

Calidad de vida en las personas mayores

Susana SANDUVETE CHAVES
Universidad de Sevilla

Resumen

El concepto "calidad de vida" adopta una especial relevancia cuando de personas mayores se trata debido a que, a veces, los servicios que reciben están limitados a nivel asistencial, cubriendo sólo las necesidades básicas en lugar de considerar a la persona como un ser integral.

Este trabajo pretende ahondar en esta cuestión. Se realizó un estudio bibliométrico para determinar las características de los programas de atención a personas mayores en la actualidad, especificando puntos débiles y, a partir de éstos, proponiendo mejoras desde las distintas disciplinas de la Psicología. A partir de la revisión teórica, por una parte se plantea a nivel aplicado la implementación de algunas propuestas de mejora ejemplificadas en un estudio de caso referido a una residencia de atención a personas mayores y, por otra parte, se apuntan algunas pautas de acción para el futuro en el diseño de programas de atención a personas mayores.

Palabras clave: calidad de servicio, calidad de vida, personas mayores, análisis bibliométrico, programas de intervención.

Abstract

The term "quality of life" is quite relevant when we talk about elderly people. Sometimes elderly people do not receive services from a global perspective of their situation and only have an assistance level of intervention. The general objective of this paper is to propose ways to improve intervention practice in elderly people after describing what has been done for last 10 years. First, we present a literature review to describe main characteristics of intervention program for elderly people in literature. Second, we propose ways to improve interventions from different Psychological and methodological points of view. Finally, we apply these results to a case study and we propose some ways to improve future intervention programs designs for elderly people.

Key words: quality of life, quality of service, elderly people, literature review, intervention programs.

Dirección de la autora: Departamento de Psicología Experimental. Facultad de Psicología. c/ Camilo José Cela, s/n. 41018 Sevilla. *Correo electrónico:* sussancha@us.es

Este artículo fue presentado como trabajo para optar el premio extraordinario de Licenciatura en la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla (promoción 1998-2003).

Recibido: enero 2004. *Aceptado:* septiembre 2004.

Debido al aumento de la esperanza de vida y al gran descenso en las tasas de natalidad experimentados en los últimos años en los países desarrollados, la tradicional pirámide poblacional se está invirtiendo, de tal manera que cada vez van siendo más las personas mayores y menos los niños y jóvenes: la población está envejeciendo a ritmo acelerado (Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 1999).

Esta tendencia, lejos de cambiar, se va acentuando. Así, hoy día, uno de cada siete habitantes de la Unión Europea tiene más de 65 años y uno de cada quince, más de 75; los estudios prospectivos indican que, en el 2020, uno de cada cinco tendrá más de 65 años y uno de cada diez, más de 75. Actualmente, la quinta parte de los habitantes de la Unión Europea tiene más de 60 años (60 millones de personas); en los próximos 20 años, esta proporción ascenderá a casi una cuarta parte (González y Caramés, 2001).

Este hecho no sólo tiene consecuencias económicas (como la posible desaparición de las pensiones en el futuro), sino que también tiene importantes consecuencias sociales: por un lado, está aumentando el número de personas que precisan de cuidados. Así, según algunas investigaciones llevadas a cabo en España (Verdugo y Gutiérrez-Bermejo, 2000), entre un 15 y un 20% de la población mayor de 65 años tiene algún problema que le imposibilita total o parcialmente el desempeño de las actividades de la vida diaria; a partir de los 85 años, el 80% sufre este tipo de limitaciones, normalmente relacionadas con la movilidad. Por otro lado, está disminuyendo el número de potenciales cuidadores: al disminuir el número de hijos por pareja, disminuyen las posibilidades de que, al llegar a la vejez, las personas tengan a alguien que les pueda atender y dar cuidados (la *ratio* de personas jóvenes por cada mayor va en

descenso); además, la mujer, que se dedicó tradicionalmente al cuidado de su familia (ya sea a la crianza de los hijos o a la atención de los abuelos), se ha incorporado al mundo laboral. Este cambio de rol conlleva, entre otros aspectos, el aumento de responsabilidad fuera del ámbito familiar, con lo que disminuye el tiempo de dedicación en este contexto.

