

Resumen

El envejecimiento de la población es un hecho incuestionable, tal y como se recoge en el capítulo 1. Este proceso de envejecimiento de la población tiene diversidad de implicaciones personales, sociales, económicas, sanitarias, etc. Algunas de ellas vinculadas a promover los recursos necesarios para manejar el aumento de patologías asociadas a la edad, y otras más “positivas y previsoras” dirigidas a promover habilidades y recursos que facilitan un envejecimiento saludable y satisfactorio o un envejecimiento activo (OMS, 2002). Debido a esta situación, la psicogerontología se ha convertido en un campo aplicado de gran relevancia para poder contribuir al bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos (Albarracín y Berdullas, 2007).

Como señalan Izal y Montorio (2000), 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. No se trata de aumentar la esperanza de vida a base de cuidados médicos pero con una baja calidad de vida, sino de incrementar esta esperanza de vida, disminuyendo el tiempo que el anciano pase en situación de enfermedad. Debemos tener en cuenta que para las personas mayores es muy importante continuar siendo activas física, social y mentalmente, al igual que participar en 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, 2000; Martínez, 2002).

Actualmente se puede encontrar una amplia gama de intervenciones no farmacológicas desarrolladas desde distintos campos profesionales dirigidas a disminuir el impacto del deterioro cognitivo y aliviar los problemas conductuales de los pacientes 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. Las ventajas que ofrecen estas intervenciones en el tratamiento de problemas de comportamiento son las siguientes: a) tratan de hallar aquellos factores psicosociales o ambientales que subyacen al comportamiento problemático, b) no tienen efectos secundarios como los fármacos ni problemas de dosis elevadas, y c) no enmascaran los síntomas que en ocasiones son la única vía de comunicación del paciente (Yanguas, 2007).

Así, en los últimos años se ha producido en el campo de la investigación psicogeriátrica una proliferación de diferentes técnicas y modelos de intervención basados en el mismo objetivo: mejorar la calidad de vida de las personas mayores, prevenir el deterioro cognitivo característico del envejecimiento y, como consecuencia, disminuir la posible dependencia (Cullell y Vendrell, 2008). Tal y como expone Fernández-Ballesteros (2006) se podrían clasificar en cuatro los “dominios” sobre los que intervenir en el nivel de la “persona” en la promoción de un 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, Baqués y Sáiz (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 elaboramos 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.

A pesar de que dichas intervenciones se vienen aplicando desde hace tiempo, no existen muchos estudios acerca de la eficacia de los programas de intervención (Francés Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003). A esto hay que añadir que la mayoría de estudios utilizan una muestra de sujetos muy reducida, normalmente menos de ocho sujetos (Arkin, 2000; Bäckman, Josephsson, Herlitz, Stigsdotter, y Vitanen, 1991;

Camp, Foss, O'Hanlon y Stevens, 1996; Clare *et al.*, 2000; Hoffmann *et al.*, 1996; Kixmiller, 2002; Mckitrick *et al.*, 1992;) o incluso algunos son diseños de caso único (Clare, Wilson y Carter, 2000; Hanley y Lustik, 1984), lo que puede afectar a la potencia estadística. Otro aspecto que hemos de resaltar en los programas revisados es que, usualmente, el tiempo de aplicación del programa es muy limitado, constando en algunos casos de tan sólo una sesión de entrenamiento (Herlitz, Adolfosson y Bäckman, 1991; Lipinska y Bäckman, 1997). En todas las investigaciones analizadas los programas de intervención se realizan en periodos de tiempo muy cortos, utilizando la mayoría de los estudios menos de dos meses, siendo la duración máxima de tres meses en casos muy puntuales (Clare *et al.*, 2000), por lo que, por otro lado, resulta complicado demostrar la eficacia del programa aplicado a largo plazo, puesto que pocos estudios establecen medidas de seguimiento (Payne y Marcus, 2008). Además, la mayor parte de estos estudios no miden los efectos de la intervención en las distintas capacidades cognitivas, ni el impacto de la intervención en las actividades de la vida diaria (Herlitz *et al.*, 1991; Lipinska y Bäckman, 1997; Sandman, 1993). Otro aspecto sorprendente es que pocos estudios han utilizado escalas estandarizadas (Breuil, De Retrou, Forette, Tortrat, Ganancia-Ganem *et al.*, 1994; Quayhagen y Quayhagen, 1989; Quayhagen, Quayhagen, Corbeil, Roth y Rodgers, 1995) lo que dificulta la validación de los resultados en otros laboratorios o equipos de trabajo.

