

Intervención psicosocial en residencias para personas mayores

M.^a Luisa DELGADO LOSADA*

Resumen

En este artículo se analizan brevemente las raíces del estrés y los sentimientos de pérdida que experimentan los mayores al ingresar en una residencia. Tras este sucinto análisis, se sugieren algunas líneas de actuación con el fin de mitigar los efectos de este tipo de situaciones.

Así también, en el artículo se exponen, entre otros asuntos, la importancia que tiene el correcto funcionamiento de un equipo de trabajo formado por los distintos profesionales que trabajan en las residencias, y el proceso de evaluación del estado de salud de los nuevos residentes que ingresan en el centro.

Las cosas verdaderamente importantes no se realizan con fuerza, velocidad y aceleración de los movimientos del cuerpo, sino con reflexión, autoridad y juicio, y de esas cualidades no suele carecer la vejez sino que las aumenta.

(Cicerón. De Senectute)

Introducción

En las últimas cuatro décadas la población mundial ha experimentado grandes cambios en su estructura por edades, sobre todo en los países desarrollados (Coi-

Abstract

The roots of stress and loss feelings suffered by elders when going in a residential home are briefly analysed at the beginning of this article. Some lines of actions in order to mitigate the effects of this type of situations are suggested.

The importance of working teams of various professionals, the evaluation processes of the health of the new residents and that of the professionals at work, are some the items analysed in this articles.

ra Balanzat, 1999). Los factores que han hecho posible que se produzca este progresivo envejecimiento han sido: la disminución de la mortalidad, el bajo índice de la natalidad, la mejora de las condiciones sanitarias y sociales, y el aumento de la esperanza de vida.

En España la población de mayores de 65 años es de 4,5 millones, un 12,7 por 100 de la población total, que crece progresivamente.

En la actualidad, alrededor de un 3 por 100 de la población mayor española vive en Residencias, de ellas un 0'9 por 100 en residencias públicas y

* Licenciada en Psicología y Diplomada en Trabajo Social. Profesora Asociada en la Universidad Complutense de Madrid. Master en Gerontología Social.

un 2,1 por 100 en privadas (Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2000). Según diversos estudios son personas que han sufrido pérdidas de sus capacidades funcionales, necesitando ayuda, en mayor o menor grado, para la realización de las actividades de la vida cotidiana, y/o pérdidas en la red de apoyo social que les impiden continuar viviendo en su comunidad.

La mejora de los servicios sociales, la formación gerontológica específica del equipo multiprofesional que atiende a las personas mayores, el aumento de la esperanza de vida, y por consiguiente, su mayor grado de dependencia y polimorbilidad, son, entre otros, algunos de los factores que han permitido borrar la imagen negativa que pesaba sobre las residencias, como antiguos asilos, lugares fríos, lúgubres, donde se "aparcaba" a los viejos hasta la hora de su muerte (Lehr, 1988), destinados a personas sin apoyo social, ni familiar y sin recursos económicos.

Así mismo, esperamos que paulatinamente se vaya disipando la concepción hostelera que han tenido y tienen las residencias, fundamentalmente en la mente de los empresarios, basada en la idea de que los servicios de alojamiento, manutención y limpieza son los esenciales en este tipo de centros para personas mayores.

Desde nuestro punto de vista profesional, consideramos las residencias no como establecimientos hosteleros, sino como centros de carácter socio-sanitario, basado en modelos de intervención psicosocial, en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con o sin algún grado de

dependencia (Rodríguez, 1995; Yanguas y Leturia, 1995a y 1995b).

Proceso de adaptación a la residencia. Fuentes de estrés y satisfacción

El ingreso de una persona mayor en una residencia tiene lugar generalmente en dos situaciones, cuando la familia se siente "desbordada" y "no puede" prestarle la atención y el cuidado que su situación de dependencia requiere, o cuando el propio mayor se ve atrapado por sentimientos de soledad, desamparo y pérdida de control, al ser consciente de la disminución de sus capacidades para desenvolverse de forma independiente en la comunidad y, por tanto, él mismo decide acudir a una residencia.

Según Bender, Lloyd y Cooper, (1996) la elección de ingresar en una residencia supone una decisión crucial en la vida del mayor, y su ingreso definitivo conlleva una serie de pérdidas que provocan un elevado nivel de estrés que debemos conocer, y tratar, en la medida de lo posible, de mitigar su impacto.

La decisión del ingreso supone, salvo en los casos de personas con un alto grado de dependencia y/o pérdida de autonomía, el final de una larga lucha por mantenerse en su domicilio y en su entorno comunitario. Al sentir que esta batalla ha sido perdida, el mayor deberá tomar conciencia y aceptar la pérdida de sus capacidades físicas, psíquicas y/o sensoriales. La aceptación de estos cambios implica

un alto nivel de ansiedad y cierto grado de depresión que debemos tener en cuenta en nuestras intervenciones.

La adaptación al centro residencial no se produce en un momento puntual, sino que supone un proceso que dura semanas, meses e incluso años, en el que residentes, personal y familiares juegan un papel activo y consistente (Montorio, 1995).

Diversos estudios (Riquelme y Buendía, 1997; Borup, Gallego y Heferman, 1980) señalan los factores que influyen en la adaptación del mayor a la residencia: 1) el grado de preparación para el ingreso, 2) la voluntariedad del ingreso (Ferrari, 1962), 3) el grado de cambio ambiental (Ames, 1991), 4) estado de salud y el grado de dependencia del mayor, 5) el tipo de centro en el que ingresa ("hogareño", "deshumanizado", etc.) y 6) la organización, funcionamiento y servicios del centro.