Estos cambios sociales y demográficos acaecidos en los últimos tiempos conllevan la necesidad de encontrar otras opciones para el cuidado a las personas mayores que lo precisen, fuera del denominado apoyo informal. Es por ello que se está fomentando el “envejecimiento en casa” a través de los servicios de ayuda a domicilio y programas de apoyo a familias con mayores discapacitados y que está surgiendo, ante la demanda, un gran número de Centros de Día y de residencias para personas mayores (Rodríguez, 2000).

Ante este auge de centros dedicados a la atención de las personas mayores, surge la incipiente necesidad de garantizar un mínimo de calidad de los servicios que prestan, ya que aún existe la institución como sinónimo de masificación, pérdida de identidad y de libertad de la persona mayor, rutina, aislamiento provocado o voluntario y restricción de derechos (Martínez, 2000). Sin embargo, este no es un asunto que socialmente parezca preocupar; aparentemente, sólo tienen eco los casos extremos, como los de maltrato institucional a personas mayores.

Es especialmente relevante el estudio de la calidad de servicio en este ámbito por las características de la población destinataria, ya que no siempre mantienen la capacidad de llevar a cabo quejas; a pesar de que es uno de sus derechos, no siempre tienen un medio para comunicarse (como los Consejos integrados por personas mayores en las residencias); e incluso no siempre son oídos cuando se manifiestan.

En este marco, los objetivos de nuestro estudio son:

- Definir y describir los componentes de la calidad de servicio y la calidad de vida.
- Determinar las consecuencias de un bajo nivel en la calidad de vida en la vejez.
- Describir, a partir de un estudio bibliométrico, el estado actual de la investigación acerca de los programas de intervención con personas mayores.
- Proponer mejoras aplicables a programas de atención a las personas mayores.
- Aplicar las propuestas teóricas a un caso práctico.
- Proponer posibles pautas de acción para el futuro.

Calidad de servicio y calidad de vida: definición y componentes

Según Fernández, Cabo y García (1999), la *calidad de servicio* implica la concepción de que el bienestar del cliente siempre es el objetivo primordial (otros factores generalmente importantes como podría ser el aspecto económico quedarían relegados a un segundo plano). Al hablar de calidad no sólo se hace referencia al prestar los servicios mínimos para la supervivencia sino que se trata, además, de conceder un alto nivel de bienestar, de satisfacción, de autoestima, fomentando la independencia y el desarrollo personal de la persona mayor; se trata de detectar los intereses personales y usarlos para así motivar a la acción. Por tanto, un servicio de calidad pretende aportar al usuario o cliente un alto nivel de calidad de vida, concepto cuyos indicadores giran alrededor de dos ideas básicas:

- Los empleados y empleadas del servicio comparten los deseos de los clientes.
- Se respetan los derechos de la legislación vigente.

De forma más pormenorizada, cabe destacar que los *indicadores de calidad de vida*, siguiendo a los mismos autores, se dividen en seis áreas:

- *Opciones*, referidas a la capacidad de las personas para detectar sus necesidades y tomar decisiones, tanto cotidianas como más trascendentales para su vida; por tanto, consiste en que tengan capacidad de elección.
- *Relaciones*, consistente en poder contar con apoyo, formal y/ o informal y estar integrado en la sociedad.
- *Estilo de vida*, que hace referencia a la posibilidad de la persona de ejercer sus costumbres culturales y de ser independiente y productiva; a tener situaciones de vida estables y al estar cómoda en el lugar en el que vive.
- *Salud y bienestar*, que abarca aspectos como la seguridad, la posibilidad de gozar del mayor nivel de salud posible y el saber qué hacer en situaciones de emergencia.
- *Derechos*: las personas identifican sus deseos y aquello que les gusta y no les gusta; ejercen sus derechos y deberes; no sufren ningún tipo de maltrato; reciben un trato digno; utilizan servicios públicos adecuados; y tienen la posibilidad de recibir asesoría legal.
- *Satisfacción*: en este área se mide si las personas alcanzan los objetivos que se marcan y si están satisfechas con los servicios que reciben y con sus vidas.

Principales consecuencias de una baja calidad de vida

Cuando el nivel de calidad de vida no es elevado, la persona mayor muestra deficiencias en todas las áreas.

En el *área cognitiva*, cuando el contexto no es estimulante, cuando la persona no realiza actividades por sí misma, cuando se le priva de la capacidad de tomar decisiones, de planificar sus acciones, o de tener responsabilidades, las capacidades cognitivas (memoria, atención, razonamiento, etc.) se van usando cada vez menos, lo que provoca su pérdida gradual (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón, 1999).

