

INTERVENCIONES PSICOSOCIALES Y COMPORTAMENTALES CON PERSONAS MAYORES EN RECURSOS SOCIO SANITARIOS

Francisco Javier Leturia Arrazola. Matia Fundazioa.

José Javier Yanguas Lezaun. Matia Fundazioa.

1. Introducción

Las personas mayores que viven en contextos residenciales son un colectivo que, aunque heterogéneo, presenta cada vez más claramente unas características fundamentales que se agrupan en torno a las situaciones de dependencia, esto es a la necesidad de apoyo de terceras personas para desenvolverse en la vida cotidiana, y de fragilidad, frágil equilibrio en cuanto a salud y autonomía, polimorbilidad, etc. A la vez el propio medio presenta una serie de características propias de tipo estructural y organizacional relacionadas con el concepto de institucionalización, esto es, el riesgo de que los centros tengan poca relación con el exterior, de que todas las actividades de la vida diaria se realicen en el mismo lugar, la ausencia de toma de decisiones por parte de los usuarios, etc., que son muy relevantes para la calidad de atención y de vida de los usuarios.

La gerontología conductual como disciplina que estudia la aplicación de los principios de la psicología científica a la solución de problemas de la vejez (Montorio, 1995), casos de interés preferente no solo para la intervención individual, sino también en la planificación, organización, en la implementación de planes de intervención y en la evaluación de programas (Yanguas, Leturia, 1995 a y 1995b), o de manera más específica en la optimización de los procesos de adaptación en residencias, manejo de trastornos de comportamiento de alta prevalencia en estos centros etc.

Si bien los centros residenciales han tenido durante mucho tiempo connotaciones de tipo asilar, estando destinados a personas sin apoyo social ni recursos económicos y, por tanto, de carácter caritativo, con la mejora de los servicios sociales se les dotó de una concepción hostelera centrada especialmente en los servicios de alojamiento y manutención. Posteriormente, con el aumento de la

edad media de los residentes, la polimorbilidad y el aumento de la dependencia de esta población han cobrado fuerza opciones más asistenciales.

Actualmente estos centros de atención residencial se deben entender como centros polivalentes de carácter sociosanitario con modelos de intervención psicosocial (Yanguas, Leturia, 1995 a y 1995 b; Leturia, Yanguas, 1997) siendo los aspectos mencionados anteriormente una parte de la planificación general de atención e intervención a las personas mayores atendidas en centros de estas características.

Este modelo y plan de intervención se basa en el carácter interdisciplinar (Leturia, Leturia, Yanguas, 1998) y de complementariedad entre las diferentes disciplinas implicadas. En los equipos de trabajo el modelo psicosocial se complementa con las aportaciones que la gerontología conductual ofrece para el diseño ambiental, a la atención y tratamientos etc. con una población que presenta una alta prevalencia de situaciones de dependencia, patología neurológica y psiquiátrica, déficits sensoriales, etc.

2. Intervención comportamental en la salud de los residentes

La salud entendida desde una perspectiva integral de lo fisiológico, psicológico y social, y desde el cambio que se da con el paso de los años, con una prevalencia de trastornos y enfermedades crónicas mayor, constituye una de las preocupaciones más importantes de los mayores. Este interés y/o preocupación aumenta en contextos residenciales en los que la problemática sanitaria es mayor y en los que la diversidad de intereses, motivaciones etc., puede estar reducida.

Los estilos de vida, los comportamientos relacionados con la salud tienen un efecto importante tanto en la longevidad como en el mismo estado de salud y en la percepción de la misma (Belsky, 1996).

La psicología de la salud centrada en la intervención en los comportamientos relacionados con esta y la medicina comportamental, como uso clínico de técnicas del análisis experimental de la conducta para la evaluación, prevención, control o tratamiento de las enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas, así como de la conducta asociada a esos trastornos y a los problemas del cuidado de la salud (Ver capítulos 4 y 5 de este libro)(Pomerlau y Brady, 1979) han supuesto un avance importante en la atención y tratamiento de las personas mayores en residencias aun cuando todavía sea una práctica poco extendida.

Los patrones de comportamiento pueden afectar a la salud y la longevidad más que las condiciones ambientales o los factores genéticos, así los estilos de vida y hábitos de comportamiento como el consumo de tabaco o alcohol, o la polimedición van a influir en la morbilidad y mortalidad de los mayores, (Wisocki, 1984; Duran y Torrado, 1994) Esta circunstancia se agrava si cabe en los contextos residenciales en los que el propio ingreso viene determinado generalmente por el estado de salud, siendo este un buen predictor del ingreso (Lawton, 1985).

La intervención en este campo se centra en la modificación de respuestas manifiestas o fisiológicas que constituyen en sí un problema, la modificación de las habilidades necesarias para observar o seguir un tratamiento (adherencia al tratamiento) entrenamiento en observación de instrucciones para el residente y entrenamiento al personal para dar instrucciones adecuadas, por ejemplo a los depresivos en el reconocimiento de los primeros síntomas para que acuda a terapeuta o siga unas instrucciones precisas, la prevención de recaídas en alcoholismo, etc. y la modificación de conductas o respuestas que constituyen un factor de riesgo para la salud como el consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, la automedicación etc.

Aplicaciones clínicas de la psicología de la salud en un centro residencial

APLICACIONES CLÍNICAS DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN UN CENTRO RESIDENCIAL	
PREVENCIÓN PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en la percepción sociocognitiva respecto a la salud de los mayores y en concreto sobre los mitos existentes en este terreno que pueden afectar negativamente en las actitudes hacia uno mismo y su salud y el afrontamiento de los posibles problemas que puedan aparecer en este campo. • Programas de intervención en educación para la salud, desde una perspectiva de la competencia basada en los criterios de vejez exitosa (Baltes, 1990). Pueden tener un efecto positivo en aquellos mayores en residencias con el fin de que adopten una actitud y comportamientos positivos hacia su salud logrando un compromiso que en ocasiones no se ha promocionado lo suficiente por los efectos negativos de la institucionalización que han podido generar dependencia y abandono de hábitos saludables que se mantenían en el medio comunitario.
	<ul style="list-style-type: none"> • Observación, valoración y análisis funcional de los comportamientos

PREVENCIÓN SECUNDARIA	<p>relacionados con la salud, desde una perspectiva de valoración integral e interdisciplinar, así como una detección precoz y diagnóstico diferencial de los problemas comportamentales en los cuadros de tipo físico o fisiológico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en aquellas técnicas que dotan a las personas mayores de recursos para afrontar adecuadamente la mayor probabilidad de aparición de problemática de salud en esta etapa vital, como por ejemplo el entrenamiento en relajación para reducir el estrés, la información y visitas previas al ingreso para afrontarlo mejor y lograr una adecuada adaptación, las técnicas de resolución de problemas, etc.
PREVENCIÓN Terciaria	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de efectos iatrogénicos o secundarios de los tratamientos así como de efectos colaterales de las propias patologías, teniendo especial relevancia el control de los efectos no deseados de los psicofármacos, con el ejemplo paradigmático de los neurolépticos.

Es importante desarrollar la investigación sobre los efectos de la enfermedad y de la discapacidad en el comportamiento de la persona mayor en contextos residenciales, así como en la capacidad de afrontamiento de las enfermedades crónicas, cáncer etc. y los comportamientos de salud del residente en medio residencial.

El incremento de la sensación de autonomía y control, por ejemplo, tal y como la analizaron Rodin y Langer (1977) en una residencia, supone efectos positivos importantes en bienestar, actividad, compromiso etc., e incluso en la longevidad. Entrenando a los residentes para afrontar más activamente su entorno, Rodin (1986) logró reducción en niveles de estrés, reducción en niveles de corticoesteroides, y mejoras significativas en la salud.

Además de lo anterior podríamos señalar la importancia de los programas de intervención comportamental en equipos interdisciplinares en los siguientes cuadros: hipertensión arterial esencial (HTA) y trastornos cardiovasculares, la modificación de la personalidad tipo A, diabetes, rehabilitación y tratamiento de las secuelas cognitivas, conductuales y psicosociales tras ACVA (McCaffrey y Fisher, 1990; Benton, 1968; Halberstam y cols. 1971; Duran M. y Torrado, 1994), tratamiento del dolor (Sturgis; Dolce y Dickinson, 1990; Middaugh y cols. 1988; Duran y Torrado, 1994); control de síntomas en cuidados paliativos (Astudillo et al. 1995); abuso de sustancias tóxicas y medicamentos; programas de ejercicio físico, de prevención de caídas; rehabilitación neuropsicológica, apoyo a la rehabilitación física (Montorio, 1995); preparación ante intervenciones quirúrgicas etc.

Por ejemplo en los trastornos del sueño se procede a través del tratamiento de los factores asociados como el estrés, la ansiedad, los posibles efectos secundarios de la medicación, psicopatología subyacente, factores ambientales, e inactividad así como del propio proceso del sueño (Wessler, Rubin y Sollberger, 1976). El tratamiento no farmacológico consistiría en la información sobre higiene del sueño, el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, instrucciones sobre control de estímulos, la formación en habilidades de afrontamiento de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en HHSS en los casos en que aparecen estos problemas como origen o coadyuvantes (Bootzin, y Engle-Friedman, 1990; Buela Casal, 1992)

3. Aplicación de las técnicas de modificación de conducta a la capacidad funcional y a las actividades de la vida diaria:

Las *actividades de la vida diaria (AVD)* hacen referencia a las habilidades de cuidado personal y relación con el entorno más inmediato, siendo de especial importancia para la salud y el bienestar de los mayores (Fillenbaum, 1984), especialmente en los contextos residenciales debido a la elevada frecuencia de problemas de dependencia.

Diferentes estudios (Baltes y Zerbe, 1976; Baltes, Burgess, y Stewart, 1980; Baltes y Werner-Whal, 1990) demuestran efectos negativos de la sobreprotección y consecuente privación que se da en algunos centros residenciales, así como la influencia del comportamiento de los cuidadores y entorno que presta apoyo social inmediato y consistente a la conducta de dependencia del autocuidado, complementándose además con el refuerzo negativo al evitarse así las posibles consecuencias de su realización independiente (dolor, fatiga, etc.) Así se puede estar reforzando conductas dependientes, sin que esto signifique la existencia de una falta de competencia real del residente. Además las conductas independientes raramente son seguidas de refuerzo por el entorno social, manteniéndose no obstante una frecuencia de ocurrencia relativamente elevada por estar reguladas por encadenamiento, autocontrol y autorefuerzo no ligados al refuerzo externo. Este modelo operante ha servido a los autores para afirmar que el entorno institucional no sería un entorno de incapacidad prevalente, sino un mundo en el que las distintas conductas, especialmente las dependientes, sirven para afianzar contingencias como por ejemplo el contacto social.

La metodología del análisis funcional permite analizar y comprender los comportamientos de los sujetos desde una perspectiva de la competencia y desde la idea de plasticidad y capacidad de

aprendizaje de estas personas mayores (Baltes, 1990). En este análisis funcional debemos considerar la importancia de las variables organísmicas del tipo déficits sensoriales y cognitivos, así como el repertorio de respuestas disponible.

Así podemos acercarnos a *los déficits conductuales* en AVD debiendo determinar si se dan por una falta de habilidades o capacidades para implementar las conductas objeto de estudio o, si más bien, existiendo estas habilidades o respuestas en el repertorio conductual del sujeto, no se implementan por falta de estímulos discriminativos y reforzantes de esa respuesta. Las *técnicas* a aplicar difieren según sea esta realidad, teniendo que implementar programas específicos en cada caso. En el primer caso se trabajará para compensar las discapacidades y entrenar habilidades nuevas, así como establecer los medios necesarios a nivel estimular para esa compensación, a través de ayudas físicas, como antideslizantes, barras, mejora de la accesibilidad etc., mientras que en el segundo caso será necesario disponer los estímulos discriminativos y reforzantes que estimulen la aparición de la respuesta deseada, a través del ensayo y refuerzo, incitadores, moldeado, refuerzo social y tiempo fuera, retirada del refuerzo social ante respuestas inadecuadas que disminuyan los riesgos que puedan inhibir su implementación, y tras la misma se refuerce de manera contingente.