En el momento del ingreso, la pérdida más importante que va a experimentar el nuevo residente es la de la familiaridad. La **familiaridad** es una fuente de confort, seguridad y placer en nuestra vida. Los objetos de apego, nuestras rutinas y costumbres a la hora de levantarnos, comer, etc., todo ello ha de ser inevitablemente reemplazado por las normas, rutinas y costumbres establecidos en el centro.

Cierto es que hoy en día en las residencias se permite, y es más, se anima a que los mayores traigan las pertenencias y enseres que deseen, pero tenemos que tener en cuenta que, tal vez, los objetos que les proporcionan mayor placer y confort sean demasiado grandes para meterlos en las habi-

taciones, en su mayoría de reducidas dimensiones, o puede que sean demasiado valiosos de forma que tendrán que ser guardados, sin poder usarlos o sin verlos, en la caja de seguridad de la residencia.

Es evidente que esta pérdida es vivida, por los residentes que conservan sus capacidades cognitivas relativamente intactas, con tristeza y angustia, pero mayor impacto produce en aquellos que padecen un deterioro cognitivo, ya que, debido a sus alteraciones de memoria y aprendizaje les resultará más difícil familiarizarse con su nuevo ambiente. Para ello se hace imprescindible un diseño ambiental del entorno adecuado a sus circunstancias y la existencia de programas de intervención que faciliten su orientación espaciotemporal.

La **pérdida de libertad** que sienten las personas que viven en residencias queda patente si pensamos en que las diferentes actividades que realizan a lo largo del día transcurren todas en el mismo lugar, bajo la misma autoridad y en continua compañía de un numeroso grupo de personas, con el que poco tienen en común, salvo el hecho de vivir bajo el mismo techo, y con el que realizan las cosas al mismo tiempo (Bender, Lloyd y Cooper (1996).

Algunas de las formas en que ellos mismos dicen sentir mutilada su libertad son: la dificultad en elegir el momento en que se desea comer, tumbarse en la cama, estar en pijama o en bata todo el día, salir a la calle sin tener que decírselo a nadie, y sobre todo, la insistencia en tener que permanecer gran parte del día en las salas

comunes con la prerrogativa de que "es bueno que estemos con los demás, nos relacionemos socialmente con otros residentes, cuando probablemente la verdadera razón es que es más fácil tenernos controlados y vigilados".

La **intimidad y dignidad** es otro aspecto que con gran frecuencia los mayores dicen haber perdido al ingresar en una residencia. El convivir y estar cerca de personas cuyas conductas no son las apropiadas (blasfeman, gritan, escupen...) les molestan enormemente.

El hecho de residir en una habitación compartida con otra persona a la que, generalmente, no conocen de nada, tener que adaptarse y aceptarse mutuamente, y no tener un lugar donde mantener su propia intimidad. Pero incluso, cuando la habitación es individual, se sienten invadidos por el personal que entra, a veces, sin llamar, a dejar la ropa, limpiar o supervisar el aseo personal, cuando no lo desean, o ser bañado por distintos miembros del personal, el no tener cerradura en las puertas, el ser visitado por otros residentes desorientados que entran y salen de la habitación libremente.

En el estudio realizado por Riquelme y Buendía (1997) señalan como principales fuentes de estrés que acompañan al ingreso de una persona mayor en un centro geriátrico las siguientes: la nostalgia, la soledad, la monotonía, las comidas, la falta de afecto, la masificación, la falta de intimidad, la relación con los compañeros, la pérdida de libertad, la falta de control, el trato con el personal y los horarios.

Otros estudios se señalan como fuentes provocadoras de ansiedad en los nuevos residentes: las caras totalmente desconocidas de los demás residentes y empleados, la distribución del edificio que hay que aprenderse, los nuevos procedimientos y formas de hacer las cosas.

Llegados a este punto probablemente muchos nos sentiremos molestos por tanto efecto negativo y tantas objeciones, pero debemos comprender que el nuevo residente sufre una gran cantidad de pérdidas cuando ingresa en una residencia, ahora bien dada esta situación ¿qué podemos hacer para mejorarla?

En primer lugar, tendremos que preguntarle o descubrir qué le gusta o le disgusta (alimentos, comidas), hábitos de higiene y aseo, grado en que necesita ayuda, horario de acostarse y levantarse, etc., con el objetivo de mantener la familiaridad de sus rutinas y minimizar el impacto del cambio de estilo de vida.

Tendremos que preguntarle por sus gustos, intereses y aficiones (labores, lectura, juegos, etc.) con el objetivo de facilitarle los medios necesarios para continuar realizando esas actividades en el que va a ser su nuevo hogar. Así mismo, conocer los intereses y gustos de los residentes permite organizar actividades que les interesen y fomentar entre ellos las relaciones sociales.

Desde hace algunos años se crearon en diversas residencias españolas Comités de Bienvenida o Acogida, con el objetivo de mitigar el impacto del mayor a su llegada al centro. Dichos Comités están formados por los nuevos residentes y por personas que lle-

van algún tiempo en el centro, quienes proveerán de apoyo a los primeros y facilitarán su adaptación.