En el *área motivacional y emocional*, cuando la persona carece de apoyo tanto formal como informal, cuando no está integrada en la sociedad, cuando está insatisfecha con el trato que recibe, o cuando la persona siente que no tiene control sobre su vida, se produce un descenso de la autoestima y el autoconcepto y se desarrolla un sentimiento de inutilidad y dependencia que puede tener consecuencias muy negativas gradual (Fernández-Ballesteros, Moya, Iñiguez y Zamarrón, 1999). Según Andrés y Bas (2000), se encuentra un ejemplo de este hecho al comparar el porcentaje de personas mayores con depresión que viven en la comunidad (10%) con el porcentaje encontrado entre los que viven en residencias (entre un 15 y un 35%), contextos tendentes a desarrollar la dependencia en la persona mayor, con la consiguiente sensación de no control e impredecibilidad de los acontecimientos y de percepción de los estímulos externos como amenazadores (negativos e indeseables). Estímulos percibidos con estas características producen estrés y su prolongación en el tiempo lleva a una fase de agotamiento que puede terminar en enfermedad, depresión o incluso la muerte (León, Medina, Cantero, Herrera y Ballesteros, 2002-2003).

En lo relativo al *estado físico*, situaciones de maltrato físico o de negligencia en los cuidados puede llevar a consecuencias nefastas: graves lesiones o incluso la muer-

te. Sin embargo, no hay que llegar a estos extremos para encontrar consecuencias físicas negativas debidas a una baja calidad de vida; por ejemplo, la inactividad física, el hecho de no ejercitar las funciones que aún se poseen conlleva el deterioro de éstas, llegando incluso al dolor físico (Godoy y Godoy, 2000).

Una forma de intentar evitar todas estas consecuencias negativas que puede provocar el bajo nivel de calidad de vida es a través de la mejora de los programas de atención a personas mayores que se llevan a cabo en la actualidad, de tal manera que se optimice al máximo el servicio que reciben.

Con el propósito de identificar posibles mejoras en los programas de atención que en la actualidad se prestan a las personas mayores procedimos, en primer lugar, al análisis bibliométrico del estado de la cuestión.

El estado actual de la cuestión: un estudio bibliométrico

Método

Para realizar este estudio bibliométrico hemos acudido a las bases de datos informatizadas existentes en la Universidad de Sevilla para la búsqueda bibliográfica, que son las siguientes:

- Psycinfo (1887-2003)
- Eric (1966-2003)
- Current Contents (1999-2003)
- EBSCO Online (1997-2003)
- Medline (1995-2003)

En todas ellas se consultaron (por separado y en combinación) las siguientes palabras clave: anciano, calidad de vida, calidad de servicio, *elderly*, *geriatric*, *intervention program* y *evaluation*. Ello nos permitió obtener 807 resúmenes de trabajos, publicados y

recogidos en las mencionadas bases de datos, relacionados con nuestro objeto de estudio. De esos 807 trabajos, se seleccionaron los que cumplían tres criterios: proporcionan suficiente información y datos respecto a las variables de este estudio, las intervenciones fueron realizadas con humanos y no se trata de replicaciones de un mismo trabajo. El manejo informático de las referencias y resúmenes/abstracts se llevó a cabo con el programa *Procite-5*. Finalmente fueron eliminados de la codificación 107 trabajos debido a que en los resúmenes no aparecían datos suficientes o estaban referidos a estudios con animales. Del total de trabajos analizados, el 55% procedían de Estados Unidos, el 31% de países de la Unión Europea, el 5% de Asia y el resto de diversas procedencias.

La codificación fue realizada, con ayuda del programa *Access-2000Pro* por dos codificadores entrenados en el sistema de categorías. La fiabilidad media intercodificadores resultó adecuada ($kappa=0.6$). Para el análisis descriptivo de los datos se usó el programa *SPSS 11.0*.

Resultados

Los resultados de este estudio muestran que las investigaciones en este área se encuentran aún, principalmente, a nivel descriptivo, sobre todo en los países de la Unión Europea en comparación con Estados Unidos. A continuación se presentan los hallazgos más interesantes:

- Sólo el 13% de los trabajos se inspiran explícitamente en un modelo teórico. En más del 25% de ellos no hay siquiera indicios de orientación teórica.
- En el 13% de los casos se trata de estudios realizados aplicando el método experimental; el 24% utilizan diseños

cuasi-experimentales y la mayoría (un 46%) son estudios llevados a cabo con metodología pre-experimental. En un 18% de los casos no encontramos información sobre el diseño del estudio.