En nuestra investigación hemos pretendido subsanar estas limitaciones utilizando una muestra de sujetos más amplia de lo usual (cuarenta y cinco sujetos), estableciendo un mayor número de sesiones (ocho para cada técnica entrenada) para mejorar la eficacia (Pinquart, Duberstein y Lyness, 2007), y una mayor duración de la intervención (dos meses de tratamiento y seis más de seguimiento), tomando medidas de distintas capacidades cognitivas y del estado de ánimo mediante tests estandarizados, estableciendo distintos tipos de tareas de entrenamiento (orientación a la realidad, memoria, atención y psicomotricidad) y con un único terapeuta para desarrollar todas las intervenciones. Además, esta investigación se ha llevado a cabo con sujetos sanos, puesto que existen pocas investigaciones al respecto y consideramos importante establecer programas preventivos en sujetos sanos de este grupo de edad, como señalan Sáiz *et al.* (1998). Además, hemos evaluado los efectos de la intervención utilizando heteroevaluadores.

Como hemos señalado anteriormente, las técnicas que utilizamos en nuestra intervención han demostrado su eficacia en la mejora de los procesos cognitivos y en el

aumento de la calidad de vida de las personas mayores, de manera que esperábamos obtener el mismo resultado en nuestro estudio y, como efecto colateral de esta intervención, también esperábamos observar una mejora del estado de ánimo de los participantes en las medidas de ansiedad y depresión, ya que estas variables pueden verse modificadas por las mejoras en la capacidad cognitiva, por la estructuración del tiempo y por el formato de intervención en grupo, que facilita la interacción social entre los participantes, actuando como grupo de apoyo y mejorando la conducta de afrontamiento en situaciones generadoras de estrés. Nuestro programa se compone de cuatro estrategias utilizadas de manera combinada, ya que al centrarnos en personas sanas, que mantienen intactas las capacidades cognitivas, la intervención debe orientarse a los procesos o funciones principales que al ser entrenadas pueden prevenir la aparición de alteraciones cognitivas. Consideramos que la agrupación de distintas técnicas de intervención en un único paquete integrado puede influir en la consecución de resultados positivos tanto en la capacidad cognitiva como en el estado de ánimo de los participantes, ya que se han encontrado resultados beneficiosos de la combinación de intervenciones en investigaciones previas (Breuil, *et al.*, 1994; Díaz, Martín y Peraite, 2006; Doménech, 2004; Ermini-Füingschilling, Hendrikson, Meier, Regard y Stähelin, 1998; Franco y Bueno, 2002; Montejo, Montenegro, Reinoso, De Andrés y Claver, 2001; Modinos, 2006; Requena, 1998; Soler, 2006; Tárraga, 1991, 1994, 1998, 2000; Wilson, Mendes de Leon, Barnes, Schneider, Bienias, Evans *et al.*, 2002). Debemos tener en cuenta que la consecución de dichos efectos colaterales es beneficiosa y puede resultar interesante dado que prevenir y tratar la depresión en mayores es muy importante porque este trastorno puede incrementar síntomas de otras condiciones comórbidas, incapacidad física y psíquica, utilización de cuidados de salud, así como una mayor mortalidad por suicidio y enfermedades cardíacas (Steinman, Frederick, Prohaska, Satariano, Dornberg-Lee, *et al.*, 2007). Sin embargo, no existen investigaciones suficientes sobre este tema, y menos en sujetos sanos, para establecer conclusiones definitivas sobre la eficacia de los programas combinados de intervención, razón por la cual planteamos esta idea en nuestro estudio.

Además, contamos en nuestra investigación con la colaboración de varios heteroevaluadores (auxiliares de la propia residencia que atienden a los participantes en la investigación), previamente entrenados en el proceso de evaluación, que valoraron la calidad de vida y el estado de ánimo de cada uno de los participantes en este estudio. Esto supone una novedad con respecto a las investigaciones señaladas previamente, ya

que muy rara vez se emplean heteroevaluadores en estos estudios (Cervilla, Rodríguez, Hoyos, Minué y González, 2002; Doménech, 2004; Francés *et al.*, 2003; Iglesias, 2007; Peláez y Fernández, 1999).

Por otro lado, comparamos la eficacia de las técnicas utilizadas en el grupo de intervención/tratamiento con un grupo de control (de lista de espera), lo que nos permite comprobar la eficacia de la intervención frente a la ausencia de tratamiento.