Si nos centramos en las actividades de la vida diaria (AVD) básicas, las técnicas más implementadas en relación a *las conductas alimentarias* son, cuando la habilidad esta presente pero no se implementa: los incitadores verbales, las instrucciones, el moldeado, así como el control de estímulos y el refuerzo positivo de los acercamientos a la conducta deseada. Risley y Edwards (1978) lograron una mejora en autonomía en la conducta alimentaria combinando incitación, ayuda física para sucesivas aproximaciones junto con refuerzo positivo en forma de alabanza y comida de manera contingente. Geiger y Johnson (1974) refieren mejoría en las conductas de alimentación del 12 al 84% utilizando refuerzo positivo.

Antes de implementar estos programas se debe realizar una correcta valoración sobre la existencia o no determinantes físicos tipo artritis, déficits sensoriales, temblor, etc.

En algunos casos, aquellos en que no existe la habilidad, el programa debe empezar con una guía manual, sujetando la mano del residente alrededor del cubierto hasta acercar la comida a la boca, reduciendo posteriormente la cantidad de ayuda, sujetando progresivamente del codo, del hombro, etc. y reforzando positivamente los progresivos acercamientos a la conducta deseada (Carstensen y Fisher, 1991).

En los casos en que el problema no es un déficit conductual sino una conducta inapropiada, como quitar comida a otros, tirarla al suelo, comer demasiado deprisa, etc. se deben utilizar técnicas como el control de estímulos y el tiempo fuera. Así, Baltés y Zerbe (1976) utilizaron control de estímulos, refuerzo inmediato y tiempo-fuera para el rechazo de la comida y para las conductas inapropiadas como arrojar comida al suelo. Hussian y Davies (1985) sugieren la conveniencia de instaurar y reforzar conductas incompatibles a la conducta problema y su utilidad en estos casos.

En cuanto a las conductas de *ambulación* este déficit conductual puede estar motivado por múltiples factores como las limitaciones físicas, influencia ambiental, falta de estímulos y refuerzo (Orzech y Lago 1983), y/o combinación de ambas. Los incitadores y estimulación discriminativa, el refuerzo social a través de la alabanza y conversación, así como el control estimular y la intervención ambiental a través de la mejora de la iluminación, eliminación de barreras y mejora de accesibilidad, disposición del mobiliario, estímulos de orientación propios de las técnicas de orientación en la realidad, y fundamentalmente el refuerzo del personal son los elementos y técnicas a implementar preferentemente para fomentar la ambulación de los residentes. Diferentes estudios realizados, (MacDonald and Butler 1974; Sach 1975) exponen el aumento en la cantidad de ambulación lograda a través de estas técnicas. Burgio et al (1986) se centraron en lograr un mayor grado de independencia al andar, con resultados igualmente positivos en la autonomía de los sujetos.

Destacar la importancia de la utilización de la desensibilización sistemática en aquellos casos en los que se da un miedo o fobia a andar y a caerse (Patterson y Jackson, (1980). El entrenamiento en técnicas y práctica en relajación, estableciendo unos pasos de situaciones de menor a mayor ansiedad en los que se ayuda a afrontar progresivamente es una de las técnicas efectivas en este problema, habitual en centros residenciales.

En relación a la higiene y vestido etc. Rinke y colaboradores(1978) restablecieron el baño autónomo en seis residentes utilizando refuerzo positivo en forma de alabanza, retroalimentación visual, y comida, con lo que lograban una mejor ejecución en las diferentes conductas a realizar en el mismo, desnudarse, mojarse, enjabonarse, secarse y vestirse. Sachs (1975) utilizó modelado y refuerzo para mejorar la higiene bucal de tres residentes. El control de estímulos sería necesario en los casos en que existe un deterioro de memoria (Hussian y Davies, 1985), cuando las instrucciones pueden no ser suficientes.

Es importante a la hora de aplicar estas técnicas seguir los siguientes pasos. La meta debe ser dividida en pequeños pasos a realizar, para maximizar el control de estímulos conviene realizar este

entrenamiento siempre a la misma hora, en el mismo lugar y con los mismos materiales ; inicialmente se debe reforzar cada paso realizado correctamente en la cadena conductual necesaria para llegar a completar la conducta meta y progresivamente se debe ir reduciendo hasta que se realice la conducta meta.

Para la *incontinencia urinaria*, es importante una adecuada valoración conductual de las causas y proceso de mantenimiento del trastorno, pudiéndose diferenciar los siguientes tipos de incontinencia : la incontinencia de urgencia, la de esfuerzo, por rebosamiento y la funcional que requerirán tratamiento diferente(Burgio y Engel 1990).

La intervención en unos casos (incontinencia de urgencia) ira encaminada a formar hábitos de evacuación regular, en otros (incontinencia de esfuerzo) se entrena en el ejercicio de los musculos pélvicos, o las causas colaterales como el estreñimiento (el 55% de los residentes con estreñimiento analizados por Van Nostrand, Zippola, Hing y colaboradores (1979) padecían incontinencia), o cuando la causa es psicógena puede tenerse en cuenta la utilidad del placebo. La incontinencia funcional resultante de la incapacidad o negligencia para utilizar el retrete de forma adecuada puede venir determinada por déficits de movilidad, del estado mental, de la motivación o por barreras ambientales. Ouslander y cols.(1982) describen esta situación en un estudio en el que un 85% de los 290 residentes analizados tenían graves dificultades para moverse permaneciendo en silla o encamados. Puede darse la situación en la que, aún reconociendo la sensación de plenitud vesical las personas sean incapaces de posponer la micción hasta que se les atienda. El resultado dependerá por tanto de las habilidades de aseo, y de la disponibilidad de personal para una ayuda regular, y para responder a las demandas des sujeto.

Los mismos autores encontraron relación importante del deterioro cognitivo evaluado con el SPMSQ de Pfeiffer con la incontinencia , incluso entre la gravedad del deterioro y el grado de la misma.

Uno de los métodos más frecuentemente utilizados son los horarios de evacuación temporal para la formación del hábito. Se establece así una rutina para evacuar cada 2 o 4 horas este presente o no la sensación de evacuación. Se complementa con un control riguroso de la ingesta y de la medicación. El objetivo por tanto, no es modificar la función vesical sino mantener al paciente seco. Este tratamiento puede desarrollarse con carácter individualizado ajustado a los tiempos de cada uno, alargándolos o acortándolos según evolucione el control (Clay, 1980)

Hussian (1981) estableció un programa de modificación de conducta para eliminar la incontinencia en un contexto residencial consistente en la observación de los sujetos escogidos para analizar los “accidentes” urinarios basales. Según este programa el personal debía seguir sistemáticamente una pautas de actuación tal y como se muestra en el cuadro 2.

Cuadro 2

Pautas al personal de Enfermería

PAUTAS AL PERSONAL DE ENFERMERIA
0. Por la mañana ayudar al residente a ir al WC durante los 15 minutos después de despertar. Si no orina acompañarle cada 30 minutos.
0. Ofrecer ayuda al anciano para ir al WC cada hora. Elogiarle si acepta el ofrecimiento y acompañarle de inmediato al WC.
0. Elogiar al anciano cada vez que orine, informarle si no se ha producido micción.
0. Si el residente no ha orinado pasadas 4 horas acompañarle cada 30 minutos.
0. Después de un accidente acompañarle cada 15 minutos al WC
0. Después de cada visita al WC comprobar si su ropa está mojada una hora más tarde. Elogiarle si está seca o informarle si está mojada.

(Elaborado a partir de Hussian, 1981)

Es importante seguir estrictamente el programa para lograr su eficacia. El grado de éxito fue importante.

El reentrenamiento vesical, a diferencia de la formación de hábitos, sí busca un patrón de evacuación más normalizado (Frewer, 1980) y menos dependiente de unas pautas horarias, buscando lograr un patrón fisiológico propio.

Es importante, además, una adecuada valoración de las consecuencias de este problema que, en muchas ocasiones, limita e inhibe al sujeto para la actividad social de manera muy relevante para evitar las embarazosas situaciones que puede suponer. Especialmente importante es su impacto en la autoestima del sujeto. También puede darse la incontinencia como conducta manipulativa con el propósito de llamar la atención o como resultado de la indiferencia a las consecuencias sociales de mojar la ropa. Puede ser por otro lado que como hemos dicho en general en la dependencia, pueda suponer una mayor atención y refuerzo social que la propia continencia.

Existen programas multimodales de tratamiento en las AVD entre los que destacan el Programa Gerontológico del Florida Mental Health Institute (Patterson y cols. 1982) que se complementa con módulos de habilidades sociales, manejo de información personal y autoestima, el Programa de cuidado personal del Center for Independent Living de Nueva York (Inkster, 1977) Estos programas generalmente incluyen técnicas de instrucciones, modelado, ensayo y práctica de habilidades, feedback , moldeado y encadenamiento. Además existen otros programas centrados en el entrenamiento del personal cuidador (Fernández Ballesteros y cols., 1990).

4.Intervención con personas con deterioro cognitivo y/o demencia:

Las intervenciones de carácter psicológico con personas con deterioro cognitivo fueron esbozadas hace ya bastantes años(Miller, 1977 a, 1977 b, 1997 c; Woods y Britton, 1985). En ellas, y de una manera más general en los últimos años, se asumía implícitamente la posibilidad de intervenir y mejorar el rendimiento cognitivo de las personas mayores que lo padecían, siempre dentro de los límites que marca el declive en el funcionamiento cognitivo de estas personas dependientes(Hartman-Stein, 1998; Bromley, 1990; Carstensen, Edelstein y Dornbrand, 1996).

CUADRO 3

Supuestos básicos para el desarrollo de intervenciones con personas con deterioro cognitivo

SUPUESTOS BASICOS PARA EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES CON PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO	
<p>Importancia de las actitudes, valores y principios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actitudes como la consideración de la persona mayor con deterioro cognitivo como un adulto; tratarlo con dignidad, respeto, poder de elección e independencia, son básicas en cualquier intervention. • Debe desecharse la aplicación mecánica de técnicas, despersonaliza.
<p>Individualidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas con deterioro cognitivo son individuos únicos. • Existen grandes diferencias en el deterioro neurológico, muchos tipos y subtipos de demencia, muy diferentes estadios en el proceso de demenciación, etc.. • Existen diferencias entre las personas con deterioro cognitivo

	<p>respecto a intereses, preferencias, prioridades, estilos de vida, tipos de afrontamiento, vulnerabilidad ante contingencias ambientales, etc.</p>
<p>El aprendizaje es posible</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obviamente la adquisición de nuevo aprendizaje está disminuido en las personas con deterioro cognitivo y/o demencia, pero se pueden identificar ciertas condiciones donde éste es posible: la memoria de procesamiento y la memoria implícita pueden estar relativamente no deterioradas; el aprendizaje verbal y la retención de información cuando ésta es adecuadamente registrada puede ser relativamente normal en pacientes con demencia.
<p>Expectativas respecto a la intervención</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realismo es la palabra clave. Los cambios que es posible observar tras la intervención serán probablemente pequeños y específicos. • Las intervenciones psicológicas con personas con deterioro cognitivo, persiguen tanto el mantenimiento y la recuperación de algunas funciones cognitivas, como la intervención en otras áreas de la vida de la persona: el aumento de locus de control, de la calidad de vida, de la autoestima, etc.,

4.1. Estimulación

Este tipo de intervención proviene de la idea de que las personas con deterioro cognitivo están o bien poco estimuladas o bien reciben estímulos sensoriales poco adecuados. La reducción de estímulos sensoriales en general, puede provenir de: una disminución de la agudeza sensorial; de la existencia de un ambiente monótono donde reside la persona mayor; por el hecho de que algunas personas mayores rechazan la estimulación recortando su interacción con el ambiente, como medio de afrontamiento ante la complejización de dicho ambiente y la imposibilidad de dar respuestas adecuadas. La privación sensorial puede venir dada tanto desde la monotonía del ambiente en el que viven, como por la ausencia de una estimulación adecuada.