- La mayor parte de los estudios (58%) realizan seguimientos de menos de seis meses. Sólo el 22% de las intervenciones mantiene un seguimiento mayor de 6 meses. En general, los seguimientos tienen mayor duración en los estudios realizados en Estados Unidos. Un 19% de los trabajos no aporta información sobre seguimiento de los resultados.
- En función de los momentos de medida, únicamente se toman medidas previas y posteriores (diseño pretest-postest) en el 30% de las ocasiones y sólo en el 6% de los artículos se especifica que todas las medidas tomadas antes de la intervención aparecían tras la intervención.
- En referencia a las técnicas de control, sólo el 6% de los estudios empleaba el doble ciego, con los problemas de validez que esto conlleva. Esta cifra tan baja se debe, en parte, a que aproximadamente un tercio de los estudios encontrados se quedaban a nivel descriptivo, usando una metodología basada en encuestas u observaciones.

Propuestas de mejora

A la vista de estos resultados pueden formularse algunas sugerencias para la mejora del diseño de los programas de intervención con personas mayores.

Explicitar la orientación teórica que se sigue y los estudios previos de los que se parte

Algunos de los modelos teóricos que desde la Psicología pueden dar inspirar o apoyar

los programas dirigidos a lograr un aumento de la calidad de vida de las personas mayores:

Modelo ecológico-sistémico de Bronfenbrenner (Rodrigo y Palacios, 1998). Para el análisis de la realidad, hay que adoptar una visión global, de conjunto, teniendo en cuenta a la persona en sí, a aquellos que le rodean en los distintos contextos, como pueden ser la familia y las personas con las que convive en la residencia (microsistemas), a la relación entre microsistemas (mesosistema), aquellos contextos en los que se mueven los que se relacionan con la persona en sí (exosistema), al contexto político, social y cultural (macrosistema) y a la interacción de todos ellos. El cambio en uno de los sistemas provocará cambios en todos los demás.

Teoría evolutiva no entendida como una secuencia prefijada de estadios en los que la vejez supone el fin de la evolución o la etapa de declive, sino como la culminación de un ciclo vital, una época de pérdidas, pero también de ganancias (Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 1999).

Teoría de la actividad (Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 1999). Esta teoría justifica la ejercitación de aquellas capacidades que no se han perdido para su mantenimiento óptimo. Afirma que las personas mayores, para estar satisfechas con sus vidas, tienen que pensar que son necesarias a los demás; que la sociedad aún los necesita. Argumenta que el ejercicio físico continuo, el ajuste social y las actividades productivas que requieran compromiso y responsabilidad, pueden contrarrestar el deterioro que produce el envejecimiento:

- A nivel cognitivo, fundamentaría los programas de intervención de psico-

estimulación (aptos para personas con demencia en fases iniciales) o programas de ejercitación de la memoria. Los resultados positivos en estos tipos de intervenciones están cada vez más demostrados (*El País*, 6-8-2003).

- A nivel físico-conductual, lo que serviría de fundamentación a las intervenciones que fomentan el bienestar físico a través de, por ejemplo, el ejercicio y una buena alimentación y aquellas que pretenden optimizar las funciones que aún se poseen, tanto las actividades de la vida diaria básicas como las instrumentales. De este modo, se explicaría la trascendencia del hecho de que se promueva la participación en las actividades cotidianas de las personas mayores dentro de sus posibilidades; que hagan cuanto puedan, lo que esté en sus manos, lo que implicaría la colaboración del personal que les atiende (a pesar de que, en principio, les pueda parecer más cómodo o rápido hacerlo todo ellos mismos).
- Además, esta teoría apoya a todos los tipos de programas de atención a las personas mayores que, directa o indirectamente, fomenten las relaciones sociales (Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 1999).

Teoría de la plasticidad: está comprobado que las personas mayores conservan la "plasticidad conductual"; no es cierto que se pierda la capacidad de aprendizaje con la edad.