Otra forma de facilitar la adaptación de los nuevos residentes al centro, el sistema de Tutorías, que consiste en asignar a un miembro del personal, que lo desee, uno, dos o más residentes, a los que prestar especial atención en las primeras semanas de su ingreso, con el objetivo de resolver sus dudas sobre la organización y funcionamiento del centro, aumentar su sentimiento de control y seguridad, tener alguien a quien revelar sus pensamientos, miedos y ansiedades por su nueva situación, etc. Los interesados en profundizar en este tema pueden consultar a Bender, Lloyd y Cooper (1996).

Por último, señalar que no todo es negativo en el ingreso en residencias, ya que estudios como el ya citado de Zamarrón y Fernández-Ballesteros (2000) señalan que los sujetos que viven en residencias se sienten satisfechos con su vida y perciben de forma más optimista su envejecimiento que los que viven en sus domicilios.

Programas de intervención psicosocial en residencias para personas mayores

A continuación desarrollaré en líneas generales algunos de los programas de intervención psicosocial que se llevan a cabo, o se deberían llevar a cabo, desde el Departamento de Psicología en las Residencias para *Personas Mayores*. Posteriormente,

expondré diversos programas de intervención que se realizan o deberían realizarse desde el Departamento de Terapia Ocupacional. Y en tercer lugar, se señalan algunos de los programas correspondientes al Departamento de Animación Sociocultural; ambos departamentos y las actividades que desde ellos se realizan están coordinadas y supervisadas por el responsable del Departamento de Psicología.

El trabajo que realizamos los profesionales responsables de los diferentes departamentos antes citados, y de éstos con los demás profesionales de la Residencia (médicos, enfermeros/as, fisioterapeutas, gerocultores/as, etc.), es un trabajo en equipo, entendido éste como, la coordinación de conocimientos y esfuerzos en un espíritu de armonía entre los miembros para el logro de un objetivo determinado. Este trabajo coordinado y en equipo queda patente desde que llega la persona mayor a la residencia, momento en el que se realiza su evaluación integral, para, posteriormente, diseñarle un plan de intervención adaptado a su estado de salud biopsicosocial. Consideramos que sin un trabajo en equipo eficaz no sería posible prestar una atención sociosanitaria de calidad a las personas mayores que viven en las residencias.

Evaluación integral de la persona mayor

Cuando llega un nuevo ingreso a la Residencia, el Equipo Multiprofesional (médico, psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y fisioterapeu-

ta) realiza una **evaluación integral del estado de salud de la persona mayor**, que incluirá:

- Evaluación del estado físico o médico.

- Evaluación neuropsicológica (áreas cognitiva, conductual y emocional).

- Evaluación funcional.

- Evaluación de la situación socio-familiar.

A partir de la valoración obtenida se preparará un plan de intervención global, que responda a las necesidades de la persona mayor. Los residentes son evaluados en todas las áreas anteriormente citadas de forma periódica, de manera que podamos ir adaptando el plan de intervención a su situación actual.

El **objetivo** es conocer el estado físico, psíquico, funcional y social del mayor para elaborar un plan de intervención específica para cada individuo en función de su estado de salud.

El proceso de *evaluación integral* de la persona mayor se realizará a través de 6 fases:

1.ª Entrevista inicial

Se realiza con el familiar y/o el paciente, recogiendo los datos completos que en ese momento poseen: estado físico, nivel cognitivo, capacidad funcional, estado emocional, déficits sensoriales, medicación, situación sociofamiliar, vivienda, intereses y aficiones, y todos aquellos datos que se consideren relevantes para elaborar el historial.

Posteriormente, se mantendrá una entrevista con el familiar o cuidador

principal del mayor, a quien se explicará el plan de intervención que se realiza en la Residencia, con sus diferentes programas y actividades, tanto para el mayor como para la familia, horarios, actividades, etc.

2.ª Exploración y valoración médica

Se realizará una valoración del estado físico del mayor, mediante un examen médico completo.

3.ª Evaluación neuropsicológica

La exploración neuropsicológica contempla tanto las áreas cognitivas como las conductuales y emocionales, con el objetivo de determinar las capacidades neuropsicológicas alteradas y preservadas del mayor, y seleccionar aquellas áreas a trabajar, planificándose una intervención específica para cada persona, en función de su estado.

Área cognitiva

La evaluación detallada del área cognitiva nos permite conocer el posible grado de deterioro del mayor. Dicha información será de gran utilidad para la elaboración del plan de intervención a diseñar para cada persona, y así, podremos trabajar más exhaustivamente las funciones cognitivas afectadas.

Área conductual y emocional

Es frecuente que las personas mayores padezcan alteraciones o modificaciones de la conducta (apatía, deambulación, inquietud, agresividad,

etc.) y cambios de personalidad (ansiedad, depresión, alucinaciones, etc.). La evaluación de ambas áreas es relevante, tanto para la prescripción de fármacos que mejoren dicha sintomatología, como por la transcendencia práctica y cotidiana que estos aspectos tienen en la vida social de la Residencia.

Área funcional

La evaluación funcional nos permite estimar el impacto del deterioro sobre la conducta del mayor, así como valorar su grado de independencia y autonomía para realizar actividades tales como: vestirse, asearse, ir al baño, sentarse, moverse, usar el teléfono, etc. En base a dicha información elaboramos los programas de intervención individualizados para el reaprendizaje de las actividades de la vida diaria (AVD) deficitarias, aprendizaje de técnicas alternativas o si llegara a ser necesario, la elaboración y adiestramiento en el uso de ayudas técnicas y adaptaciones.