La psicoestimulación está considerada como una terapia psicológica, en la que a través de diversas actividades (música, estimulación del gusto, estimulación del tacto, estimulación del olfato, pintura, dibujo, uso de animales domésticos, realización de ejercicios físicos y psicomotrices, visitas de niños,

efectos visuales, aparatos de relajación como sillones que dan masajes, lectura de periódicos, etc.) se consiguen diversos efectos en las personas mayores como pueden ser: aumento de comunicación, aumento de movilidad, respuestas motoras, aumento de interacción social, disminución de conductas dependientes, disminución de conductas disruptivas, aumento del humor, etc.

Un número importante de estudios han intentado valorar los efectos de la estimulación. Por ejemplo, Norberg, Melin y Asplund(1986) evaluaron los efectos de la música, el manipular objetos con el fin de estimular los sentidos, el oler, etc. en personas con demencia. Identificaron respuestas positivas a la música, pero no a la manipulación de objetos. Igualmente (Gaebler y Hemsley, 1991) identificaron respuestas positivas hacia la música en pacientes con demencia muy avanzada y con incapacidad para la comunicación verbal; así como Lord y Garner(1993) en pacientes con demencia tipo Alzheimer.

La utilización de animales como fuente de estímulos es otra posibilidad que no debe excluirse en contextos residenciales. Algunas investigaciones(Elliot y Milne, 1993; Haughie, Milne y Elliot, 1992) han comprobado un aumento de los niveles de interacción ante la presencia de animales. Algunos aspectos conductuales, especialmente movilidad y dependencia, pueden ser mejorados a través de la utilización de animales.

Otras fuentes de estimulación puede ser las visitas previamente preparadas de niños en edad escolar(Langford, 1993). En Holanda se ha puesto en marcha un programa de estimulación llamado "Snoezelen"(contracción en lengua holandesa de las palabras olfatear y dormir). Este programa pretende el aumento de estimulación a través del uso de colores y efectos visuales, olores, así como a través de la utilización de diversos sonidos procedentes de aparatos electrodomésticos, etc. comunes en la vida de las personas. Benson(1994) realiza una evaluación positiva de este tipo de intervención sugiriendo que aumenta la relajación, disminuye síntomas de humor disfórico y agitación durante las sesiones de este tipo de intervención. De la misma manera algunos métodos de estimulación táctil han dado buenos resultados(West y Brockman, 1994).

Las experiencias realizadas en nuestro entorno invitan a la utilización de este tipo de técnicas tanto como terapia psicológicas(por ejemplo a través de sesiones estructuradas) como dentro de los planes de cuidado de módulos residenciales para personas con deterioro cognitivo y en general para cualquier equipamiento donde se pueda producir un menor efecto estimulador del ambiente o que sean ambientes que exclusivamente ofertan estímulos muy concretos y siempre del mismo tipo. En particular en los centros residenciales se recomienda, que como un objetivo más de los planes de cuidado a desarrollar de manera interdisciplinar, la estimulación también aparezca como un objetivo

clave que se establecerá de acuerdo a las características psicológicas de los individuos especialmente, pero también teniendo en cuenta sus capacidad psicofísicas y sociales. La práctica de la estimulación sensorial puede llegar a ser una buena técnica con aquellas personas con demencias severas y debe complementarse con la adecuación de todas las tareas de apoyo, higiene, movilizaciones etc. a realizar por el personal cuidador desde esta perspectiva.

El papel a desempeñar por los profesionales de las ciencias del comportamiento en centros residenciales no incluye exclusivamente la realización de este tipo de terapias, sino especialmente la formación del personal de atención directa en este tipo de técnicas, así como la inclusión de actividades estimulativas en los planes de cuidados, en la interacción con familiares, etc.

4.2.Orientación en la Realidad(OR):

Es quizá la técnica más desarrollada y evaluada(Holden y Woods, 1995; Woods, 1992). La Orientación en la Realidad(OR) es un método terapéutico para combatir la confusión, desorientación y la pérdida de memoria mediante la estimulación de los usuarios de este tipo de tratamiento sobre hechos acerca de sí mismos y su entorno.

Entre los objetivos de esta técnica destacan:

- La orientación en la realidad se realiza habitualmente en dos formatos distintos: grupos de orientación en la realidad y a través de una intervención ambiental, que se denomina OR-24horas. Reducir la ansiedad.
- Mejorar la autoestima teniendo éxito la PM en diferentes actividades, a modo de reverso del "modelo de fallo" tan típico en la demencia.
- Incrementar la moral de los cuidadores y personal en general: la OR proporciona una forma de trabajar terapéuticamente con personas que padecen demencia; esto no significa curación, sino más modestamente se presenta la OR como un medio de mejor empleo del activo remanente de la PM y quizás como un enlentecimiento del curso de deterioro.
- Mejorar la orientación y la conducta: la OR entiende que algunos de los déficits de la demencia son reversibles o pueden ser compensados por medio de un nueva aprendizaje; el propósito central de la OR es ayudar a las PM a mantener o reaprender información, habilidades y comportamientos que son útiles para ellos y asegurar lo mejor posible el continuo aprendizaje de nueva información, que es el fundamento de la orientación.
- Mejorar la calidad de vida: en contraste con las características del cuidado de custodia, se pueden poner en marcha diferentes mecanismos que aumenten la competencia de la persona y su calidad de vida

La orientación en la realidad se realiza habitualmente en dos formatos complementarios: grupos de OR y a través de intervención ambiental, lo que también se denomina formato de 24 horas:

- Grupos de OR consisten en sesiones grupales estructuradas que se realizan diariamente o varias veces a la semana de manera regular, a la misma hora y en el mismo lugar, con una duración de una hora aproximadamente y en las que se trabajan contenidos estructurados de orientación. Se utilizan una variada gama de actividades y materiales para orientar a la persona en el tiempo y espacio y en su ambiente, así como para estimular cognitivamente trabajando áreas como la memoria, orientación, lenguaje, incluso psicomotricidad fina etc.
- La OR-24 horas se trabaja a través de cambios ambientales, con indicadores visuales, utilización de noticias, ayudas mnemotécnicas, etc. Además de la continua interacción comunicacional con el personal. En la forma original el grupo de personal ofrecía constantemente información orientadora en cada una de las interacciones con los residentes. Recientemente se ha modificado la relación entre personal y persona mayor, entrenándose a aquel para tener una posición más reactiva e interaccionando únicamente a petición o solicitud del mayor.

Actividades y objetivos en Orientación en la Realidad

<i>Actividades</i>	<i>Objetivos</i>
Saludo y presentación	Inicio sesión
Orientación temporal espacial y personal	Orientación a través de información de la fecha, lugar, sala..., de los miembros del grupo presentes, de los que faltan etc.
Actividad lúdica	Mejora de la psicomotricidad, lenguaje-expresión, comprensión, comunicación., memoria, utilización de los sentidos etc.
Repaso de información básica	Mediante información relevante facilitar que la memoricen, retengan etc.,
Despedida	Creación de rutinas

El formato grupal de la OR se trabaja en grupos según niveles de deterioro cognitivo, nivel de comunicación y e autonomía funcional. En el cuadro 7 pueden revisarse los estímulos y tareas que se utilizan en grupos de nivel básico y avanzado.

Actividades en los diferentes niveles de la orientación en la realidad

GRUPO BASICO	GRUPO ESTANDAR Y AVANZADO
<ul style="list-style-type: none"> • Presentaciones: estrechase la mano, letras grandes,... • Mapas-calendarios grandes. • Cuadernos personales; sirven de registro al que referirse como orientación. • Tarjetas grandes para apuntar información relevante; día, cumpleaños,... • Flores y objetos de temporada. • Comidas, bebidas; probar, degustar. • Collages, selección de fotografías. • Tarjetas ilustradas. 	<ul style="list-style-type: none"> • “Entones y ahora”; fotografías personales, libros temáticos,... • Periódicos viejos y actuales: acontecimientos importantes. • Recetas culinarias: platos tradicionales, ingredientes. • Moda. • Medios de transporte. • Arte, pintura, dibujo,... • Monedas: valores actuales,... • Fiestas señaladas, testimonios gráficos. • Pueblos, montañas,... • Religión, deportes, artistas... • Tacto: caliente-frío, suave-duro, seco-húmedo,... • Acontecimientos nacionales e internacionales • Juegos de palabras, números, imágenes, crear o rellenar palabras,... • Juegos de cartas, puzzles. • Escenificaciones, debates,...

En general existen una serie de pautas generales para guiar las sesiones de orientación en la realidad, que se sintetizan en el cuadro 8.

0. Las sesiones se deben de realizar en lugares con un ambiente adecuado que faciliten la motivación y la socialización.
0. Se debe de estimular a los miembros del grupo de manera constante para mantener el interés y la cooperación.
0. Se debe de dar información repetidas veces pero de manera variada.
0. Se utilizará el refuerzo positivo para aumentar el aprendizaje.
0. No debe infantilizarse a los miembros del grupo.
0. Se recomienda llamar a las personas por su nombre.

- 0. Los signos de autoridad(batas, uniformes,...) no favorecen las relaciones.
- 0. La rigidez retarda el aprendizaje. EL terapeuta debe de estar siempre atento a los cambios en las necesidades y aprendizajes realizados por el individuo.
- 0. Las relaciones sociales e interpersonales son importantes en el proceso de rehabilitación.
- 0. Se utilizará siempre que sea posible la estimulación sensorial, para aumentar los aprendizajes.
- 0. Deben formularse bjetivos realistas y adecuados al nivel de los usuarios.
- 0. La imaginación del terapeuta y su capacidad de situarse dentro del grupo de manera cercana a los miembros del mismo, facilita el aprendizaje.
- 0. Se prestara especial atención a la memoria a largo plazo en un primer momento. Para las personas que tienen actualmente entre 60 y 90 años, las situaciones vividas entre 1920 y 1950, son las que probablemente recuerden mejor. El discutir cuestiones relativas a esos años facilita el éxito de la participación del individuo.

En cuanto a la eficacia de la OR Holden y Woods(1995) identificaron 21 estudios, que comparaban el tratamiento de OR con otras alternativas de intervención. A pesar de la diversidad de los estudios analizados, se encontraron resumidamente las siguientes conclusiones: a)aumento a través de sesiones de OR de puntuaciones en orientación verbal, en comparación con grupos de control, solamente uno de los estudios(Williams, Reeve, Ivison y Kavanagh, 1987) atribuyó cambios cognitivos a la OR-24 horas; b)los cambios conductuales y funcionales son menores que los cambios a nivel cognitivo en la mayor parte de los estudios analizados(Woods, 1996).

4.3.Reminiscencia

El uso de eventos pasados a fin de establecer un punto de contacto e interés con las personas con deterioro cognitivo, ha sido utilizado en sesiones de OR, pero el propio interés de este tipo de técnicas han hecho, que las mismas se desarrollen a modo de intervención propia. Este tipo de intervención ha sido utilizado tanto en formato individual, como grupal. El uso de fotografías, música, archivos de recuerdos, videos, periódicos, etc. son algunos de los medios utilizados para esta actividad.

