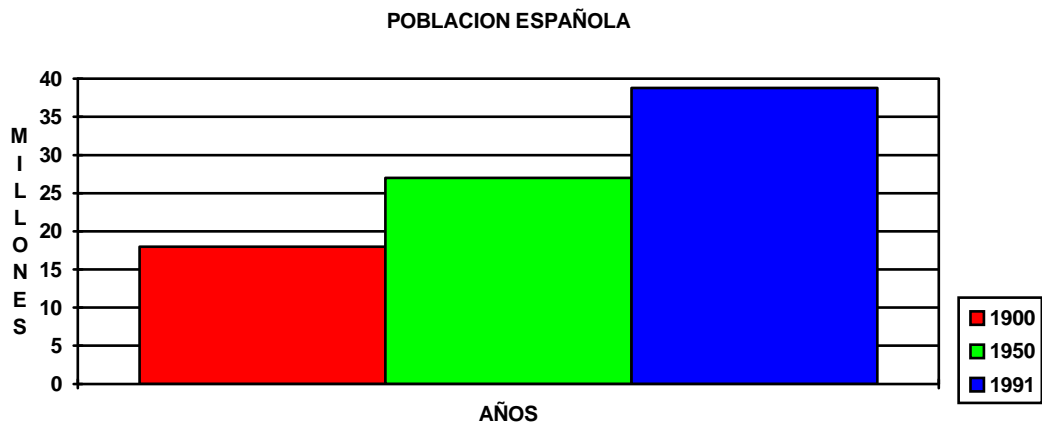




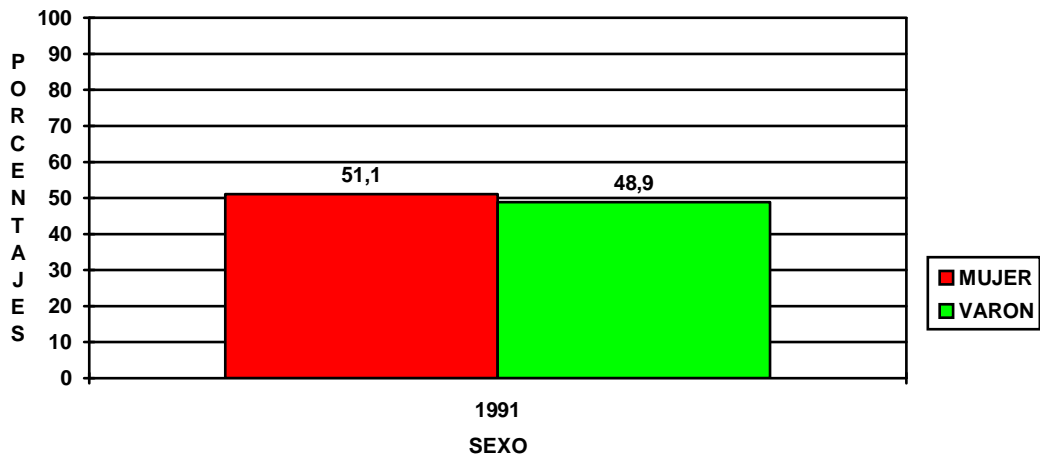
PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

III.1. DATOS ESTADÍSTICOS POBLACIÓN ESPAÑOLA

La población española que en el comienzo del siglo XX estaba situada en 18 millones, ha ido aumentando en cada censo y si en el año 1950 alcanzaba los 27 millones, en el censo de población del 1991 llega a los 38,8 millones. (INE, 1992).



En el censo realizado en el 1991, el 48,9 % son hombres y el 51,1 % mujeres,(INE 1992).

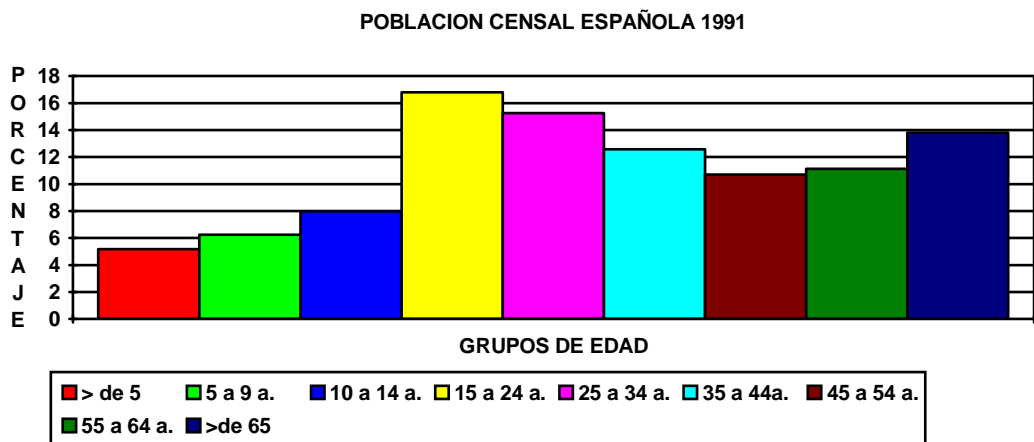




PSICOLOGÍA CLINICA
Y DE LA SALUD

El porcentaje de la población censal española, clasificada por grupos de edad y referida al año 1991, es la siguiente (INE, 1992):