4.^a Valoración familiar y social

La evaluación familiar y social comprende la obtención de información sobre la dinámica familiar y red social, así como, conocer sus gustos, aficiones y datos sobre su historia de vida.

5.^a Plan individualizado de atención

A partir de la valoración médica, neuropsicológica (cognitiva, conductual y emocional), funcional y sociofamiliar, se prepara un plan de interven-

ción que responda a las necesidades del mayor.

El esquema del plan individual de intervención se corresponde con el seguido para la valoración, de tal forma que exista relación entre el diagnóstico, la información obtenida sobre el grado de afectación de las diferentes áreas exploradas, y el tratamiento (farmacológico y no farmacológico) que se va a planificar.

Por tanto, el esquema del plan de intervención contendrá los siguientes apartados:

— **Estado físico:** Tratar de mantener, o por lo menos, de evitar su deterioro acelerado. Entre los programas que se desarrollan destacan: *Programa de rehabilitación individual, Programa de gerontogimnasia, Programa de ejercicio físico y respiratorio, Programa de movilizaciones, Programa de termoterapia, y Programa de prevención de caídas.*

— **Estado neuropsicológico:** Se desarrollan los siguientes programas: *Programa de Psicoestimulación, Programa de Orientación a la Realidad, Programa de Entrenamiento en Estrategias para Mejorar la Memoria, Programa de Estimulación del Lenguaje, Programa de Acogida y Adaptación, Programa de Entrenamiento en Relajación, Programa de Intervención en Depresión, Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales, Programa de Valoración Ambiental.*

En los citados programas se trabajan las áreas que se encuentren alteradas, con diferentes técnicas e instrumentos, por ejemplo, memoria, orientación, comprensión, psicomotricidad, lenguaje, etc.

— **Estado funcional:** Se potencia al máximo la realización de actividades que favorezcan el autocuidado y la autonomía del mayor. Dicha potenciación se desarrollará a través de los siguientes programas: *Programa de reeducación y mantenimiento de las AVDs, Programa de Higiene y aseo personal, Programa de Psicomotricidad, Programa de Musicoterapia y Programa de Terapia Funcional.*

— **Situación familiar y social:** La Residencia ofrece a los familiares la posibilidad de adquirir información y formación sobre la psicología de las personas mayores, sus enfermedades más frecuentes, etc. (*Programa de Orientación Familiar*), y proporciona la obtención de recursos personales para afrontar y comprender las situaciones difíciles que se pueden presentar (*Programa de aprendizaje de habilidades de afrontamiento y apoyo emocional a/llos a familiares*).

6.^a Período de prueba/adaptación

Tras el ingreso de la persona mayor en la Residencia tiene lugar un período adaptación, en el que se realiza el seguimiento de su integración en la vida del centro.

Programas de intervención del Departamento de Psicología

1. Programa de acogida y adaptación

La Residencia es un centro preparado para dar una atención de calidad

centrada en el bienestar y desarrollo de los mayores, en los que se trata de potenciar las capacidades y relaciones, y se atiende su salud bio-psicosocial.

El ingreso en una Residencia no es el principio del fin, sino más bien al contrario, debe ser el comienzo de una nueva etapa en la vida de la persona mayor, en la cual puede hacer muchas cosas según sus capacidades. Los objetivos de este programa son:

— Favorecer el proceso de ingreso y la adaptación del nuevo residente al Centro.

— Familiarizar al nuevo residente con el que va a ser su nuevo hogar.

— Proporcionar apoyo emocional (compañía) e instrumental (enseñarle residencia y actividades) al nuevo residente

— Aumentar el “sentimiento de utilidad” de las personas que integran el Comité de Acogida.

Dentro de las actividades que se desarrollarán desde este programa se encuentran:

1. Recibimiento acogedor del nuevo residente por parte del Equipo Multiprofesional y el Comité de Bienvenida o Acogida.

2. Enseñarle las instalaciones y el funcionamiento de la Residencia.

3. Seguimiento los 3 primeros meses por el equipo multiprofesional.

2. Programa de entrenamiento en estrategias para mejorar la memoria

Una de las quejas más frecuentes que expresan las personas mayores es la dificultad para recordar

nombres, retener información que les acaban de dar, etc.

Estas quejas de memoria han de ser evaluadas por el psicólogo y, si lo considera oportuno y beneficioso para el mayor, se le integrará en este programa.

Los objetivos de este programa son:

- Entrenar a las personas mayores en estrategias de memoria que prevengan y/o mejoren sus déficits o “fallos” de memoria que tienen lugar en la vida cotidiana.

- Informar sobre qué es y cómo funciona la memoria.

- Estimular los procesos cognitivos básicos: atención, percepción, lenguaje, etc.

Dentro de las actividades a desarrollar en este programa se encuentran:

1. La realización de tareas y ejercicios que fomentan la capacidad de la atención, ya que sin una buena atención es imposible el aprendizaje y la memoria.

2. El aprendizaje y la práctica de una amplia gama de estrategias de memoria externas e internas.

3. Programa de psicoestimulación

La Psicoestimulación es un método terapéutico que incluye diversas técnicas de rehabilitación cognitiva que se utilizan con personas que padecen pérdida de memoria, desorientación espaciotemporal, problemas de atención, alteraciones del lenguaje, etc.