Algunos autores(Thornton y Brotchie, 1987; Woods y McKiernan, 1995) en sendas revisiones sobre este tipo de intervenciones analizan cambios a nivel cognitivo y conductual en PM que participan en este tipo de intervención, así como mejora en los niveles de depresión. Baines, Saxby y Ehlert(1987)

en un trabajo sobre reminiscencia en residencias de ancianos observaron efectos positivos de la misma a nivel cognitivo y conductual, así como un aumento de interacción entre los staffs y las PM. Así mismo relatan que los sujetos que acuden a OR y grupos de reminiscencia obtienen mejores puntuaciones en estos ámbitos. Gibson (1994) en un meta-análisis de diferentes estudios sobre reminiscencia, concluye una disminución de conductas disruptivas en personas con deterioro cognitivo, a los que se les ha aplicado este tipo de intervención.

Diferentes disquisiciones teóricas desde 1963, han llevado a diferentes proposiciones y clasificaciones de lo que es la reminiscencia. En un primer momento Coleman(1974) sugirió la existencia de tres tipos diferente de reminiscencia:

- Reminiscencia simple: En la que el recuerdo del pasado provee una fuente de fortaleza y autoestima personal en el presente.
- Reminiscencia Informativa Donde el recuerdo de hechos pasados se usa como un camino para la adquisición y el recuerdo de contenidos.
- Historia de vida: Donde el análisis de las memorias de los sujetos pueden ayudar a integrar una imagen apropiada de uno mismo cara a la muerte.

Otros autores como Watt y Wong(1991) han discrepado de una visión de la reminiscencia como un constructo unidimensional que asume una relación simple y lineal entre la reminiscencia y el bienestar. Estos autores sugieren la necesidad de conceptualizar la reminiscencia como un constructo multidimensional donde cada dimensión está relacionada con una única función psicológica. Estos autores propusieron (Watt y Wong, 1991) una taxonomía en la que incluyen seis nuevos tipos de reminiscencias.

Tipos de reminiscencia

Integrativa	La que pretende como función principal dar un sentido a la relación de la persona con su pasado.
Instrumental	La que aprovecha las experiencias vividas por el sujeto para la resolución y el afrontamiento de problemas actuales..
Trasmisora	En la que la persona que realiza la reminiscencia transmite a una generación más joven, algunos de los conocimientos y valores perdurables en el tiempo que el adquirió.
Narrativa	Se define como la descripción de hechos pasados, con el objeto de adquirir información biográfica, así como por el placer de narrarlos.

Evasiva	En la que se utiliza la fantasía de algunos recuerdos, para poder “escapar” de la situación actual en la que se encuentra el individuo.
Obsesiva	En las que se observan ciertos problemas individuales para integrar situaciones problemáticas pasadas

Las actividades que pueden utilizarse en grupos de reminiscencia son diversas, incluyendo discusión de temas del pasado, excursiones a lugares conocidos, estimulación sensorial, etc. (en el cuadro 12 se sintetiza un listado de posibles actividades)

Actividades en reminiscencia

- 0. Conversación sobre hechos pasados: la escuela, los primeros trabajos, etc.
- 0. Técnicas de dramatización: sobre situación pasadas comunes.
- 0. Actividades de dibujo, pintura y collage, donde las personas representan “sus memorias” a través de diversos materiales.
- 0. Manipulación de objetos: referentes a situaciones de la vida cotidiana, colecciones que realizaron, etc.
- 0. Elaboración de listas: es particularmente grata para muchas personas, realizar la lista de la compra, la lista de materiales necesarios para arreglar un electrodoméstico, un enchufe, etc.
- 0. Visualización de mapas: recordar a través de mapas de diferentes épocas (previamente adaptados) la evolución de las ciudades donde han vivido, recordar hechos sobre el mundo o países en determinadas épocas que ellos conocieron, etc.
- 0. Utilización de música y sonidos, especialmente de la niñez y juventud de los sujetos.
- 0. Excursiones a lugares conocidos anteriormente.
- 0. Actividades como cocinar, jardinería, seguir instrucciones para la realización de una actividad.
- 0. Conversación entre “Entonces y ahora”: contraste entre situaciones pasadas y actuales, versiones antiguas y actuales de cualquier objeto, etc.
- 0. Repaso de proverbios, refranes, dichos, monólogos, rimas, himnos, oraciones, etc., que son parte del repertorio de las personas.
- 0. Estimulación sensorial : Gusto, el tacto y el olfato para recordar situaciones pasadas.
- 0. Revisión de fotografías antiguas de los sujetos, de las ciudades,...

Algunas pautas a seguir en la aplicación de la técnica y de programas de reminiscencia son:

- La necesidad de que se realice en grupos pequeños(entre 4 y 6 personas) dependiendo del nivel de deterioro de los sujetos y que los mismos tengan niveles similares de habilidades.
- Es necesaria una información lo más exhaustiva posible de la vida de los sujetos incluidos en este tipo de grupos.
- Las sesiones suelen tener una duración de una hora aproximadamente y se pueden realizar descansos durante la duración de cada sesión dependiendo del nivel de atención o necesidad de descanso que experimentan los sujetos.
- Las sesiones se deben de realizar en lugares en los que el sujeto se sienta de manera relajada y confortable, sin interrupciones.
- El realizar actividades diversas suele ayudar a que los sujetos estén más atentos durante la realización de la terapia.
- Necesidad de atender los déficits sensoriales de los sujetos a la hora de decidir las actividades a realizar.
- La función de la reminiscencia no es hacer una clase de historia. El que los hechos que se cuentan sean ciertos o no, no debe de influir en el desarrollo de la sesión. Es aconsejable que las sesiones giren en torno a un tema principal(niñez, escuela, primer trabajo,...) y que de él se deriven actividades e incluso se trabaje algún tema asociado.

4.4. Entrenamiento en memoria:

Es muy frecuente la aparición de alteraciones en el funcionamiento mnésico asociadas a la edad; es el caso del olvido senil benigno, muy relacionado con la infrautilización de la memoria y otras capacidades intelectuales, especialmente tras la jubilación, y en ámbitos residenciales. Aunque no son siempre indicio de deterioro intelectual, estas alteraciones conllevan un alto nivel de angustia y preocupación, lo que, a su vez, repercute negativamente en la memoria. Este declive intelectual, no sujeto a trastornos del sistema nervioso, se puede prevenir y/o compensar mediante técnicas cognitivas, ya que, como se ha comprobado, el funcionamiento cerebral conserva cierto nivel de plasticidad durante la vejez.

Generalmente, los programas de entrenamiento en memoria están estructurados sobre la base de los mecanismos de la memoria, las capacidades intelectuales con que se relacionan y los factores afectivos que influyen en su funcionamiento. A través de tareas diseñadas para desarrollar gradualmente ciertas capacidades y mecanismos, las personas aprenden cómo funciona su memoria, mejorando su capacidad y su utilización en la vida cotidiana.

El programa, que aquí se propone, es conductual-cognitivo (Yanguas, Leturia, Leturia y Uriarte, 1998). Por un lado, se utilizarán técnicas de instrucción, modelado, reforzamiento y feedback; paralelamente, se entrenará la ejecución en las diversas funciones intelectuales que comporta el proceso de la memoria, a través de ejercicios. El entrenamiento en memoria se realiza en un formato grupal, las sesiones tienen una estructura fija como se describe a continuación:

- * Presentación al grupo del o las funciones y mecanismos que van a trabajarse ese día.
- * Explicación de la tarea, con ejemplos para ofrecer modelos, y adecuada a la capacidad de los participantes.
- * Ejecución: facilitación y reforzamiento de la actitud positiva y los logros.
- * Puesta en común y generalización: relacionar lo aprendido con su utilidad en la vida diaria para promover la aplicación práctica del método.

Las tareas que se proponen en este programa tienen relación con las fases que incluye el proceso de la memoria; cada tipo de tarea exigirá más específicamente la ejecución en mecanismos implicados en una u otra fase:

Fases y mecanismos implicados en el entrenamiento en memoria

FASE	MECANISMOS-EJEMPLOS DE TAREA
0. REGISTRO o incorporación de la información	<ul style="list-style-type: none"> * PERCEPCIÓN: tareas que estimulan los sentidos, como vía de entrada de la información * ATENCIÓN: tareas de captación consciente y voluntaria de los estímulos para asegurar su incorporación (captar datos preestablecidos al escuchar frases o textos, unir puntos para completar figuras, captar diferencias y semejanzas entre objetos...)
	ESTRUCTURACIÓN INTELLECTUAL, para

<p>2. FIJACION de los datos para su retención</p>	<p>una mayor consolidación de la información adquirida; tareas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> * CLASIFICACION de objetos, palabras, encargos, etc. en distintas categorías * ASOCIACION entre elementos a recordar e imágenes, de más fácil retención
<p>3. EVOCACION o recuerdo de la información almacenada</p>	<p style="text-align: center;">RASTREO, LOCALIZACION Y EXTRACCION DE LA INFORMACION a través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Referencias espaciales: tareas de evocación con ayuda de una referencia que puede visualizarse en un espacio determinado * Referencias temporales: tareas de evocación buscando un elemento dentro de una sucesión de hechos en el tiempo * Integración asociativa: tareas en las que se aprende a asociar sucesivamente elementos entre sí hasta llegar a aquel que se quiere evocar

Además de este tipo de tareas, se incluye el aprendizaje, ejercitación y aplicación de ESTRATEGIAS MNEMOTECNICAS, procedimientos que favorecen el proceso de memorización de informaciones necesarias en la vida cotidiana. Desde el uso de elementos de apoyo externos como listas, notas, calendarios, etc. hasta otro tipo de métodos o ayudas de tipo interno, tales como:

- * MÉTODO DE “LUGARES”: asociar a lugares comunes y muy familiares, previamente visualizados en un orden estricto, objetos, palabras, etc.: listas de compra, objetos para un equipaje... Cada elemento se visualiza asociado a un lugar concreto; se crea así una “senda” que, recorrida mentalmente, ayuda a recuperar la información.

- * ENCADENAMIENTO: unir distintos objetos a recordar, en una cadena lógica; a cada objeto se le busca una relación o elemento común con el siguiente de la lista, de forma que, al recordar uno, aparece el siguiente en el recuerdo.

* PARES ASOCIADOS: tras aprender a visualizar objetos y lugares con precisión, asociar entre sí palabras apareadas en una lista, transformando cada una en una imagen e integrándolas luego en una imagen común. Se evoca luego un elemento al recordar el elemento con que se había asociado.

EJEMPLO DE SESION

* **Objetivo:** desarrollar la estructuración intelectual a través de la organización y clasificación de lo percibido en categorías.

* **Método:** leer una lista de palabras y ordenarlas en función de cierto criterio de clasificación.

* **Material:** lista de palabras; papel con el listado y con una tabla en la que anotar las palabras de cada categoría en una casilla diferente; bolígrafo.

Ej.: *Anota cada palabra de esta lista en la casilla que le corresponda:*

perro - alicates - falda - martillo - elefante - pantalón - filete - tenazas - lagarto - garbanzos - camiseta - león - arroz - destornillador - abrigo - macarrones

<i>ANIMALES</i>	<i>HERRAMIENTAS</i>	<i>ROPAS</i>	<i>ALIMENTOS</i>

* **Presentación:** *“vamos a aprender a organizar las cosas que debemos recordar, para poner orden y facilitar su almacenamiento, igual que cuando guardamos las cosas en su lugar (del armario, de la casa...) para poderlas encontrar (recordar) más fácilmente”.*

* **Instrucción:** *“os entregaré una lista de palabras y tendréis que escribir cada una en una parte de ese recuadro, según la “familia” a la que pertenezca (facilitación con la clasificación de las cuatro o cinco primeras palabras de la lista)”.*

(Esta tarea puede hacerse más compleja en esta o en próximas sesiones, aumentando el número de palabras, eliminando de la tabla los criterios de clasificación para que los descubran en el grupo, e incluso pidiendo que inventen sus propios criterios de clasificación o realizando subclasificaciones).

* **Puesta en común:** comprobación de los resultados de la ejecución. Reforzamiento de los logros alcanzados.

