

Capítulo 2: Necesidad de Intervención

El envejecimiento de la población es un hecho incuestionable, tal y como hemos dejado constancia en el capítulo 1. Este proceso de envejecimiento de la población tiene diversidad de implicaciones personales, sociales, económicas, sanitarias, etc. Algunas de ellas centradas en desarrollar los recursos necesarios para trabajar sobre el aumento de patologías relacionadas con la edad, y otras más “positivas y previsoras” orientadas a fomentar las habilidades y los recursos que favorecen el desarrollo de una vejez saludable y satisfactoria o un envejecimiento activo (OMS, 2002). Debido a esta situación, la psicogerontología se ha convertido en un campo aplicado fundamental para favorecer el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores (Albarracín y Berdullas, 2007).

Como señalan Izal y Montorio (1999), “en la vejez una buena salud física, psicológica y social es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de mantener una vida independiente. No es posible impedir la progresión de las manifestaciones de la edad, pero sí disminuir su velocidad y la probabilidad de aparición de enfermedades, aumentando la esperanza de vida en algunos años y, principalmente, la calidad de vida durante los mismos”. El objetivo no es incrementar la esperanza de vida a partir de tratamientos médicos dando lugar a una reducida calidad de vida, sino aumentar esta esperanza de vida, reduciendo el tiempo que la persona mayor se encuentra en situación de enfermedad. Debemos tener en cuenta que para los mayores es fundamental mantenerse activos física, social y mentalmente, así como desarrollar actividades recreativas, de voluntariado o remuneradas, culturales, sociales y educativas (Zamarrón, 2007). No solo se trata de “dar años a la vida, sino que hay que dar vida a los años”, como han señalado diversos investigadores (Fernández-Ballesteros, 2000; Izal y Montorio, 1999; Martínez, 2002).

Con relación a cualquier tipo de intervención es fundamental considerar la importancia de la plasticidad, que implica que las personas mayores puedan por sí mismas cambiar y modificar ciertos procesos evolutivos, gracias a la influencia de

ciertos aprendizajes sobre algunas áreas cerebrales, aunque existen ciertos límites. Para aclarar este aspecto, los psicólogos del ciclo vital relacionan el concepto de plasticidad con las denominadas “capacidades de reserva” (Baltes, 1987). Además del funcionamiento cotidiano, el rendimiento de una persona puede aumentarse de dos formas: una, al utilizar algunas reservas internas, que facilitan que la persona por sí misma desarrolle un mayor rendimiento cuando la tarea presenta una alta exigencia y cuando se trata de dar lo mejor de uno mismo; y dos, si se utilizan ciertas reservas externas, que facilitan que la persona aumente su rendimiento cotidiano cuando las condiciones del entorno son favorables y cuando existen apoyos. Estas reservas externas establecen el nivel que la persona puede alcanzar si el contexto es el óptimo. Durante el envejecimiento no se produce un declive de la actuación cognitiva, sino un descenso del nivel de plasticidad evolutiva que nos permite mantener un rendimiento óptimo aún en circunstancias altamente exigentes o bien beneficiarnos de las ayudas (Pousada y De la Fuente, 2005). Así, como señala Fernández-Ballesteros (2000), la actividad principal de la gerontología es conocer y mejorar aquellas situaciones, condiciones o comportamientos mediante los que es posible fomentar una adecuada calidad de vida. Pese a existir una actitud social negativa con respecto al desarrollo de nuevos aprendizajes durante el envejecimiento, las investigaciones muestran que la adquisición y asimilación de nuevos comportamientos, conocimientos, aptitudes, actitudes o hábitos puede ocurrir durante toda la vida, aunque puede variar la velocidad o el tiempo de asimilación con el que se produce. El comportamiento aprendido y por aprender adquiere una gran importancia para conseguir un envejecimiento y un desarrollo personal saludables y satisfactorios, así como para una atención socio-sanitaria de calidad, puesto que la posibilidad de continuar aprendiendo justifica el desarrollo de diversas intervenciones con mayores para mejorar su calidad de vida.