El objetivo general de este programa es maximizar las capacidades (cognitivas, funcionales, sociales, etc.) residuales del mayor, mejorando su calidad de vida e intentando retardar su deterioro global.

Dentro de los objetivos específicos podemos citar los siguientes:

- Potenciar las capacidades cognitivas residuales.

- Evitar la limitación de movimientos y, si el deterioro psicomotor es elevado, crear automatismos, tanto para la marcha como para el desarrollo de las AVD.

- Fomentar la máxima independencia y autonomía en la realización de las AVD.

Las actividades a desarrollar desde este programa van dirigidas a trabajar las diferentes funciones superiores.

- *Memoria*, mediante las siguientes actividades: recuerdo de sucesos diarios, anecdóticos, biográficos, recuerdo de pequeñas tareas diarias, seriaciones, ejercicios de retención de imágenes y objetos, recitar seriaciones de números, etc.

- *Atención*, mediante las siguientes actividades: ejercicios donde se dan consignas y órdenes, comparaciones de dibujos, letras, etc., para encontrar diferencias, completar dibujos a los que les falta un detalle importante, realizar cenefas siguiendo un patrón, etc.

- *Orientación espacio-temporal*, mediante las siguientes actividades: consigna del día, mes, año, a dónde va, de dónde viene, qué cosas hizo antes y qué hará después, etc., ordenar imágenes según la secuencia temporal, representaciones espaciales de objetos o lugares, etc.

- *Esquema corporal*, mediante las siguientes actividades: reconocimiento de las partes del cuerpo propias o ajenas, lateralidad, simetría, orienta-

ción de las mismas en el espacio, orientación espacial, orientación gráfica, etc.

- *Capacidades perceptivas*, mediante las siguientes actividades: discriminar colores, formas y tamaños, discriminar figura/fondo, reconocimiento visual de objetos y rostros, reconocimiento a través del tacto, constancia de la forma, posición en el espacio y capacidad constructiva, percepción auditiva, visual y táctil, etc.

4. Programa de estimulación del lenguaje

Cuando una persona llega a una edad avanzada sufre numerosas pérdidas, a veces, pérdidas de una parte importante de su vida: salud, trabajo, seres queridos, relaciones sociales, etc. Pero la mayor parte de las personas de edad conservan la palabra. El lenguaje es la función superior que, si no existe causa orgánica, más tarde se deteriora. Las personas mayores hablan mucho si tienen con quién (Juncos, 1998).

Los objetivos de este programa son:

- Aumentar el número de ocasiones en las que las personas mayores pueden interaccionar, comunicarse y escuchar a los demás.

- Estimular la comunicación y el lenguaje para conservar o prevenir pérdidas en este área.

- Evitar la soledad y el aislamiento social.

Las actividades a desarrollar son:

- Taller de lectura (periódicos, revistas, libros, etc.).

- Comentar las noticias de la televisión que se ven diariamente.

- Taller de comprensión y expresión del lenguaje, juegos de reconocimiento e identificación, ejercicios de denominación.

- Vocabulario, se realizan las siguientes actividades: ejercicios de vocabulario básico e identificación de objetos verbalmente, descripción de imágenes, personas, repetición verbal de las actividades que se realizan, etc., ya que se produce una reducción progresiva del vocabulario.

- Intervención logopédica, se realizan las siguientes actividades: trabajar la comunicación oral por medio de ejercicios logocinéticos, moviendo los órganos que intervienen en la fonación a la hora de hablar, y la comunicación no verbal (gestual).

- Comunicación, se realizan las siguientes actividades: taller de lectura, realización de actividades sociales, lúdicas y recreativas que estimulen a los mayores al diálogo con los demás.

5. Programa de entrenamiento en relajación

El estado de relajación es una fuente de salud (física y mental) para la persona mayor y puede servir como base y/o apoyo para otros tratamientos médicos (los dirigidos al dolor, el insomnio, cardiorespiratorios) y psicológicos.

Los objetivos de este programa son:

- Actuar ante la problemática específica (médica y/o psicológica) de algunos residentes para los que la relajación puede resultar especialmente beneficiosa.

- Prevenir/mejorar posibles disfunciones del sueño (insomnio de

conciliación, hipersomnias, inadecuación del ritmo vigilia-sueño).

— Paliar los efectos insidiosos del dolor crónico.

— Reducción de la ansiedad/angustia derivada de acontecimientos vitales estresantes.

Las actividades a desarrollar son:

1. Ejercicios de respiración (diafragmática-abdominal).

2. Aprender a reconocer las sensaciones de tensión muscular y la relajación en imaginación.

3.- Medidas higiénicas para favorecer un sueño normal (horarios para acostarse, comidas, ejercicios físicos, reducción de la duración de la siesta, etc.)

6. Programa de intervención en depresión

Las conductas depresivas son una psicopatología frecuente en las personas mayores. Tales respuestas se expresan en forma de autoverbalizaciones negativas y desvalorativas con respecto a sí mismos, a su entorno y a su futuro, baja autoestima general, un escaso reconocimiento de sus cualidades positivas y una baja frecuencia de participación en actividades reforzantes y gratificantes.

Los objetivos son:

— Mejorar los síntomas depresivos físicos y psicológicos.

— Favorecer la adaptación del residente a la vida residencial.

— Mejorar la calidad de vida del residente.

Para el logro de estos objetivos se realizan actividades tales como, el aprendizaje de habilidades, cognitivas y con-

ductuales, que les permitan compensar el impacto negativo de las pérdidas psicosociales asociadas al envejecimiento y a la institucionalización.