* **Generalización:** *“podemos recordar más fácilmente una lista de compras, recados, cosas para llevar a un viaje, etc. si pensamos que varias de ellas pueden tener algo que ver entre sí (pertenecen a*

la misma “clase”); así, sólo tendremos que recordar esas clases y nos será más fácil acordarnos de todas las cosas de nuestra lista”.

Recabar ideas al respecto en el grupo. Tras realizar la tarea con varias listas de menos a más dificultad, despedida hasta la próxima sesión.

4.5.Otras terapias:

Existen otro tipo de terapias, como son la terapia de (con)validación(Feil, 1982; 1993) y la terapia de resolución(Goudie y Stokes, 1989) que se están abriendo camino en la intervención en personas con deterioro cognitivo . Ambas terapias, están menos estructuradas que otro tipo de intervenciones como la psicoestimulación, la reminiscencia o la orientación en la realidad, y existen menos estudios que avalan su eficacia en diferentes medios.

Ambas terapias tienen como principal objetivo la mejora de la comunicación. La terapia de (con)validación está basada en una variedad de influencias teóricas cercanas a corrientes psicodinámicas. Se utiliza la música, ritmos, movimientos, el trabajo sobre roles a desempeñar por el individuo en su vida diaria y diferentes temas de conversación que deben reflejar las necesidades personales de los sujetos, a fin de trabajar la comunicación verbal y no verbal.

La terapia de resolución se basa en la intervención sobre el estrés emocional que acompaña a la demencia. Se basa en la intervención sobre las capacidades de comunicación del individuo, al entenderse que uno de los déficits más importantes que acompañan a la demencia es la imposibilidad de comunicarse de una manera adecuada y por lo tanto, de buscar apoyo emocional, en los momentos en los que los sujetos más lo necesitan. La terapia de resolución se realiza desde un acercamiento cognitivo-conductual, aunque como antes se ha destacado no está tan estructurada ni probada como otras terapias.

5.Trastornos comportamentales en el contexto residencial y su modificación

Los trastornos comportamentales más frecuentes en el contexto residencial son el vagabundeo o deambulación, la agitación, las reacciones catastróficas, el descuido en el autocuidado, las conductas agresivas y disruptivas, los gritos, y los trastornos paranoides.

Aunque aparentemente estos trastornos aparecen de manera independiente a las condiciones ambientales, en realidad existe una fuerte relación con la estimulación externa. Desde esta perspectiva el control de estímulos es uno de las técnicas más efectivas para reducir comportamientos como la desorientación o vagabundeo, la incontinencia, la actividad sexual inapropiada etc. que pueden ser contempladas como respuestas a un control de estímulos insuficiente, así el objetivo sería controlar ciertas conductas mediante la asociación de símbolos con respuestas adecuadas y la utilización de refuerzo positivo. (Durán y Torrado, 1994.)

El *vagabundeo o deambulación*, es una conducta de ambulación que ocurre aparentemente de manera independiente a la estimulación ambiental y sin finalidad, sin embargo esta influenciado en cierto grado por control ambiental, por la estimulación discriminativa y los potenciales refuerzos. (Hussian y Davies, 1985). Está estrechamente relacionado con el deterioro orgánico (Cornbleth, 1977) y puede tener consecuencias negativas como lesiones caídas, etc. que exigen constante vigilancia de los cuidadores. Las técnicas de orientación en la realidad, el refuerzo positivo, la estimulación discriminativa, y el control e incremento de estímulos parecen recursos validos.

Hussian y Davies (1985) diferencian cuatro tipos de vagabundeo: a) la akatesia, o incapacidad motora para estar quieto que se observa consecuentemente a tratamientos con altas dosis de neurolépticos; b) la búsqueda de salida, c) ambulación por imitación de otros, y d) ambulación como forma de autoestimulación. En el primer caso es importante un buen ajuste del tratamiento neuroleptico, y en el resto la estimulación discriminativa, la extinción y el control de estímulos.

Algunas técnicas aplicadas son: registro y monitorización de conductas de deambulación, para detectar los factores precipitadores de la misma, organizar un programa de ejercicio físico y paseo en pequeños grupos, intervención ambiental dotando de espacios adecuados y seguros para la deambulación, así como de mecanismos de seguridad etc. (Evans, 1991).

La *confusión y la agitación* son síntomas de los trastornos cognitivos como la demencia que son difíciles de manejar en los centros residenciales para mayores y resultan de los más problemáticos para el personal cuidador. Pueden ser comportamientos de carácter agresivo, agresividad exclusivamente verbal o no agresivo (Cohen-Mansfield, Marx y Rosenthal, 1989). La intervención ambiental y control de estímulos así como la formación de hábitos regulares de sueño-vigilia, las actividades recreativas, la estimulación y refuerzo de conductas incompatibles parecen ser junto con el ejercicio algunas de las

técnicas a implementar. La utilización de técnicas operantes en un marco grupal parece ser efectiva para la reducción de estos comportamientos agresivos tanto verbales como físicos (Vaccaro 1988).

En la confusión, la reducción de la estimulación e incluso el aislamiento, la intervención sobre las causas y la disminución de los riesgos serán las pautas a seguir.

Las *verbalizaciones disruptivas, gritos, llamadas repetitivas* etc. pueden ser reducidas a través de un mayor contacto personal, la utilización de estimulación ambiental, terapia grupal y actividades sociorecreativas, terapia animal etc. (Hiatt 1985)

Otras conductas problemáticas como las *conductas de autoestimulación o estereotipias* pueden ser modificadas mediante reforzamiento diferencial de otras conductas e incremento de estímulos. Hussian (1982,1988) redujo conductas de masturbación pública, vocalizaciones repetitivas y el tiempo de automanipulación de la ropa en pacientes mayores mediante estos procedimientos.

Los *trastornos paranoides e interpretaciones delirantes* pueden venir determinados además de por la demencia o delirium así como por trastornos sensoriales como la sordera, y otros estresores como la hospitalización, realojamiento etc. Es importante corregir los déficits sensoriales, reducir la ambigüedad de la estimulación y mejorar la comunicación con el paciente, reduciendo la sensación de amenaza que puede percibir en el medio y transmitiéndole sensación de seguridad en sus relaciones.

Debe señalarse que en ocasiones el personal de cuidado y los propios profesionales prestan más atención a la conducta perturbadora que a la conducta perturbada como señalan Carstensen y Fisher (1991), así como la necesidad de tener en cuenta aquellos factores propios de un contexto residencial y de cuidados que pueden provocar estos problemas como los mensajes por megafonía, la monitorización nocturna del sueño y/o constantes ,o la disminución del control personal en un contexto de estas características.

La necesidad de poner en marcha mecanismos para atender estas situaciones ha llevado a crear unidades específicas de atención para personas con este tipo de trastornos, lo que plantea la posibilidad de un personal especialmente entrenado, un diseño ambiental acorde a sus necesidades, un tratamiento apropiado para reducir los trastornos comportamentales, y evitar al resto de residentes el estrés que estos comportamientos pueden provocar (Rabins 1986; Liptzin,1992).

En general la pauta a seguir en cualquiera de estos comportamientos será la descripción operacional de la conducta problema, la observación, registro y monitorización de la conducta problema y de las conductas adaptativas, análisis de las situaciones en que se dan y estimulación presente en dichas situaciones, consecuencias de la conducta y posibles conductas alternativas a reforzar e implementación de las medidas expuestas.

Los programas deben ser sencillos, con objetivos claros y modestos, utilizando técnicas operantes, con refuerzo social y tangible inmediato, de manera complementaria con el tratamiento farmacológico (Wisocki, 1984).

Por último, no debe olvidarse la importancia de trabajar en colaboración con la familia, explicándole claramente estos aspectos e implicándole en la evaluación y en el tratamiento (Brody, 1986).

Un elemento determinante para el manejo adecuado de estas situaciones y conductas es la formación y entrenamiento del personal cuidador en la implementación de dichos procedimientos (Burgio, 1991)

6. Intervención comportamental en funciones psicoafectivas y problemas emocionales

La sintomatología depresiva está presente en gran medida en las personas mayores en centros residenciales variando la prevalencia estimada según los autores, del 80% según Hyer y Blazer (1982) al 12,4 % de depresión mayor y 30% de sintomatología depresiva según Parmelee et al. (1989) o al 23% de depresión grave (Montorio, 1990).

Además de su prevalencia, la importancia de la detección y tratamiento de la depresión en entornos residenciales radica en que es un problema insuficientemente diagnosticado, por tanto poco tratado, con frecuentes recaídas, que supone un riesgo de morbilidad y mortalidad mayor.

Además, la propia institucionalización por un lado, se asocia a factores que pueden favorecer la aparición de problemática depresiva y, por otro lado, la elevada presencia de problemas somáticos con una consecuente ingesta de fármacos puede suponer un riesgo de aparición de sintomatología depresiva entre los efectos secundarios.

Las técnicas conductuales más utilizadas para tratar la depresión en la edad avanzada son los modelos conductuales operantes (Lewinsohn y cols. 1976, 1978) y la terapia cognitivo conductual de Beck, (Beck

et al. 1979; Emery, 1981) y el modelo psicoeducativo de Lewinsohn (1982)(Zarit y Zarit, 1984).Gallagher y Thompson (1983) encuentran similar efectividad inicial en la terapia conductual, cognitivo conductual y psicodinámica, pero con un menor riesgo de recaídas y mayor expectativa de mantenimiento libre de síntomas en la terapia cognitivo conductual. Igualmente se reveló la limitación de estos métodos en las depresiones mayores que requieren un abordaje conjunto con métodos farmacológicos. (Belsky, 1996)

Desde el modelo conductual se parte de la existencia de una necesidad de estimulación discriminativa y una baja tasa de reforzamiento positivo, debido a una falta de habilidades para lograrlos, o por falta de sucesos potencialmente reforzantes o por falta de reforzadores en el medio, algo que en contextos de este tipo puede ser más habitual que en el medio comunitario.

Por este motivo, desde un punto de vista preventivo sería adecuado poner en práctica las siguientes medidas:

-) Diseñar un ambiente social estimulante que promueva la realización de actividades gratificantes, así como de las relaciones sociales, lo que exige estimular y reforzar las mismas, presentar una oferta amplia de actividades, utilizar modelos desde el proceso de adaptación etc.
-) Fomentar la autonomía y los sentimientos de utilidad, favoreciendo que los residentes realicen actividades útiles para sí mismos, así como para los demás (por ejemplo a través de programas de voluntariado)
-) Fomentar la red de apoyo social y las relaciones familiares con un carácter proactivo (Leturia y Yanguas, 1992).
-) Fomentar la actividad y el ejercicio físico así como la alimentación adecuada, el control de la ingesta de fármacos etc. a través de programas de envejecimiento saludable

En cuanto a la intervención para el tratamiento de los problemas de depresión remitimos al capítulo 12, para cuestiones generales. En cuanto a cuestiones particulares en el tratamiento de estos problemas en contextos residenciales se recomienda su aplicación en formato grupal por sus ventajas en cuanto a socialización, estimulación y modelamiento (Hyer y Blazer, 1984).

El entrenamiento del personal, así como de algunos compañeros especialmente significativos como compañeros de habitación (si son compartidas), compañeros de mesa para trabajar conductas alimenticias y sociales, en habilidades para distinguir las conductas a reforzar y etinguir y complementar el tratamiento.

En cuanto a los temas negativos principales destacan la preocupación por problemas físicos, pensamientos negativos acerca del pasado, la decepción con los hijos, la muerte de familiares y amigos, los cambios en la apariencia física con la edad. La valoración negativa del hecho de vivir en una

residencia, la pérdida de roles sociales, la necesidad de cuidado del cónyuge enfermo o impedido u otro familiar, los cambios sociales e históricos, el miedo intenso a sucesos de baja ocurrencia de probabilidad (accidentes o delitos) o la preocupación con la disminución de actividad sexual (Gallagher y Thompson, 1981).