Teoría del afrontamiento (León, Medina, Cantero, Herrera y Ballesteros, 2002-2003). La satisfacción de las personas depende mucho de las situaciones externas (que no siempre son modificables); sin embargo, el factor personal también tiene gran importan-

cia: una misma situación estresante puede ser afrontada de maneras muy diversas en función de si la persona la ha percibido como amenazadora o como un reto.

La llegada a una residencia supone un cambio radical, un momento de ruptura y crisis en la vida de cualquier persona, pues supone salir de su contexto cotidiano, con el peligro de desarraigo que esto conlleva. Esta teoría podría explicar por qué algunos no llegan a adaptarse, otros tardan mucho en adaptarse y otros lo hacen rápidamente. Ayudaría también a facilitar este proceso.

Modelo de inutilidad aprendida (Fierro, 1999) muy relacionada con la *indefensión aprendida* de Seligman (Verdugo y Gutiérrez-Bermejo, 2000). Consistiría en la inmersión de la persona en entornos no contingentes, de tal manera que las diversas conductas realizadas para defenderse de algún estímulo aversivo proveniente del exterior no se relacionan con determinadas consecuencias. Al ver que, actúe como actúe, el entorno no varía, la persona acaba por no actuar; de tal manera que surgen dos déficits: pasividad o déficit motivacional y depresión o déficit emocional.

En este sentido, otro tipo de intervención sería la promoción de la toma de decisiones, con lo que se lograría el aumento de la satisfacción en uno mismo: la capacidad de control sobre las propias opciones (autocontrol) acarrea un aumento en la autoeficacia y en la autoestima. Las decisiones a tomar han de abarcar todos los aspectos de la vida de la persona y no sólo los más intrascendentes.

Modelo de dependencia aprendida de Baltes (Verdugo y Gutiérrez-Bermejo, 2000). Una conducta dependiente es “la aceptación o petición, ya sea de manera activa o pasiva,

de la ayuda de otros para satisfacer las necesidades físicas o psicológicas más allá del nivel necesario”. En esta teoría se conciben las consecuencias de la conducta dependiente como una mezcla de ganancias y pérdidas: pérdidas, por la reducción de la autonomía; ganancias porque son conductas instrumentales ya que la persona mayor consigue tener mayor contacto social con las personas que le rodean; por tanto, le sirve para ejercer control social de su entorno. Sin embargo, no se puede decir que sea una técnica activa o primaria, sino pasiva, pues se consigue el control a través de “no hacer” algo, en lugar de “haciendo”. Esta forma de control produce los mismos efectos que el no control: la reducción de actividad física y psicológica conduce a la pérdida de esas funciones que dejaron de hacerse.

Prestar mayor atención al diseño de los programas

1. Potenciar, en la medida de lo posible, procedimientos aleatorios para la asignación de los sujetos a los distintos grupos de intervención para la estimación insesgada del tamaño de efecto. En su defecto, como alternativa, se pueden crear grupos lo más similares posibles (diseños de cohortes y diseños de discontinuidad en la regresión, mejor que los grupos no equivalentes).
2. Aumentar el tiempo de seguimiento.
3. Como mejoras en relación a los momentos de medida, se puede proponer:
 - a. Respecto a las medidas previas, cuantas más se tomen, más calidad tendrá la evaluación; además, sería conveniente que hubiera al menos una; en caso de que esto no fuera posible, podrían tomarse medidas retrospectivas.

- b. En relación a las medidas posteriores, cuantas más se tomen, más válidos serán los datos; además, sería conveniente que hubiera al menos una; en caso de que no hubiera, se podría usar variables dependientes no equivalentes.
- c. Intentar que todas las medidas tomadas antes de la intervención se tomen también posteriormente.

- 4. Aumentar el uso de distintos tipos de técnicas de control.
- 5. Analizar los datos con métodos que supongan encontrar relaciones direccionales y no sólo correlación (a veces, ni tan siquiera se llega a esto).

Tras examinar las características de los programas de atención a personas mayores y proponer posibles mejoras, trasladaremos estas conclusiones a una situación real.

Revisión de un caso de una residencia de atención a personas mayores

Descripción del centro

Se trata de un centro de pocos recursos en el que, a pesar de la buena disposición y gran profesionalidad y experiencia de todas las empleadas y de haber pasado el visto bueno de la Consejería de Asuntos Sociales, no siempre se aporta un alto nivel de calidad de vida a sus usuarios. Además, la mayoría de éstos presentan importantes problemas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales, de tal manera que existen varios casos de demencia avanzada, otros tantos en fases iniciales, algunas personas con depresión y muchas con desmotivación y un gran porcentaje de personas 'no válidas' (que necesitan, al menos, ayuda para la realización de tres actividades de la vida

diaria, causa principal de institucionalización en la mayoría de los casos).

