad de Pittsburgh "Programa de Generaciones Juntas" (1983) se incluye la participación de ancianos voluntarios que ayudan a los maestros en tareas educativas y simultáneamente se persigue modificar los estereotipos existentes sobre la vejez.

Otro programa es el del Servicio del Cuerpo de Ejecutivos Retirados en el que ejecutivos jubilados con su experiencia actúan como consejeros de negocios.

## BIBLIOGRAFIA:


* Agate, J. (1982). **Cómo cuidar a un anciano en familia.** Barcelona: Miguel Arimany.

* Anónimo (1986). **Feliz tercera edad.** Navarra: Ediciones Universidad de Navarra.

* Aragño Mitjans, J.M. (1986). **Aspectos psicosociales de la senectud.** En Carretero, M.; Palacios, J y Marchesi, A. (comps.), **Psicología evolutiva, vol. III.** Madrid: Alianza, 289-325.

* Araguren, J.L. y otros (1984). **La ancianidad, nueva etapa creadora.** Barcelona: Edimurtra.

* Baltes, P.B.; Reese, H.W. y Nesselroade, J.R. (1981). **Métodos de investigación en Psicología Evolutiva. Enfoque del ciclo vital.** Madrid: Morata.

* Campo Urbano, S. y otros (1981). **Introducción a la Gerontología social.** Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

* Carstensen, L.L. (1990). **Cambios relacionados con la edad en la actividad social.** En Carstensen, L.L. y Edelstein, B.A., **Gerontología Clínica. Intervención psicológica y social.** Barcelona: Martínez Roca.

* Duocastella Rosell, R. (1982). **Los servicios a domicilio para la tercera edad.** Barcelona: Cátedra de Gerontología.

* Fernández-Ballesteros, R. (1986). **Hacia una vejez competente: Un desafío a la ciencia y a la sociedad.** En Carretero, M; Palacios, J y Marchesi A (comps.), **Psicología evolutiva, vol. III.** Madrid: Alianca, pp 239-258.

* Fernández-Ballesteros, R.; Díaz, P.; Izal, M. y González, J.L. (1987). **Evaluación de una Residencia de Ancianos y valoración de intervenciones ambientales.** En Fernández-Ballesteros, R (ed). **El ambiente. Análisis Psicológico.** Madrid: Pirámide.

* Fernández-Ballesteros, R; Izal, M; Montorio, I; González, J.L. y Díaz, P. (1992). **Evaluación e interpretación psicológica en la vejez.** Barcelona: Martínez Roca.

* Instituto Nacional de Servicios Sociales (1989). **La tercera edad en Europa: Necesidades y demandas.** Madrid: Inserso.

* Kalish, R.A. (1991). **La vejez. Perspectivas sobre desarrollo humano.** Madrid: Pirámide.

* Lehr, U. (1980). **Psicología en la senectud.** Barcelona: Herder.

* Marías, J.; y otros (1979). **Higiene Preventiva de la Tercera Edad.** Madrid: Karpos.

* Ministerio de Educación y Ciencia (1987). **Libro Blanco de la Educación de Adultos.** Madrid: M.E.C.

* Ministerio de Sanidad y Consumo (1987). **Guía para la elaboración del programa del anciano en Atención Primaria.** Madrid: M.S.C.

* Mishara, B.L. y Riedel, R.G. (1986). **El proceso de envejecimiento.** Madrid: Morata.

* Moody, H.R. (1976). **Philosophical presuppositions of education for old age.** Educational Gerontology, 1, 1-16.

* Palacios, J. y Marchesi, A. (1985). **Inteligencia y memoria en el proceso de envejecimiento.** En Carretero, M; Palacios, J. y Marchesi, A (Eds), **Psicología evolutiva 3: Adolescencia, madurez y senectud.** Madrid: Alianza, pp. 259-287.

* Parreño, J.R.; y otros (1985). **Tercera edad sana. Ejercicios preventivos y terapéuticos.** Madrid: Inserso.

* Patterson, R.L. (1990). **Orientación de la familia del anciano.** En Carstensen, L.L. y Edelstein, B.E., **Gerontología Clínica. Intervención Psicológica y social.** Barcelona: Martínez Roca.

* Pelechano, V. (1979). **Psicología educativa comunitaria.** Valencia: Alfaplus.

* Perlado Ortiz de Pinedo, F. (1983). **Servicios sociales para la vejez.** Madrid: Confederación Española de Cajas de Ahorro.

* Vega, J.L. y Mateos, P.M. (1988). **Motivos y valores de la población rural en torno a la participación en programas de educación de adultos.** Salamanca: Ediciones Diputación de Salamanca.

* Vega, J.L. (1990). **Psicología de la vejez.** Salamanca: Gráficas Varona.