Por lo tanto, el objetivo de la investigación fue evaluar la eficacia combinada de distintos procedimientos de intervención (orientación a la realidad, entrenamiento cognitivo de la memoria, entrenamiento cognitivo de la atención, y entrenamiento en psicomotricidad) para actuar sobre las siguientes variables dependientes: orientación temporal y espacial, memoria inmediata y diferida, concentración y praxia constructiva-gráfica, utilizando como medida el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo, Ezquerro, Burgada, Sala y Seva, 1979); la Escala de Depresión Geriátrica (GDS; Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang *et al.*, 1983); la Escala de Ansiedad y Depresión en Hospital (HAD; Zigmond y Snaith, 1983); y las variables salud subjetiva, salud psíquica, satisfacción con la vida y calidad de vida del Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007).

Los resultados muestran que el programa de entrenamiento implementado ha mostrado su eficacia para mejorar distintas variables relacionadas con calidad de vida, estado de ánimo y funciones cognitivas, manteniéndose las mejoras en los seguimientos realizados a los tres y seis meses de haber finalizado el tratamiento y coincidiendo las puntuaciones de autoevaluación con las de heteroevaluación.

La primera hipótesis planteada al comienzo del trabajo, que señalaba que aparecerían diferencias estadísticamente significativas entre el pre-test y el post-test en el grupo de intervención y que dichas mejoras permanecerían, si bien disminuidas, en los dos seguimientos, se cumple para las variables orientación temporal, concentración, memoria diferida y puntuación total del MEC, todas las variables analizadas del CUBRECAVI, la GDS y la HAD, mostrando una mejoría en el grupo de intervención.

La segunda hipótesis, la cual planteaba que en el grupo de control no se encontrarían diferencias estadísticamente significativas entre los distintos momentos de medida (pre-test, post-test y los dos seguimientos) de las variables dependientes, se cumple únicamente para las variables memoria inmediata, memoria diferida y praxia constructiva-gráfica del MEC. En el resto de variables se observan diferencias

estadísticamente significativas en entre los distintos momentos de medida, produciéndose un empeoramiento del grupo control.

La tercera hipótesis planteaba que se observarían diferencias estadísticamente significativas en el post-test y en ambos seguimientos entre el grupo de intervención y el grupo control en las distintas variables dependientes, experimentando el grupo de intervención una mejoría en todas las variables, mientras el grupo control se mantenía sin cambios. Esta hipótesis se cumple totalmente para las variables salud psíquica, satisfacción con la vida y calidad de vida del CUBRECAVI, las subescalas de ansiedad y depresión de la HAD, la GDS y las variables orientación temporal, orientación espacial, memoria diferida, así como la puntuación total del MEC, puesto que en estas variables se aprecian diferencias estadísticamente significativas en el post-test y en ambos seguimientos entre el grupo de intervención y el grupo control, observándose una mejoría del grupo de intervención.

En nuestra investigación hemos incidido específicamente en el área cognitiva a través de un entrenamiento que combina varias técnicas de intervención, obteniendo resultados positivos en el post-test y en ambos seguimientos en las distintas variables cognitivas entrenadas. La obtención de estos resultados y el mantenimiento de los mismos a los seis meses de haber finalizado la intervención tiene una gran importancia a la hora de demostrar la eficacia del programa aplicado a largo plazo. Además, se han obtenido importantes efectos colaterales en variables relacionadas con la calidad de vida y el estado de ánimo. La obtención de estos efectos a partir de la intervención es, como ya hemos dicho, de gran interés porque al mejorar la calidad de vida y el estado de ánimo pueden reducirse ciertos síntomas físicos asociados a algunas enfermedades.

Los resultados obtenidos por el grupo control parecen reflejar el hecho de que el nivel cognitivo disminuye con la edad, incluso en períodos cortos de tiempo. Según esto, probablemente, nuestro tratamiento, además de mejorar las puntuaciones del grupo de intervención, también impidió que decayesen, como se observó en el grupo control, pudiendo la intervención amortiguar o compensar el deterioro asociado a la edad en el grupo de intervención. De este modo, nuestra intervención, centrada en la combinación de varias técnicas, parece bloquear o retrasar este deterioro cognitivo asociado a la edad y, además, produce efectos colaterales en el estado de ánimo y en la calidad de vida de los participantes.

Dada la importancia de la intervención en personas mayores sin problemas, de cara a prevenir el desarrollo de alteraciones cognitivas posteriores que supongan un

deterioro en su calidad de vida, y observando los beneficios de dicha intervención, consideramos conveniente que en futuras investigaciones se amplíe el número de sujetos de la muestra, el número de sesiones de intervención, la duración del seguimiento y se desarrollen estudios en diferentes momentos del año, así como estudios de desmantelamiento y estudios multicentro.