Tras llevar a cabo un estudio exploratorio a partir de entrevistas semiestructuradas a empleadas, usuarios y personas allegadas (generalmente familiares) y a partir de la revisión hasta ahora expuesta, pueden destacarse los siguientes puntos fuertes y débiles (tabla 1).

Propuestas de mejora

Las distintas posibles mejoras para solventar estos puntos débiles se podrían resumir en dos objetivos generales:

- Intervenir en todas las áreas en las que haya necesidades y no únicamente en el área asistencial.
- Mejorar aquellas intervenciones que se llevan a cabo en la actualidad. La finalidad es no partir de cero; aprovechar aquello que ya se está llevando a cabo, dándole más eficiencia, de tal manera que no se malgasten recursos ya existentes y que la intervención se dé con la mayor naturalidad posible en el contexto real (que se amolde con facilidad al funcionamiento cotidiano del centro).

De manera más pormenorizada, utilizando como guía las mejoras detectadas en la revisión teórica, estas serían algunas posibles mejoras:

Delimitación de modelo teórico para la intervención en las distintas áreas:

- 1. Modelos base en toda intervención:
 - a. Contra la visión parcial de la persona: el *modelo ecológico-sistémico* de Bronfenbrenner. Ir introduciendo otro tipo de filosofía, con la que se conciba a la persona como un ser

Tabla 1. Análisis de puntos fuertes y puntos débiles de una residencia de ancianos.

Puntos fuertes	Puntos débiles
<p><i>La comida:</i> todos coinciden en que está buena y los distintos menús se cambian cada cierto tiempo y están diseñados por un médico dietista en función de las necesidades de cada usuario.</p> <p><i>La higiene,</i> tanto personal como la limpieza de las estancias.</p> <p><i>El contexto:</i> a pesar de ser una institución, por su tamaño reducido y el poco número de usuarios (veinte), tiene cierto aire de hogar: en el sentido físico, porque cada usuario decora su habitación y las estancias comunes con las pertenencias que desean; y de relaciones con el personal porque, al haber tanto contacto diariamente, surge una fuerte alianza.</p>	<p><i>Ausencia casi absoluta de intervenciones más allá de las de carácter asistencial:</i> las necesidades básicas de alimentación, higiene, atención médica y vestido están cubiertas; sin embargo, no ocurre lo mismo con otros aspectos como por ejemplo el entretenimiento, las relaciones entre los usuarios, o la capacidad de toma de decisiones acerca de su propia vida.</p> <p><i>Falta absoluta de programación en las intervenciones de carácter no asistencial que se llevan a cabo:</i> no se determinan modelos teóricos ni estudios previos en los que se basan, no se especifica la metodología y el diseño usados, no se hace medida de los resultados ni seguimiento, no se llevan a cabo medidas previas a la intervención, y no se usa ningún tipo de técnica de control.</p>

integrado en distintos sistemas por lo que todo cambio, por más alejado de su persona que pueda parecer, le puede influir. Habría que empezar a nivel conductual y, posteriormente, ir profundizando en el cambio de actitud.

- b. *Teoría evolutiva sin estadíos y teoría de la plasticidad:* sin tener en cuenta estos dos modelos, toda intervención sería absurda e inútil; si se concibe la vejez como el declive y la mera espera de la llegada de la muerte y se considera que las personas mayores no pueden avanzar en sus capacidades ni aprender, no se tendría fe en posibles resultados, con lo que no tendría sentido intervenir.

2. Contra la falta de estimulación, distintas intervenciones basadas en la *teoría de la actividad:*

- a. Para personas con primeros síntomas de demencia: programa de psicoestimulación. Una intervención en este

sentido frenaría la evolución de las demencias en fases iniciales.