Los programas de entrenamiento en habilidades sociales con depresivos parten del presupuesto de que un déficit en estas puede provocar la disminución de conductas potencialmente seguidas de refuerzo positivo y por tanto de este mismo, favoreciendo el mantenimiento de esta sintomatología depresiva. Este problema puede darse en los contextos residenciales por una falta de estimulación discriminativa y reforzante de los comportamientos sociales.

Un programa de entrenamiento en habilidades sociales se plantea como objetivos el reducir y eliminar las respuestas de ansiedad en situaciones sociales, eliminar las respuestas de evitación ante estímulos sociales, mejorar y aumentar el repertorio conductual y capacitar al sujeto para que desarrolle respuestas sociales generadoras de refuerzo, disminuya las respuestas de evitación y las respuestas que generan dependencia. Se pueden realizar como programas autónomos o relacionados con los programas de apoyo social (Leturia, Yanguas, 1992)

Las estrategias más utilizadas son el Modelamiento, el ensayo de conducta ,ensayo encubierto, ensayo manifiesto, Instrucciones. Aleccionamiento y Retroalimentación, Reforzamiento externo y autoreforzo y Tareas. Otras técnicas son la Reestructuración cognitiva, Técnicas de resolución de problemas, Autoinstrucciones y Relajación.

Algunas habilidades y competencias a desarrollar la conversación : comenzar, llevar y cerrar conversaciones, la escucha activa : qué hacer, decir y observar la expresión de emociones : aprecio, ánimo, cumplidos, petición de ayuda, afectos, quejas, cólera. Dar y recibir instrucciones, persuadir... (Pelechano, 1990)

7.Tratamiento de los trastornos de ansiedad:

A diferencia de los cuadros depresivos, los trastornos de ansiedad en ancianos han sido poco estudiados, debido, entre otras a las siguientes razones: consideración de estos síntomas como normales entre los ancianos, escasamente prevalentes, consideración de que forman parte de otros cuadros y al nihilismo terapéutico. {PRIVADO }La ansiedad puede aparecer fruto de la dificultad para hacer frente a las

exigencias del medio, y como resultado de la dificultad de adaptación a situaciones como enfermedad crónica, institucionalización, etc. y podemos diferenciar la sintomatología ansiosa de los trastornos de ansiedad.

Langer y Rodin (1976) plantean que una posible indeterminación en el control percibido por las personas mayores genera un aumento del estrés y la ansiedad que puede ser reducida por medio de la participación en actividades y otras intervenciones.

En cualquier caso, debe destacarse la necesidad de un correcto análisis y diagnóstico diferencial respecto a otros problemas con los que puede aparecer conjuntamente como la depresión etc., para un correcto tratamiento., así como de establecer unos objetivos ajustados a las personas mayores, su situación y capacidad (Woods, 1995)

El tratamiento psicológico de base es el entrenamiento en relajación. Técnicas como la “relajación progresiva “ de Jacobson ayudan a lograr la relajación a partir del entrenamiento mediante ejercicios de tensión-relajación de distintos grupos musculares. Se realizan complementándolos con respiración diafragmática o profunda y entrenamiento en imaginación, refuerzo diferencial y modelamiento. Garrison en 1978 utilizó el entrenamiento en manejo de estrés. Woods en 1982 describe tratamiento individual complementado con abordaje grupal de casos de agorafobia con manejo de estrés y exposición gradual, tareas grupales, etc

Hussian(1981) utiliza la inoculación de estrés para superar la ansiedad relativa a la utilización de ascensores en una institución. Siendo estos uno de los elementos principales en los centros estructurados verticalmente, pueden suponer uno de los espacios más conflictivos en el ámbito convivencial, por lo que debe de cuidarse los aspectos relacionados con los mismos y su utilización. En los problemas fóbicos la utilización de la desensibilización sistemática puede ser la técnica d eutilización preferente.

Igualmente las técnicas cognitivas de A. Beck y A. Ellis han sido aplicadas a personas mayores con problemas de ansiedad (Keller, Croake & Broking; 1975). Emery (1981) plantea analizar los pensamientos automáticos, evaluar las distorsiones cognitivas, atribuciones, etc., por ejemplo en casos de ansiedad que se atribuyen a trastorno orgánico. Stever y Haumann en 1983 han utilizado la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva.

En entornos residenciales parece haber una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en cualquiera de sus formas. Sobre esta base, los autores de este capítulo han aplicado un programa de entrenamiento en relajación, desde el año 1991 con varios grupos de 20 personas. Con resultados positivos de disminución

de los síntomas de ansiedad tanto conductual como fisiológica, disminución de sintomatología depresiva y mejora de satisfacción vital.

Se ha utilizado la técnica de la relajación progresiva de Jacobson (Cautela y Groden, 1985) adaptado a personas mayores, con un mayor énfasis y entrenamiento en el reconocimiento corporal, en la respiración y en los componentes conductuales de refuerzo, tarea, modelado etc. y componentes cognitivos para lograr una mejor generalización de los aprendizajes y mantenimiento de los mismos. Parece ser una técnica adecuada utilizándola sola o como complemento con otra, para tratar también problemas colaterales como los trastornos del sueño, ansiedad o miedo a estar enfermo, etc., así como para dotar a las personas mayores de instrumentos y estrategias preventivas de afrontamiento de posibles problemas como las pérdidas, problemas de salud, etc. (Leturia FJ, Yanguas JJ; 1994).

A modo de resumen se puede señalar que en el tratamiento de los trastornos de ansiedad se utilizan por tanto las siguientes técnicas: relajación, exposición, control de estímulos, terapia cognitiva y racional-emotiva y resolución de problemas. En el tratamiento de los síntomas de pánico y agorafobia las técnicas preferentes serían: educación y exposición, reentrenamiento de la respiración, relajación y reestructuración cognitiva. En los casos de fobia social se utilizan el entrenamiento en HHSS, la desensibilización sistemática, la exposición in vivo, la terapia cognitivo conductual y en los trastornos obsesivos la exposición, la prevención de respuesta y la parada de pensamiento.

8. Diseño Ambiental

Las características ambientales son muy importantes en los centros residenciales, pues afectan de manera muy relevante a la autonomía, al desempeño diario y consecuentemente a la satisfacción y calidad de vida de las personas que viven en los mismos. Estas características ambientales no se limitan a las características físicas solamente, siendo también muy relevantes las características organizativas, las características de los residentes y del personal, las relaciones interpersonales y el clima social, entre las principales (Fernández Ballesteros et al., 1995)

Para poder evaluar el ambiente y lograr un diseño ambiental que nos permita promover los objetivos conocidos de autonomía, satisfacción y calidad de vida se debe operacionalizar estas dimensiones ambientales en aspectos concretos como la intimidad, integración social, control y posibilidad de elección, etc. (Regnier, 1993)

Entre los instrumentos de evaluación ambiental de residencias destaca el Multiphasic Environmental Assessment Procedure, MEAP de Moos (1979) y su adaptación española de Fernández Ballesteros, Izal (1997). Este instrumento distingue las siguientes áreas generales: a) características físicas (accesibilidad la comunidad, las características de seguridad, las ayudas para la orientación, el confort físico etc.); b) aspectos organizativos (la intimidad, el control por los residentes, la organización, la elección organizativa, la disponibilidad de servicios etc.) c) características de residentes y de personal, (el nivel de habilidades funcionales de los residentes, su nivel de actividad, su integración en la comunidad, la utilización de servicios etc.) El clima social que comprende la calidad de las relaciones interpersonales, las posibilidades de desarrollo personal, las tendencias de estabilidad o cambio en el sistema, etc.

A partir de una adecuada evaluación podemos establecer un diseño ambiental más estimulante y protésico que se ajuste mejor a las características y necesidades de la población mayor atendida en estos centros, quienes presentan cada vez mayor fragilidad y dependencia, que pueden presentar problemas de comportamiento y necesidad de atención psicológica etc.

Este diseño ambiental permitirá a través de la modificación del ambiente influir en problemas de comportamiento como la deambulación, reducir riesgos de caídas, optimizar la autonomía compensando déficits sensoriales, favorecer la autonomía y la ambulación autónoma proporcionando las prótesis adecuadas como bastones, sillas de ruedas, eliminando barreras arquitectónicas, etc. Así también, mediante una adecuada colocación del mobiliario podemos favorecer el contacto y las relaciones sociales (Fdez Ballesteros et al. 1988). Una mejora de los estímulos ambientales y de tipo orientador hará que la persona mayor responda más fácilmente y de manera orientada en el tiempo y espacio.

Algunas recomendaciones de diseño pueden encontrarse en Chistenson (1990), Fernández Ballesteros, et al. (1992), Izal y Montorio (1997) Morse y Wisoki, 1991), Regnier y Pynoos, (1987) y Rua (1991). A modo de ejemplo pueden señalarse la eliminación de barreras arquitectónicas, la compensación de los déficits sensoriales con adecuada iluminación etc. , facilitar la proximidad de espacios de mucha utilización, la señalización adecuada de los recursos, aseos, etc., la utilización d ellos estímulos ambientales de manera discriminativa para diferenciar adecuadamente unos de otros, la utilización de estímulos orientadores como relojes, letreros, tableros de orientación en la realidad, , etc. así como la utilización de mobiliario seguro y que facilite la movilidad, así sillas con reposabrazos, sin angulosidades y extremos peligrosos, etc.

9. Intervenciones con familiares

La intervención con familiares debe cubrir fundamentalmente las diferentes áreas principales de necesidades de esas personas (Montorio, Díaz e Izal, 1995; Yanguas y Leturia, 1995), a saber: área psíquica, tanto a nivel cognitivo como psicoafectivo, área social e interaccional, área de autocuidado y apoyo instrumental, área organizacional y área económica.

9.1. Intervención en el área cognitiva

Desde esta intervención debemos modificar las ideas, creencias y atribuciones, las representaciones sociocognitivas existentes en nuestra sociedad en lo relativo a: cuidado, papel del cuidador, de la familia, el ingreso en residencias, el valor de la edad, los modelos de familia, etc. de manera que estas se ajusten a la realidad sociocultural actual así como a las necesidades del colectivo de personas mayores, corrigiendo en lo posible los desajustes propios del edadismo (ageism).

Para conseguirlo será necesario intervenir en la imagen que de los viejos y de sus familias se ofrece en la educación, la imagen que ofrecen los medios de comunicación, y especialmente la que ofrecen los profesionales y personas que trabajan con mayores. No es posible seguir lanzando mensajes, desde los profesionales, que se convierten en profecías autocumplidoras de generación de dependencia e invalidez en los mayores, no es propio de los profesionales, voluntarios, etc, seguir culpabilizando a la familia cuando hay ingresos en centros gerontológicos, cuando una persona vive sola.

Es desde un planteamiento positivo, esto es, desde la formación y capacitación, desde donde podremos conseguir que las familias se impliquen en procesos de apoyo, terapéuticos, etc. Una atmósfera libre de ansiedad y exigencias excesivas es la base para que se de un aprendizaje y una implicación en estos procesos positivos para los mayores y sus sistemas familiares.

Entre los elementos más importantes de los que podemos y debemos dotar al sistema familiar con personas mayores destacaremos las habilidades de comunicación y de resolución de problemas, pues son estas dos áreas, en muchas ocasiones, la base o el origen de los conflictos. Una mínima formación en ambos aspectos puede facilitar las relaciones tanto a nivel afectivo, como instrumental.

9.2. Intervención en el área psicoafectiva

Es este área, en ocasiones la más afectada por la dependencia de la persona mayor, por el contenido emocional que esta situación puede tener tanto en cuanto al estrés que genera con el correlato psicofisiológico, como por la propia exigencia de la inversión de roles y por tanto reestructuración afectiva.

Es de destacar aquí la importancia de lograr una clarificación de los mensajes afectivos entre los miembros de la familia, incluso entre diferentes generaciones, a través del entrenamiento en habilidades de comunicación arriba citado.