7. Programa de entrenamiento en habilidades sociales

Los objetivos del programa son, entre otros:

— Mejorar las interrelaciones entre los residentes, su convivencia y vida social.

— Fomentar la asertividad como modo de respuesta adaptativo.

Las actividades para la consecución de este objetivos se desarrollan en un programa de entrenamiento en diferentes Habilidades Sociales (modificables según la demanda existente), tales como: mantener una conversación, aprender a hacer cumplidos, recibir y hacer críticas, aprender a decir NO, hacer ver nuestros derechos, etc.

8. Programa de valoración ambiental

Las características físicas y arquitectónicas del lugar donde vive la persona mayor, en este caso, de la residencia, influyen de forma decisiva en su autonomía, el desarrollo de las actividades de la vida diaria, su comodidad y satisfacción. Por tanto, es necesario realizar una evaluación ambiental continuada de dichas características ambientales para hacer los cambios oportunos y lograr los objetivos que se plantean.

Estos son:

— Compensar la reducción de las capacidades funcionales y cognitivas.

- Prevenir accidentes y caídas.
- Permitir adaptar el diseño y estructura de los alojamientos, espacios y lugares de convivencia a los cambios que se producen en la persona mayor.
- Mejorar el bienestar y comodidad de las personas mayores.

Las variables arquitectónicas y físicas sobre las que se actuará son: señales de orientación, estimulación sensorial, mecanismos de seguridad, equipamiento y aspectos arquitectónicos.

Para concluir, los programas de intervención que se desarrollan desde el Departamento de Psicología, haré especial mención de aquellos que van dirigidos a la familia de los residentes.

Si bien es verdad que en las residencias suelen vivir un porcentaje relevante de personas sin vínculos familiares cercanos, también es cierto que muchos de los mayores que viven en residencias tienen familia. Las relaciones y tipo de cuidados aportados pueden modificarse por el cambio de vivienda del mayor, pero el ingreso residencial debe considerarse como un punto más del continuo cuidado familiar (Padierna, 1994).

Cada nuevo ingreso entra en la residencia con su familia, con su propia historia familiar (sus conflictos, sus relaciones, sus valores, etc.), aspecto que los profesionales no debemos obviar.

Al igual que la persona mayor ha de pasar, inevitablemente, por un proceso de adaptación a la vida residencial, la familia también debe pasar por él. Para facilitar dicho proceso se llevan a cabo los siguientes programas de intervención.

9. Programa de orientación familiar

Rosenthal y Dawson (1992) proponen un modelo del proceso de adaptación familiar al internamiento.

El primer estadio hace referencia al momento del ingreso en el que predominan en el familiar las preocupaciones intrapersonales (depresión, soledad, culpabilidad, remordimientos) y sentimientos de ambivalencia por sentirse aliviados, liberados y agradecidos de que el mayor reciba unos cuidados que la familia ya no puede darle.

En el segundo estadio, cuando la familia ya ha descansado física y psicológicamente del ingreso, emerge una sobreatención e hiperdedicación hacia el familiar ingresado, tal vez para afrontar los sentimientos de culpabilidad e inseguridad por su dificultad de adaptación al nuevo rol de cuidador; es el momento en el que pueden surgir conflictos entre el familiar y el personas que ahora le atiende, por los cuidados necesarios y cómo prestarlos.

En el tercer estadio, la familia y el equipo cuidador establecen las tareas y responsabilidades de cada una de las partes en el cuidado diario del residente. La familia comienza a participar en la vida residencial y a relacionarse con las familias de otros residentes.

Por último, en el cuarto estadio, la familia se siente a gusto dentro de la residencia, sus sentimientos de culpabilidad y su vulnerabilidad emocional se han superado, se aceptan y se afrontan mejor, aunque nunca desaparecen del todo. Dentro de la residencia, la familia se involucra en las

actividades y fuera de ésta reorganizan su vida social, delimitando la parte de sus vidas que van a dedicar al familiar residente. El término “estadio” al que he venido haciendo referencia no quiere indicar que cada fase sea independiente y esté diferenciada de las demás, sino que algunas características se solapan, son comunes a más de un estadio y determinados acontecimientos pueden hacer que se reinicie el proceso.

No podemos olvidar que las residencias son centros de asistencia directa e integral a las personas mayores y, sus familias, quienes si lo desean, se les proporciona información y asesoramiento que facilite su propio proceso de adaptación a la vida residencial anteriormente descrito.

El objetivo fundamental de este programa es fomentar la integración y adaptación del mayor y su familia a la vida de la residencia.

Entre las actividades que se desarrollan para lograr dicho objetivo se encuentran:

- Sesiones de información entre los familiares y el equipo profesional de la residencia sobre las características psicológicas de las personas mayores.

- Trabajar con ellos los sentimientos de culpabilidad por tener que ingresar a una persona mayor en una residencia porque ya no les pueden cuidar.

- Sesiones informativas en las que se tratan temas como la organización de la vida cotidiana en la residencia, u otros temas que ellos demanden.

10. Programa de aprendizaje de habilidades de afrontamiento y apoyo emocional a/los cuidador/es

La atención a las personas mayores origina el “agotamiento” del familiar quien necesita apoyo externo para seguir desempeñando sus funciones, a pesar de que se encuentre en una residencia. Por ello, los familiares necesitan conocer cómo responder mejor a las situaciones cotidianas que se presentan y que no son capaces de manejar con eficacia.