Como señalábamos en el capítulo 1, el último Informe de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo habla de un aumento de la esperanza de vida que puede estar asociado a enfermedades y problemas de salud que ocasionen una pérdida de la calidad de vida. Entre ellas enfermedades de tipo crónico y degenerativo, fundamentalmente trastornos seniles y preseniles y enfermedad de Alzheimer. De este modo aumenta la población de edad en situación de fragilidad, con enfermedades crónicas y degenerativas, y con ello las previsiones sobre la tendencia de los gastos sanitarios en los principales países industrializados que seguirá un acelerado ritmo de crecimiento, siendo el volumen de estos gastos considerable hacia los años 2030-2040. Todo ello

debido a una mayor incidencia de enfermedad en los ancianos, con la concurrencia de varias patologías en un mismo individuo, a una mayor tendencia a la cronicidad de las mismas, a una mayor prevalencia de situaciones de incapacidad, a una mayor utilización de la atención primaria de salud, a un mayor consumo de fármacos, y a una mayor ocupación de camas hospitalarias así como a una mayor necesidad de cuidados continuados y a una mayor utilización de recursos sociales. Por tanto, si crece el número de personas mayores, también aumentará su demanda y la utilización de los servicios sanitarios y del gasto sanitario, lo cual hace prever que los gastos sanitarios se concentrarán en las personas mayores (Tortosa, 2005). Si esta situación se mantiene, la economía de los países con un elevado envejecimiento demográfico presentará graves dificultades. En relación a esto, Lehr (2000) considera que actualmente una política para el envejecimiento tiene que ser más que una política de sistemas de pensiones y tiene que incluir otros aspectos aparte de los financieros. Para ello hay que considerar tres aspectos: el mantenimiento e incremento de la competencia del mayor con el fin de prevenir la dependencia y asegurar el envejecimiento saludable con un alto grado de calidad de vida; la extensión y la mejora de las medidas de rehabilitación para permitir una vida independiente; y solucionar el problema de la dependencia y la fragilidad y los problemas del cuidado.

No debemos olvidar que los sistemas de protección social y sanitaria acogerán no sólo a los mayores españoles, sino también a otros ciudadanos extranjeros que deciden residir en España. Estos ciudadanos, como el resto de personas mayores, experimentan diversos problemas y enfermedades asociadas al envejecimiento y necesitan la misma atención social y sanitaria. Por tanto, nos encontramos con una situación compleja en relación a los diferentes servicios de atención a este grupo de población, siendo fundamental promover la prevención para disminuir la dependencia de las personas mayores todo lo que sea posible.

Debido al aumento del número de personas mayores en la sociedad actual y al elevado coste personal, económico, social y familiar asociado al deterioro cognitivo y a la dependencia que produce es fundamental identificar los factores que puedan ayudar a reducir o, incluso, invertir el deterioro cognitivo (Ballesteros, 2007). Desarrollar técnicas o intervenciones que mejoren la cognición o limiten el declive con la edad es de una importancia social crítica, puesto que estas técnicas mantendrán la independencia de los ciudadanos mayores y, además, minimizarán los costes tanto de las familias como de los gobiernos que resultan del incremento de las necesidades de cuidado asociado a

la fragilidad cognitiva (Park, *et al.*, 2007; Wilson, 2007). El desarrollo de este tipo de técnicas e intervenciones desde distintos campos de investigación médica, psicológica, social, etc., es de una importancia fundamental a corto, medio y largo plazo dada la evolución poblacional que estamos experimentando en los últimos años y que continuará en un futuro próximo.

Por todos estos motivos, a través de las administraciones estatales y autonómicas se han desarrollado programas y servicios comunitarios de atención a personas mayores. Como señalan Sancho y Rodríguez (1999), a partir del artículo 50 de la Constitución Española de 1978 se implantaron políticas de atención a los mayores, siendo el Estado Español el encargado de garantizar el bienestar de estos ciudadanos y redactando leyes que regulan servicios sociales para su atención en las 17 comunidades autónomas. En 1990 el Estado elaboró el Plan Gerontológico que incluye servicios sociales institucionales (residencias), servicios sociales intermedios (estancias diurnas/centros de día, estancias temporales, sistemas alternativos de alojamiento, etc.) y servicios sociales comunitarios (centros de servicios sociales, hogares, clubes, servicio de atención domiciliaria, teleasistencia, adecuación de viviendas con un entorno accesible, etc.). Asimismo, durante los últimos años el sector privado ha ido desarrollando distintas alternativas de atención para este grupo de población a través de la creación de residencias, centros de día, servicios de ayuda a domicilio, alternativas de ocio, etc. El trabajo dentro de cada uno de estos servicios, tanto públicos como privados, exige desarrollar distintos programas especializados de atención por parte de los distintos profesionales para trabajar con mayores que pueden presentar o no diversas patologías.