Entrenaremos a las personas cuidadoras y en general a aquellas que presenten problemas de tipo psicoafectivo en el seno familiar, en estrategias de manejo y reducción de estrés, así como en la expresión de mensajes de tipo emocional, a veces bloqueada por la problemática generada por la dependencia, o la simple presencia de la figura paterna de uno de los cónyuges.

El entrenamiento en manejo de conductas problemáticas del anciano parece tener resultados positivos en el estado emocional del cuidador y probablemente influya en el mantenimiento por más tiempo en el domicilio del anciano, aunque este extremo parece no estar claro. Tal vez otros aspectos influyan en mayor medida.

Los problemas psicoafectivos de tipo depresivo, ansioso, etc. exigirán un tratamiento adecuado a nivel psicofarmacológico, psicoterapéutico, y de apoyo social.

9.3. Intervención en el área social

El apoyo social es un elemento importante en el mantenimiento del anciano en el domicilio cuando este está enfermo, así como del anciano que vive solo y recibe ayuda de los familiares cercanos o incluso del vecindario o entidades, voluntarios, etc., así como en PM institucionalizadas

El apoyo social como conjunto de relaciones sociales, entre las que destacan las familiares, que proveen al sujeto de afecto, ayuda, imagen positiva, información, etc. supone un mediador importante en el proceso de afrontamiento de los eventos estresantes, como las pérdidas, enfermedades, problemas económicos, etc.

Es destacable igualmente el proceso que juega en el mantenimiento y recuperación de la salud, favoreciendo un mejor estado psicofísico y un mejor afrontamiento y recuperación de la enfermedad.

Desde esta perspectiva y un enfoque comunitario es importante desarrollar, fomentar la creación, aparición y mantenimiento de redes sociales y familiares que permitan el mantenimiento del anciano en su domicilio, en su medio, o la conexión del mismo con el entramado comunitario en el caso de que resida en algún centro, etc. Con este fin tendremos que crear recursos para estas redes sociales y familiares, para que puedan desarrollar su función por más tiempo y más adecuadamente.

9.4. Intervención en el área de cuidado y apoyo instrumental

El apoyo instrumental se centra en proporcionar a la familia ayudas para la realización de las actividades cotidianas de cuidado, limpieza, etc. La intervención con familiares a nivel formativo y de capacitación de las familias en esta área es un buen método no sólo para aumentar la calidad de vida de la persona mayor, sino para mejorar la implicación de las familias, al tener herramientas para poder realizar bien su labor de cuidado. Incluso con personas mayores residentes es factible formación de este tipo, para que sea puesta en marcha en el domicilio, cuando ocasionalmente están con la persona mayor, etc.

Estos programas incluyen la formación de familiares para que ayuden a las personas mayores dependientes a realizar actividades de vida diaria básica, instrumentales o complejas.

9.5. Intervención en el área de tiempo libre

Un área importante a desarrollar es el fomento de una ocupación del tiempo libre de la forma más reforzante posible, en cuanto el aspecto lúdico de la relación constituye uno de los elementos más importantes de una relación y va a suponer unas consecuencias en las áreas psicoafectiva y relacional muy relevantes.

La posibilidad de redescubrir las aficiones pasadas o aquellas actividades que se realizaban en común cuando todavía no había aparecido el problema o el proceso de dependencia pueden ofrecer al sistema familiar y al cuidador principal, en concreto, elementos de interacción positiva, que compensen primero los aspectos negativos de la situación, que van a permitir realizar actividades positivas para la persona mayor y redescubrir una relación que habiendo sido positiva y satisfactoria durante mucho tiempo, ahora puede estar pasando por una situación crítica.

En PM institucionalizadas, es necesario favorecer un clima lúdico y de compartición de aficiones comunes, como un método de aumentar la cantidad y calidad de contactos.

9.6. Intervención en el área organizacional

No parece fácil influir en la organización familiar desde intervenciones de poca implicación, o de carácter muy general, sin embargo determinadas situaciones como las de problemática de límites, de rigidez relacional, de falta de capacidad de adaptación a las situaciones nuevas, de incapacidad de procesar nueva información o de recibir aportes del exterior... exigirán intervenciones y/o tratamientos familiares destinados a modificar estos parámetros del estilo organizacional del sistema.

En un nivel más superficial, pero no por ello menos importante podríamos señalar el caso de las familias desorganizadas en sus quehaceres, vida cotidiana, autocuidado... problema que bien puede aparecer en las personas mayores que viven solas, por lo que el papel de la familia para ofrecer un soporte organizativo es fundamental.

En este segundo aspecto del problema de la desorganización podremos intervenir entrenando a los sujetos y sistemas a planificar sus actividades y la realización de sus quehaceres cotidianos.

Otro elemento importante a lograr en estos casos suele ser la realización conjunta de actividades gratificantes que provean de refuerzo y que al realizarse conjuntamente unifican de forma clara el sistema.

En ocasiones las fuerzas de dispersión existentes en el sistema familiar las fuerzas centrífugas que tienden a distanciar a los miembros del mismo, parecen ser mas fuertes que las fuerzas centrípetas, aquellas que tienden a acercar a los miembros del sistema familiar. Es aquí que podemos tal vez posibilitar estrategias que cambien esta tendencia a través de la utilización de las técnicas expuestas: habilidades de comunicación, de expresión de sentimientos y mensajes emocionales, habilidades de resolución de problemas, de manejo del estrés y relajación...

10. Conclusiones

A través del presente capítulo se han intentado abordar algunas de las áreas y técnicas de intervención de la psicología en residencias para personas mayores. Las diferentes técnicas y áreas de intervención

deben de ser complementarias entre sí, recalcando la importancia de los planes individuales de intervención.

Se aconseja la necesidad de ir abriendo diferentes vías de intervención de la manera más simultánea posible (salud física, area psicoafectiva, intervenciones con personas con deterioro cognitivo, etc.), debido a que aparecen problemáticas en la misma persona(deterioro cognitivo más depresión, más problemas motores) que pertenecen a diferentes áreas de intervención.

Debe aplicarse siempre un punto de vista interdisciplinar, tanto en la valoración, como en la intervención y el mantenimiento.

La combinación de diversas técnicas(incluso de enfoques teóricos diferentes) viene a dar, en general, buenos resultados en el tratamiento de personas con deterioro cognitivo.

Las intervenciones en residencias de ancianos deben de incidir tanto en la persona mayor, como en los profesionales, voluntarios y familias.

Se ha observado la conveniencia de realizar tratamiento grupal(en la mayor parte de las intervenciones), pero unido a un seguimiento o terapia(con un menor tiempo empleado) de tipo individual.

11.BIBLIOGRAFIA

- Astudillo, W et al. (1995): Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia, Eunsa. Pamplona.
- Baines. S; Saxby, P. y Ehlert, K.(1987): Reality orientation and reminiscence therapy. British Journal Psychiatry 151:222-231.
- Baltes, M.M. y Wener Whal, H. (1990): “Dependencia en los ancianos”, en L.L. Carstensen y B.A. Edelstein, Gerontología clínica y salud : intervención psicológica y social, Martínez Roca, Madrid
- Baltes, MM , Zerbe, MB, (1976): “Re-establishment of self-feeding in a nursing home resident”. Nursing Research, 25 : 24-26

- Baltés, MM, Burgess, RL y Stewart RB. (1980): “Independence and dependence in nursing home residents : an operant ecological study”. *International Journal of Behavioural development* 3 : 489-500
- Beck, A.T. et al. (1979) : *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press. New York.
- Belsky, J.K. (1996): *Psicología del envejecimiento : Teoría , investigaciones e intervenciones*, Masson. Barcelona.
- Benson, S.(1994): Sniff and doze therapy. *Journal of Dementia Care*, 2(1), 12-14.
- Benton, A.L. (1968): “Behavioural changes in cerebral vascular disease”, Harper and Row. New York
- Blazer, DG. (1984): *Síndromes depresivos en geriatría*. Doyma. Barcelona.
- Bootzin, RR y Engle-friedman, M.(1990): “Trastornos del sueño” en L.L. Carstensen y B.A. Edelstein, *Gerontología clínica y salud : intervención psicológica y social*, Martínez Roca, Madrid
- Brody, J. (1986): The role of the family in nursing homes :implications for research and public policy, in Harper, N.(Edi.), *Mental illness in nursing homes : agenda for research* , National Institute of Mental Health. Washington DC.
- Bromley, D.B.(1990): *Behavioural gerontology. Central issues the psychology of ageing*. Wiley, London.
- Buela Casal, G. (1992) : *Tratamiento de los trastornos del sueño en el anciano*, en AAVV, *Psicología de la salud*, Piramide. Madrid.
- Burgio LD. et al (1986) : “Increasing distance and independence of ambulation in elderly nursing home residents”. *Journal of applied behaviour analysis*, 19: 357-366
- Burgio, K.L. y Engel, BT. (1990): “Incontinencia urinaria : valoración conducta y tratamiento”, en Carstensen, LL. y Edelstein, BA.: *Gerontología clínica: intervención psicológica y social*, Martínez Roca, Madrid.
- Burgio, L.D. (1991): “Behavioural staff training and management in geriatric long-term facilities”, en Wisocki,P.A., *Handbook of clinical behaviour therapy with the elderly client*, Plenum Press. New York.
- Carstensen, L.L. y Fisher, J.E. (1991): “Problems of the elderly in nursing homes”, en Wisocki P.A., *Handbook of clinical behaviour therapy with the elderly client*. Plenum Press. Nueva York.
- Carstensen, L.L.; Edelstein, B.A. y Dornbrand, L.(1996): *The practical Handbook of Clinical Gerontology*, Sage, London.
- Ceballo, V.(1993) *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Siglo XXI Madrid

- Chistenson, M.A. (1990) : Aging in the designed environment. The Haworth Press
- Clay, E. (1980) : “Promoting urine control in older adults : habit retraining”. Geriatric Nursing, 1 : 252-254
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S. y Rosenthal, A.S. (1989) : “A description of agitation in a nursing home”. Journal of Gerontology, 44(3), M77-M84
- Coleman, P.G.(1974): Measuring reminiscence characteristics from conversation as adaptative features of old age. International Journal of Aging and Human Development 5; 281-294.
- Duran, M. y Torrado,V. (1994): “Intervencion psicologica en pacientes geriatricos”, en AAVV : Intervención psicosocial en contextos comunitarios. Piramide : Madrid
- Elliot, V. y Milne, D.(1991): Patients’ best friend?. Nursing Times, 87(6), 34-35.
- Emery, G. (1981): “Cognitive therapy with the elderly”, en Emery, G. ; Hollon, S. y Bedrosian, R. (eds), New directions in cognitive therapy. Guilford. Nueva York.
- Evans, L.K.(1991): “Nursing care and management of behavioural problems in the elderly”, en Harper, M.S.(edi.), Management and care of the elderly : psychosocial perspectives, Sage. London.
- Feil, N.(1982): V/F validation: the Feil method. Feil Productions, Cleveland.
- Feil, N.(1993): The validation breakthrough: simple tecniques for communicating with people with “Alzheimer’s type dementia”. Health Professions Press, Baltimore.
- Fernandez Ballesteros, R. et al. (1997) : Sistema de evaluación de residencias d e ancianos SERA, IMSERSO, Madrid
- Fernandez Ballesteros, R. y cols., (1990): Evaluación e intervención psicológica en la vejez, Martínez Roca. Madrid.
- Frewen, W.K. (1980) : “The management of urgency and frecuency of micturition”. British Journal of Urology, 52 : 367-369
- Geiger, G.O. y Johnson, L.A. (1974) : “Positive education for elderly persons, correct eating through reinforcement”. The Gerontologist 14 : 488-491
- Gibson, F.(1994): Reminiscence and recall: a guide to good practice. Age Concern England, London.
- Goudie, F.; Stockes, G.(1989): Understanding confusion. Nursing Times, 39; 35-37.
- Grosinki, JP. (1968) : “Effect of operant conditioning on modification of in neuropsychiatric geriatric patients”, Nursing Research, 17 : 304-312
- Hartman-Stein, P.E(1998): Innovative behavioural healthcare for older adults. A guidebook for changing times.Jossey-Bass Inc, San Francisco, California.
- Haughie, E.; Milne, D. y Elliot, V.(1992): An evaluation of companion dogs with elderly psychiatric patients. Behavioural Psichoterapy, 20, 367-372.