- b. Para personas con problemas de movilidad: ejercicio físico y paseos. Para solventar el problema de falta de personal, se podría implantar un sistema de voluntariado que, entre otras cosas, tuviera como función el acompañar a caminar a aquellos usuarios que no pueden sin ayuda.
- c. Para personas que, hasta ahora, presentan un envejecimiento normal:
- Programas de ejercitación de la memoria.
 - Ejercicio físico y paseos.
- d. Para el fomento de las relaciones sociales y la integración en la comunidad, basándose en la teoría de la actividad:
- Animación sociocultural aprovechando las actividades que lleva a cabo la directora (cerca a los usuarios y conocedora de sus gustos), pero de una manera más sis-

- tematizada: con una programación explicitada.
- Invitación a la gente del barrio a que conozcan el centro y a sus usuarios.
- e. Para el fomento de la autonomía:
 - Potenciar la autorrealización de tareas tan cotidianas como la comida, el aseo, etc., intervención basada en el *modelo de dependencia aprendida* de Baltes.
 - Dar la posibilidad a los usuarios de tomar decisiones acerca de la organización del centro (horarios, qué actividades realizar en el tiempo libre, etc.), tomando como modelos el de *Indefensión aprendida* e *Inutilidad aprendida* de Seligman.

Diseño metodológico apropiado de los programas de intervención

1. *Conformación de grupos de trabajo.* Sería conveniente hacer distintos grupos en cada programa de intervención con la finalidad de tener grupo control con el que comparar a aquél que recibió la intervención para que, de este modo, se pueda concluir con algo más de seguridad que las mejoras acaecidas tras la intervención se deben a ésta y no a otros factores externos que pudieron influir. No siempre es ético que unos usuarios reciban las intervenciones y otros no. Por tanto, se podrían buscar datos normativos con los que comparar o tomar como grupo control a usuarios de otras residencias en las que no se lleven a cabo intervención en ese área concreta, o plantear la implementación de las intervenciones de una manera escalonada dentro de un mismo centro, o en centros homólogos de distritos o áreas geográficas próximas, por ejemplo.
2. *Seguimiento de casos.* A la hora de evaluar después de la intervención, habría que medir más de una vez, de manera extendida en el tiempo, para poder determinar si los resultados obtenidos se mantienen o fueron pasajeros. Esto no siempre es aplicable porque hay ocasiones en las que la intervención es continuada; no tiene fin en su forma óptima de aplicación, como pueden ser los programas de psicoestimulación. En este caso, habría que tomar medidas periódicamente, aunque la intervención siguiera llevándose a cabo, para determinar que se está consiguiendo una evolución positiva de los resultados.
3. *Momentos de medida.* Sería conveniente realizar medidas previas antes de la intervención, de tal manera que se pueda posteriormente comparar estas medidas con las que se van a tomar tras la intervención. Este es un modo de obtener mayor seguridad de que, efectivamente, existen mejoras tras la intervención. Supondría, por ejemplo, pasar un cuestionario de satisfacción antes de comenzar una intervención referida al fomento de las relaciones sociales y el mismo, a los mismos usuarios, tras la intervención. Es conveniente realizar varias medidas antes de la intervención (hasta determinar una línea base estable) y, si se usan varios métodos (como, por ejemplo, una encuesta de satisfacción y el *Minimal State Examination* para evaluar los resultados de un programa de psicoestimulación), es importante que se usen tanto antes como después de la intervención.
4. Uso de *técnicas de control* para eliminar o, al menos, minimizar, los efectos de las variables extrañas. Por ejemplo, sería necesario usar el mantenimiento constante o sujeto como propio control a la hora de asignar a las personas a los distintos grupos en un programa de psicoestimulación,

con la finalidad de homogeneizarlos, de tal forma que todos los componentes de un grupo tuvieran semejante grado de deterioro cognitivo.

5. *Análisis de los datos* con el mayor nivel de profundidad que permitan sus características.

Perspectiva de futuro

Ante la necesidad de aportar un servicio óptimo a las personas mayores con el fin de mejorar su calidad de vida, es conveniente intentar llevar a la práctica propuestas usando una metodología participativa con todos los implicados con la finalidad, entre otros objetivos, de conseguir un alto grado de compromiso en los distintos implicados (sin el cual muy difícilmente se llegará a conseguir las metas deseadas). Todo lo cual potenciará la continuidad de los cambios de un modo autónomo e independiente del centro.