Las instituciones públicas defienden los beneficios sociales y económicos del desarrollo de los distintos programas de prevención realizados en los servicios de atención a las personas mayores por distintos tipos de profesionales. A nivel económico, es beneficioso para la sociedad que las personas mayores presenten buenas condiciones de salud, con el fin de mantener su autonomía funcional y la independencia farmacológica y asistencial durante el mayor tiempo posible. Así, una de las necesidades más reclamadas por la sociedad y por la comunidad científica consiste en proporcionar atención neuropsicológica para personas jubiladas, de cara a prevenir la aparición de situaciones de dependencia (Díaz *et al.*, 2006). Como señalan Díaz *et al.* (2006), uno de los retos que presenta la sociedad actual consiste en atender al proceso de envejecimiento de la población en todos sus aspectos, uno de los cuales es el mantenimiento de la calidad de vida de las personas mayores. Por eso, además de

desarrollar intervenciones para abordar el deterioro, como es habitual, es necesario también promover un envejecimiento activo y saludable en personas sin deterioro, siendo de gran importancia lograr que esta población se mantenga activa intelectualmente, porque esto dará lugar a una mayor intervención social y a un mejor funcionamiento en la vida diaria. Otra justificación para el desarrollo de programas preventivos en personas mayores deriva de la posibilidad de regeneración de algunos circuitos neuronales que se habían deteriorado, tal y como se ha observado en personas con enfermedad de Huntington u otras enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer, Parkinson, esclerosis lateral amiotrófica, etc. (Leegwater-Kim y Yang-Ho, 2004).

En la actualidad existe una gran cantidad de intervenciones no farmacológicas que han sido desarrolladas desde diferentes campos profesionales y que pretenden reducir las consecuencias del deterioro cognitivo y los problemas conductuales que presentan las personas mayores con demencia. Estas intervenciones se centran en el funcionamiento cognitivo y afectivo, en la calidad de vida, en las actividades de la vida diaria, etc. Según Yanguas (2007), son intervenciones que presentan una serie de ventajas al actuar sobre los distintos problemas de comportamiento: a) intentan determinar los aspectos psicosociales o ambientales que subyacen al comportamiento problemático, b) no presentan efectos secundarios como los tratamientos farmacológicos, y c) no ocultan los síntomas ocasionados por la problemática del sujeto y que facilitan la intervención.

Así, en los últimos años en el campo de la investigación psicogeriátrica ha tenido lugar la aparición de múltiples técnicas y modelos de intervención que pretenden mejorar la calidad de vida de las personas mayores, prevenir el deterioro cognitivo asociado al envejecimiento y, como consecuencia, reducir la posible dependencia (Cullell y Vendrell, 2008). Tal y como expone Fernández-Ballesteros (2006) podríamos establecer cuatro “dominios” para desarrollar intervenciones orientadas a fomentar el envejecimiento activo: a) estilos de vida y funcionamiento físico, b) funcionamiento cognitivo, c) funcionamiento afectivo y afrontamiento, y d) funcionamiento social y participación. En esta investigación intervendremos sobre el funcionamiento cognitivo y físico, de manera que es probable que también se produzcan cambios en el funcionamiento afectivo y social.

Teniendo en cuenta todo lo que hemos señalado anteriormente, y sin dejar de lado la intervención en personas con deterioro, consideramos necesario intervenir en

sujetos normales, tal como señalan Sáiz *et al.* (1998), con el fin de prevenir el desarrollo de alteraciones cognitivas posteriores que supongan un deterioro en la calidad de vida de este grupo de población.

Para llevar a cabo nuestra investigación elaboraremos un programa genérico y psicoeducativo compuesto de cuatro estrategias utilizadas de manera combinada: orientación a la realidad, entrenamiento cognitivo de la memoria, entrenamiento cognitivo de la atención y entrenamiento de la psicomotricidad. Estas estrategias han demostrado su eficacia aplicadas de forma aislada, pero en nuestra investigación pretendemos incrementar su eficacia al aplicarlas de forma combinada.

No se trata de un programa propiamente clínico sobre trastornos concretos, puesto que intervenimos sobre población normal. Es un programa psicoeducativo debido a que los participantes son colaboradores activos de su propia intervención, recibiendo una explicación y un entrenamiento en cada una de las técnicas empleadas y realizando tareas intersesiones que faciliten su aprendizaje.

Antes de describir nuestro procedimiento de intervención de forma pormenorizada, expondremos las distintas alternativas de tratamiento planteadas hasta ahora en diferentes estudios de investigación en el capítulo 3.