Los objetivos son:

- Enseñar al familiar o cuidador técnicas de afrontamiento ante situaciones difíciles (agresiones e insultos, vagabundeo, reacciones desmedidas, acusaciones, etc.).

- Enseñar al familiar o cuidador a “cuidar de sí mismo” (delegar responsabilidades de cuidado en otros familiares, reducir la autoexigencia).

- Enseñar al familiar o cuidador técnicas relacionadas con el control de sus reacciones emocionales (irritabilidad, angustia, tristeza, culpa, impotencia, frustración) y del estrés o la “carga” experimentada por éste.

- Mejorar la calidad de los cuidadores que se prestan al mayor.

Las actividades del programa de intervención consisten en:

- Conocimiento de las características personales, capacidades y situación social del familiar cuidador.

- Definición de los excesos y déficits conductuales del familiar residente.

- Entrenamiento en técnicas de manejo y respuesta eficaz a las con-

ductas disruptivas que pueden presentar las personas mayores.

— Aprendizaje o modificación de la forma más eficaz de afrontar tareas de cuidado, es decir, entrenamiento en técnicas de control de estrés, solución de problemas, en definitiva, cómo cuidarse a sí mismo.

— Aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales por parte del familiar cuidador en su vida cotidiana.

Programas de intervención del Servicio de Terapia Ocupacional

1. Programa de reeducación de la AVDs

Las Actividades de la Vida Diaria (AVDs) son las que facilitan la independencia y la autonomía de la persona mayor. Las personas mayores, y concretamente, las personas mayores afectadas de demencia, ven mermadas sus capacidades de autocuidado, por lo que, se desarrollan programas centrados en la reeducación de dichas actividades.

Los objetivos son:

— Fomentar los hábitos higiénicos y aseo personal.

— Mantener y/o mejorar el grado de independencia y autonomía.

— Mejorar el desarrollo y ejecución de las AVDs, tanto básicas como instrumentales.

Se trabajarán tanto las AVD básicas como las instrumentales.

• AVD Básicas. Actividades de autocuidado como: comer, vestirse, bañarse, arreglarse, usar el retrete, etc., y actividades que fomenten la movili-

dad como: traslados cama-sillón, subir y bajar escaleras, deambular, etc.

• AVD Instrumentales. Actividades: encender interruptores, usar el teléfono, manejar el dinero, realizar actividades domésticas, etc.

El programa será adaptado e individualizado para cada persona mayor, en función de la información obtenida de la evaluación integral previa, haciéndose hincapié en la realización aquellas actividades que potencien las capacidades más alteradas.

2. Programa de orientación a la realidad

La Terapia de Orientación a la Realidad es un método terapéutico que incluye diversas técnicas de rehabilitación cognitiva que se utilizan en personas con pérdida de memoria, desorientación temporal y espacial, y problemas de confusión, pero no sólo sirve para rehabilitar (en la medida de lo posible) sino que tiene también como objetivos mantener las capacidades cognitivas preservadas, y evitar un mayor deterioro cognitivo y funcional.

Las actividades a realizar se llevan a cabo en pequeños grupos de 4-6 personas donde se trabaja la orientación temporal, espacial y personal y actividades de lenguaje —expresión y comprensión—, memoria, etc.

3. Programa de psicomotricidad

La psicomotricidad es una técnica psicocorporal que permite, a través del cuerpo y el movimiento, desarrollar las capacidades motoras, psíquicas y sociales.

Los objetivos son:

- Mantener las capacidades psicomotoras, fundamentalmente, coordinación motora.

- Favorecer la independencia y autonomía.

- Aumentar las capacidades funcionales de todos los sistemas corporales (respiratorio, cardiovascular y locomotor).

- Evitar la limitación de movimientos de miembros superiores e inferiores.

Se trabaja la motricidad gruesa (juegos con cintas, balones, realización de movimientos coordinados, ejercicios de extensión y doblaje de miembros superiores e inferiores, ejercicios de lanzar y recibir, etc.) y la fina (ejercicios de localización de dedos, reconocimiento de objetos por palpación, *moldear barro, harina y agua*, etc.), trabajar la pinza, dibujo y pintura, escritura, preguntarle cómo se afeitaría, lavaría, peinaría, etc.

Se realizan ejercicios de movilidad articular y fuerza muscular, ejercicios de equilibrio, ritmo y coordinación dinámica general, higiene postural y estabilidad, ejercicios de flexibilidad y elasticidad, ejercicios respiratorios y de relajación, ejercicios con picas, pelotas, aros, cintas, etc., masaje de los tejidos blandos, alivio del dolor, etc.

Dentro del Programa de Psicomotricidad tienen especial relevancia las actividades dirigidas a mejorar la estabilidad, reeducar la marcha y prevenir las caídas.

4. Programa de musicoterapia

La musicoterapia es una técnica de comunicación que utiliza la música y

los sonidos con fines terapéuticos, favoreciendo el desarrollo integral de las personas, es decir, promoviendo su salud en el plano físico, cognitivo y socioafectivo.

La música y las actividades musicoterapéuticas son un elemento importante que fomenta la comunicación y las relaciones sociales y permite desarrollar y mantener el potencial sensorial, motor, expresivo y relacional de las personas de edad.

Los objetivos:

- Favorecer el equilibrio emocional y las relaciones sociales.