Como se ha visto, hay mucho por hacer y no se dispone de muchos recursos ni humanos (el centro no tiene psicólogo, ni animador sociocultural, ni fisioterapeuta, etc.) ni materiales (no tiene gimnasio ni mucho dinero que gastar). Por tanto, el primer paso sería llevar a cabo una evaluación sistemática y realista de las necesidades de los usuarios, con la finalidad de poder realizar de manera argumentada una priorización de actuaciones, de tal manera que, ante la imposibilidad de intervenir en todas las áreas por falta de tiempo y/ o recursos, se lleve a cabo lo más urgente y necesario. Esta evaluación de necesidades constaría de tres fases:

1. Recogida de datos, utilizando diversos instrumentos y tomando como muestra a distintos implicados: empleadas, familiares y usuarios.
2. Análisis de datos.

3. Toma de decisiones y priorización a partir de la cual empezar a intervenir.

Una vez detectadas las necesidades priorizadas, habría que realizar una programación concreta que fuera pertinente con las necesidades a cubrir, especificando cuáles serían los beneficiarios de la intervención, cuáles serían los objetivos y la metodología a utilizar, qué modelos servirían de base, cómo se llevaría a cabo la implementación y de qué manera se haría la evaluación. Finalmente, se pasaría a la implementación.

Ante la falta de recursos económicos, sería de gran interés realizar un estudio de las distintas ayudas que se pueden solicitar para ahorrar algunos gastos. Por ejemplo, existen ONG que facilitan voluntarias/os para la asistencia en el ámbito de las personas mayores. Otro ejemplo sería el caso de ciertas instituciones privadas que aportan material para la realización de intervenciones con personas mayores (por ejemplo, la Caixa ofrece gratuitamente materiales para llevar a cabo programas de psicoestimulación).

Por último, como reflexión personal, me gustaría plantear que un elemento relevante es transmitir ilusión y ganas de vivir y pasarlo bien, independientemente de los distintos eventos más o menos negativos que nos rodean. De hecho, en muchas ocasiones, son precisamente las personas mayores las que nos enseñan en primera persona, con su ejemplo, la manera de afrontar las distintas circunstancias de la vida. ¡Qué contrasentido pensar en dar calidad de vida a unas personas que, por su sola experiencia, nos deberían enseñar a nosotros qué es calidad de vida! Vivimos en una sociedad donde, al dejar de formar parte del sistema productivo y de consumo en una economía de mercado, ya somos seres “inútiles sin sentido” a los que hay que ayudar para que tengan calidad de vida.

Referencias

- Andrés, V. y Bas, F. (2000). Tratamiento de la depresión. En I. Montorio y M. Izal (Eds.), *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*, (págs. 111-150). Madrid: Síntesis.
- El País (6-8-2003). Ejercitar la memoria previene el Alzheimer. *El País*. Sección sociedad, pág. 21.
- Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Íñiguez, J. y Zamarrón, M. D. (1999). *Qué es la Psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández, S., Cabo, J. y García, J. (Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales) (1999). *Analizando la calidad de vida: calidad de vida, calidad de servicio*. Madrid: Grafo.
- Fierro, A. (1999). El desarrollo de la personalidad en la adultez y la vejez. En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (Comps.), *Desarrollo psicológico y educación. Vol. 1. Psicología Evolutiva* (págs. 567-590). Madrid: Alianza.
- Godoy, D. y Godoy, J. F. (2000). Promoción de la actividad física. En I. Montorio y M. Izal (Eds.), *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- González, R. y Caramés, R. (2001). *Atención social y envejecimiento*. A Coruña: 2010.
- León, J. M., Medina, S., Cantero, F. J., Herrera, I. y Ballesteros, A. (2002). Estrés psicosocial: valoración de los acontecimientos vitales estresantes. En *Guía de prácticas de Psicología Social de la Salud*. Sevilla: Material fotocopiado.
- Martínez, A. (2000). Aspectos legales y consideraciones éticas básicas relacionadas con las personas mayores y las residencias. En P. Rodríguez (Ed.), *Residencias para personas mayores. Manual de orientación* (págs. 143-159). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Rodrigo, M.J. y Palacios, J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza Editorial.
- Rodríguez, P. (2000). Evolución de las residencias en el contexto internacional. En P. Rodríguez (Ed.), *Residencias para personas mayores. Manual de orientación* (págs. 21-42). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Verdugo, M. A. y Gutiérrez-Bermejo, B. (2000). Promoción de la autonomía. En I. Montorio y M. Izal (Eds.), *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud* (págs. 43-59). Madrid: Síntesis.