- Hiatt, L.G. (1985) : “Understanding the physical environment”. *Pride Institute Journal*, 4 (2) : 12-22
- Holden, U.P. y Woods, R.T.(1995): *Positive approaches to dementia care*, 3rd de. Churchill Livingstone. Edinburg.
- Hussian, R.A. (1981) : *Geriatric psychology: a behavioural perspective*. Van Nostrand Reinhold. New York.
- Hussian, R.A. y Davies, R.L. (1985) : *Responsive care : Behavioural interventions with elderly persons*. Research Press. Champaign, IL .
- Hussian, R.A.(1982) : “Stimulus control in the modification of problematic behavior in elderly institutionalized patients”. *International Journal of behavioural geriatrics*, 1 : 33-36
- Hussian, RA. (1988) : “Behavioural geriatrics”, en Hersen, M ; Eisler R. y Miller P.M.(eds.), *Progress in Behaviour modification* .16 : 159-183, Academic Press. New York.
- Hyer, L. y Blazer, D.G. (1982) : “Depressive symptoms : impact and problems in long term care facilities”. *International Journal of Behavioural Geriatrics*, 1(3): 33-44
- Inkster, W. (1977) : *Personal management : instructor’s manual*. New York Infirmari center for independent living. New York.
- Izal, M. (1995) : *Características ambientales de las residencias. La evaluación ambiental*, en Rodríguez, P., *Residencias para personas mayores : manual de orientación*, SG : Madrid
- Izal, M. y Montorio, I. (1997): *Evaluación del medio y del cuidador del demente*. En Del Ser, T. y Peña, J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Prous, Madrid.
- Langford, S(1993): *A shared vision*. *Nursing Times*, 89(44), 66-69.
- Lawton, M.P. (1985): “Housing and living enviroments of older people”, en Binstock, R. H. y Shanas, E. (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*, Von Nostrand Reinhold. New York .
- Leturia, F.J.; Yanguas,J.J. (1997): “Complementación sociosanitaria: un reto actual” , *Zerbitzuan*, 32
- Leturia, FJ., Yanguas, JJ. (1992) *Apoyo social en residencias de ancianos: enfoque teórico, diseño e implantación de un proyecto de intervención*, *Rev. Gerontología*, 2: 95-101
- Leturia, M.; Leturia, FJ.; Yanguas, J. (1998): “Trabajo en equipo” en Durante, P. (coord.) *Terapia ocupacional en salud mental*. Masson. Madrid
- Lewinsohn, P.M. et al (1978) : *Control your depression*, Prentice Hall. Englewood Cliffs, NJ.
- Lewinsohn, P.M. et al.(1982) : “A behavioral group therapy to the treatment of depression”, en Upper, D. y Roos, S.(eds.): *Handbook of behavioral group therapy*, Plenum. Nueva York.

- Lewinsohn, P.M. ; Biglan, A. y Zeiss, A.M. (1976): “Behavioral treatment of depression”, en Davidson, P.O.(coord.), The behavioral management of anxiety, depression and pain. Brunner/Mazel. Nueva York.
- Liptzin, B. (1992) : “Nursing home care”, en Birren, J.E., Sloane R.B. y Cohen, G.D., Handbook of mental health and aging, Academic Press. San Diego.
- Lord, T.R. y Garner, J.E.: Effects of music on Alzheimer patients. Perceptual and Motor Skills, 76, 451-455.
- MacDonald, M.L. and Butler A.K. (1974): “Reversal of helplessness : producing walking behavior in nursing home wheelchair residents using behavior modification procedures”. Journal of Gerontology, 29, 97-101
- McCafrey, R.J. y Fisher, J.M. (1990): “Secuelas cognitivas, conductuales y psicosociales de los accidentes cerebro vasculares y de los traumatismos craneales cerrados en los ancianos”, en L.L. Carstensen y B.A. Edelstein, Gerontología clínica y salud : intervención psicológica y social, Martínez Roca, Madrid
- Middaugh, y cols. (1988): “Chronic pain : its treatment in geriatrics and younger patients”. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 65: 771-774
- Miller, E(1977 a): Abnormal ageing: the psychology of senile and presenile dementia, Wiley, Chchester.
- Miller, E(1977 b): A note on visual information processing in senile dementia. British Journal of Social and Clinical Psychology, 16, 99-100.
- Miller, E(1977 c): The manegement of dementia: a review of some possibilities. Journal of Social and Clinical Psychology, 16, 77-83.
- Montorio, I, (1995): “La atención psicológica”, en Rodriguez, P. (coord.), Residencias para personas mayores. Manual de orientacion, SG. Madrid.
- Montorio, I. (1994): La persona mayor : guía aplicada de evaluación psicológica. INSERSO. Madrid.
- Moos, R.H. (1979) : Evaluating Educational Enviroments : Procedures, measures, findings and policy implications. Josey-Bass, San Francisco
- Morse, C. y Wisoki, P.A. (1991): Residential factors in behavioral programming for elderly. En P.A. Wisocki (de.) Handbook of clinical behavior therapy with the elderly. Plenum Press
- Murphy, E. (1986) Affective disorders in the elderly. Churchill Livinston, Edinburgh
- Norman, I.J. y Redfern, S.J.(1997): Mental health Care for Elderly People. Churchill Livingstone, London.
- Organic brain deficit in elderly patients”. Journal of the American Geriatrics Society 23: 433-437

- Ouslander, J.G. ; Hane RL. y Abrass, IB. (1982) : “Urinary incontinence in elderly nursing home patients”. Journal of the American Medical Association, 248 : 1194-1198
- Parmelee, P.A., Katz, I.R. y Lawton, M.P.(1989): “Depression among institutionalized aged : Assessment and prevalence estimation”. Journal of Gerontology, 44 : 22-29
- Patterson R.L. ; Jackson, G.M. (1980) : “Behavior modification with the elderly”, en Hersen, M.; Eisler, R.M. y Miller, P.(eds.), Progresss in behavior modification, vol. 19, Academic Press. New York.
- Patterson, R.L. y Eberly, D.A. (1982) : The modular approach to behavior modification with the elderly, en Patterson, R.L. et al. (eds.), Overcoming deficits of aging : abehavioral approach., Plenum Press. Nueva York.
- Pelechano, V. y de Miguel, A. (1992) : Entrenamiento en habilidades sociales en ancianos” en A. reig y D. Ribera (eds.) : Perspectivas en gerontología y salud, Promolibro. Valencia.
- Pfeiffer, E. (1976) : “A short portable Mental Status Questionary for the assessment of
- Pomerlau, J. y Brady, A. (1979): Behavioral medicine: Theory and practice. Wiliam y Wilkins. Baltimore.
- Rabins, P.V. (1986) : “Establishing Alzzheimer’s disease units in nursing homes“. Hospital and communitary psychiatry, 37, 120-127
- Regnier, V. (1993) : Design principles and research issues in housing for the elderly. En American Association of Retired Personas and Stein Gerontological Institute, Life-Span design of Residential Environments for an Aging Population. American Association of retired Persons
- Regnier, V. y Pynoos, J. (1987) : Housing the aged : design directives and policy considerations. Elsevier
- Rinke CL, et al.(1978): “The effects of prompting and reinforcement on self-bathing by elderly residents of nursing homes”. Behavior Therapy, 9 : 873-881
- Risley, T.R. y Edwards, K.A. (1978): Behavioral technology for nursing home care : toward a system of nursing home organization and management. Paper presented at the Nova Behavioral Conference on aging, Port St Lucie, Fl.
- Rua, J.R. (1991) : Criterios de diseño para viviendas para la tercera edad. Consejería de Trabajo y Servicios Sociales. Xunta de Galicia
- Sachs, D.A.(1975): “Behavioral techniques in a residents in a residential nursing home facility”. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 6 : 123-127
- Sturgis, ET, Dole, JJ, y Dickinson, P. (1990): “Tratamiento del dolor en la edad avanzada” en L.L. Carstensen y B.A. Edelstein, Gerontología clínica y salud : intervención psicológica y social, Martínez Roca, Madrid

- Thornton, S. y Brotchie, J.(1987): Reminiscence: a critical review of the empirical literature. *British Journal of Clinical Psychology* 26: 93-111.
- Vaccaro, F.J. (1988) : “Application of operant procedures in a group of institutionalized aggressive geriatric patients”, *Psychology and aging*, 1988, vol.3, nº1: 22-28
- Van Nostrand, J.F. ;y cols. (1979): The national nursing home survey, 1977 summary for the US National Center for Health Statistics, Vital and Health Statistic Series 13, nº43, Dpt. Of Health Education and Welfare Publications N (PHS) 79- 1974
- Watt, L.M. y Wong P.T.P.(1991): A taxonomy of reminiscence and therapeutics implications. *Journal of Gerontological Social Work* 16(1/2); 37-57.
- Wesler R., Rubin M. y Sollberger A., (1976): “Circadian rhythm of activity and sleep-wakefulness in elderly institutionalized patients”, *Journal of interdisciplinary cycle research*, 7: 333
- West, B. y Brockman, S.(1994): The calming power of aromatherapy. *Journal of Dementia Care*, 2(2), 20-22.
- Williams, R.; Reeve, W.; Ivison, D. y Kavanagh, D.(1987): Use of environmental manipulation and modified informal reality orientation with institutionalized confused elderly subjects: a replication. *Age and Aging*, 16, 315-318.
- Wisocki, P.A. (1984) : “Behavioral approaches to gerontology”, *Progress in Behavior modification*, 16
- Woods, R.T. (1995) “Psychological treatments I: Behavioural and cognitive approaches”, en Lindsay, J. (coord.), *Neurotic disorders in the elderly*. Oxford University Press. Oxford.
- Woods, R.T. y Britton, P.G.(1985): *Clinical psychology with the elderly*. Croom Helm, London.
- Woods, R.T. y McKierman, F.(1995): Evaluating the impact of reminiscence on older people with dementia. EN B.K. Haight y J. Webster(eds), *The art and science of reminiscing: theory, research, methods and applications*. Taylor & Francis, Washington, DC, pp. 233-242
- Woods, R.T.(1992):What can be learned from studies on reality orientation?. En G. Jones y B. Miensen(eds.): *Care-giving in Dementia*. Routledge, London, pp.121-136.
- Woods, R.T.(1996): *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. Wiley, London.
- Woods, R.T.; Portnoy, S.; Head, D. y Jones, G.(1992): Reminiscence and life-review with persons with dementia: wich way forward?. En G. Jones y B. Miesen(eds), *Care-giving in dementia*. Routledge, London, pp.137-161.
- Yanguas, J, Leturia, Leturia, M, Uriarte, A.. (1998) *Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico*. Cáritas. Madrid
- Yanguas, J.J. y Leturia, F.J.(1995a): Conceptualización. En AA.VV.*Residencias para personas mayores. Manual de Orientación*. SEGG-INRSO, Madrid.

- Yanguas, J.J. y Leturia, F.J.(1995c): Intervenciones con familias. En AA.VV.Residencias para personas mayores. Manual de Orientación. SEGG-INSERSO, Madrid.
- Yanguas, J.J.; Leturia, F.J. (1995b): “Hacia una conceptualización de programas de intervención en gerontología psicosocial: el modelo de influencia”, Revista Española de Geriatría y Gerontología, 30(3): 177-188
- Zarit, S.H. y Zarit, J.M. (1984): “Depression in later life : theory and assessment”, en Abrahams, J.P. y Crooks, V.(eds.), Geriatric mental health, Grune and Stratton. New York .