- Facilita la relajación y el control de la respiración.

- Desarrolla y mantiene la capacidad de explorar las posibilidades expresivas de la voz y los instrumentos musicales.

- Estimular procesos tales como, la atención, concentración, memoria y lenguaje.

Se desarrollan ejercicios de ritmo y coordinación, escuchar y cantar canciones populares, crear las propias canciones y melodías mediante la utilización de diferentes instrumentos musicales.

Programas de animación sociocultural

La Residencia tiene la responsabilidad de tratar de mantener la actividad física y mental de sus usuarios, ofreciendo un amplio abanico de actividades programadas en el interior y en el exterior del centro, con fines sociales y culturales, para combatir la soledad, el aislamiento y la inactividad,

situaciones tan frecuentes en las personas mayores institucionalizadas.

Algunos de los programas de Animación Sociocultural que se desarrollan en las residencias son:

1. Programa de actividades lúdico-recreativas

Los objetivos de este programa son:

- Contribuir al desarrollo de un ocio creativo y divertido.
- Favorecer las relaciones sociales entre los residentes.
- Combatir la soledad y el aburrimiento.

Entre las actividades a desarrollar podemos citar:

Juegos de mesa (parchís, oca, ajedrez, dominó, cartas), campeonatos, fiestas de cumpleaños, celebración de aniversario, actuaciones musicales y teatrales, excursiones y visitas culturales y exposiciones de los trabajos realizados por residentes.

2. Programa de actividades de carácter intelectual

Los objetivos son:

- Favorecer las relaciones sociales entre los participantes.
- Estimular las capacidades intelectuales.
- Combatir la soledad y el aburrimiento.

Las actividades a realizar son: Aula de cultura, taller de alfabetización, grupos de lectura y de conversación, cine forum, ver los telediarios y comentar las noticias, creación de una revista o boletín del centro.

3. Programa de actividades de destreza manual

Las actividades de destreza manual van dirigidas a desarrollar la coordinación y la movilidad de miembros superiores (motricidad gruesa y fina), combatir la soledad y el aburrimiento.

Las actividades a desarrollar son: Talleres de cerámica, miga de pan, cestería, macramé, costura, telares, dibujo y pintura.

4. Programa de actividades físico-deportivas

Los objetivos son:

- Desarrollar la movilidad, la destreza manual y la coordinación motora
- Favorecer las relaciones sociales entre los participantes
- Combatir la soledad y el aburrimiento.

Las actividades que se realizan destacan:

- Paseos organizados por el interior y el exterior de la residencia.
- Juegos populares: bolos, anillas, petanca y rana.

Como conclusión, se puede decir que en los diferentes programas de intervención anteriormente expuestos queda reflejada la gran labor profesional del psicólogo, el trabajador social, el terapeuta ocupacional y el animador sociocultural, muchas veces no reconocida y olvidada. Así como incidir en la gran importancia de un buen trabajo en equipo por parte de los profesionales responsables de los departamentos anteriormente citados y de éstos con los profesionales de los otros departamentos, para prestar

una atención de calidad a las personas mayores que viven en las residencias.

Bibliografía

- Ames, D. (1991). "Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes". *Journal of Geriatric Psych.* 6: 347-354.
- Bender, M., Lloyd, Ch., y Cooper, A. (1996). *Calidad de muerte*. Madrid. TEA Ediciones.
- Borup, J.H.; Gallego, D.T., y Hefferman, P.G. (1980). "Relocation. Its effects on health functioning and mortality". *The Gerontologist*, 20: 235-242.
- Coira Balanzat, F. (1999). "Patología clínica y molecular del envejecimiento cerebral", en Alberca, R y López-Pousa, S. (1999) 3-21.
- Ferrari, N.A..(1962) *Institutionalization and attitude change in an aged population: a field study and dissidence theory*. Unpublished doctoral dissertation. Western University.
- Juncos, O. (1998). *Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención*, Barcelona. Masson.
- Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona. Herder.
- Montorio, I. (1995). "La atención psicológica". En Rodríguez P. (comp.) (1995), 169-182.
- Padierna, J.A. (1994). "¿Existe un lugar para la familia del anciano en las residencias?". *Zerbitzuak*, 24: 40-49.
- Riquelme, A. y Buendía, J. (1997) "Fuentes de estrés residencial, bienestar subjetivo y adaptación a la institución en usuarios de residencias geriátricas". *Geriatría*, Vol. 13(10), 441-447.
- Rodríguez, P (1995). "La residencia. Concepto. Destinatarios y objetivos generales", en Rodríguez P. (comp.) (1995), 33-40.
- Rosenthal, C. y Dawson, P. (1992). "Families and the institutionalized elderly, en: Caregiving in dementia". *Research and applications*. C.M.M. Jones & B.M.L. Miesen (Eds.) Routledge. London. 1992: 398-418.
- Yanguas, J.J., y Leturia, F.J. (1995a). "Conceptualización", en Rodríguez P. (comp.) (1995a), 147-166.
- Yanguas, J.J., y Leturia, F.J. (1995b). "Intervención con familias", en Rodríguez P. (comp.) (1995b), 197-211.
- Zamarrón Cassinello, M.D. y Fernández Ballesteros, R. (2000). "Satisfacción con la vida en personas mayores que viven en sus domicilios y en residencias. Factores determinantes". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. Vol 35, Sup. 2: 17-29.

M.^a Luisa DELGADO LOSADA