Menores de 5 años.....	5,17%
5 a 9 años.....	6,24%
10 a 14 años.....	7,96%
15 a 24 años.....	16,80%
25 a 34 años.....	15,27%
35 a 44 años.....	12,59%
45 a 54 años.....	10,69%
55 a 64 años.....	11,14%
65 y mas.....	13,80%
No consta.....	0,34%



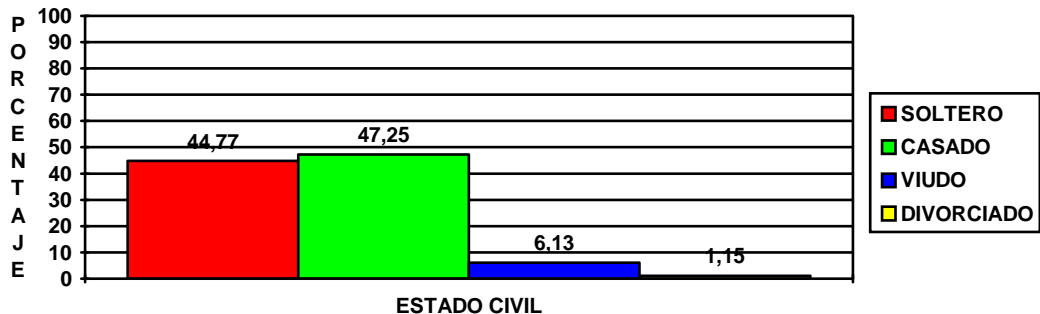


PSICOLOGÍA CLINICA
Y DE LA SALUD

El porcentaje de la población censal española referido al año 1991, clasificado por estado civil es la siguiente (INE, 1992):

Solteros.....	44,77%
Casados.....	47,25%
Viudos.....	6,13%
Divorciados.....	1,15%
No consta.....	0,70%

POBLACION ESPAÑOLA AÑO 1991



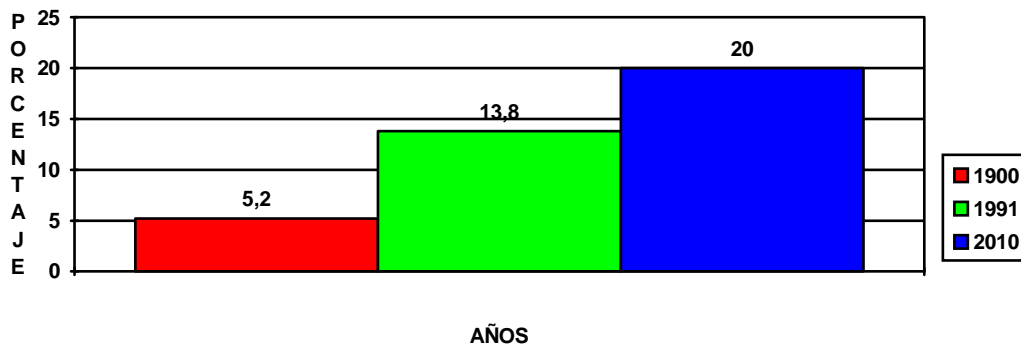


PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

III.2. ESTUDIOS ESTADÍSTICOS EN LA VEJEZ.

En el año 2010, la Comunidad Europea tendrá entre su población a 74 millones de ancianos. O lo que es lo mismo: a comienzos del próximo siglo uno de cada cinco europeos, tendrá mas de 60 años. De ellos, ocho millones y medio serán españoles. En 1900 en España, sólo el 5,2 por ciento de la población tenía mas de 65 años, y en 1991 el 13,8% superaba ya la edad de la jubilación, (INE, 1992). Según el INSERSO,(1991) en el año 2010, representarán el 20%.

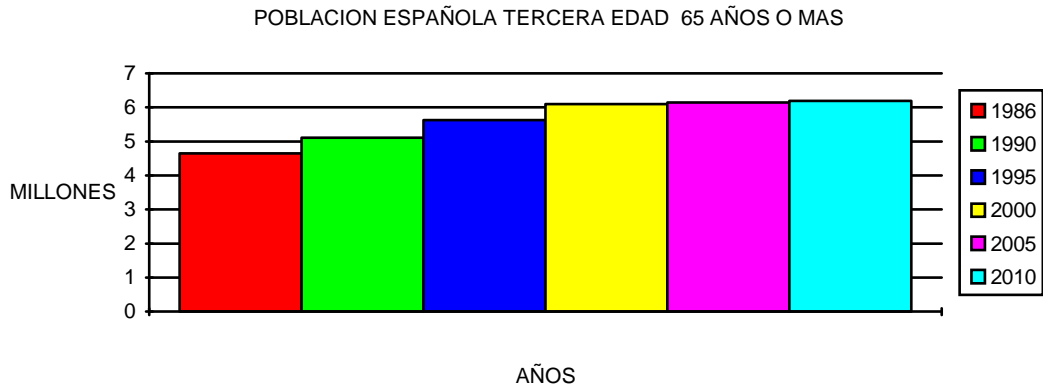
POBLACIÓN ESPAÑOLA MAYOR 65 AÑOS



En el 1986 la población de 65 o más años de edad era de 4.651.040 habitantes. En el 1990 de 5.116.650. En el 1995 se estima en 5.626.752. En el 2.000 se prevee que estará en 6.098.990. En el 2005, en 6.141.337. Y por último en el 2010, en 6.193.573.

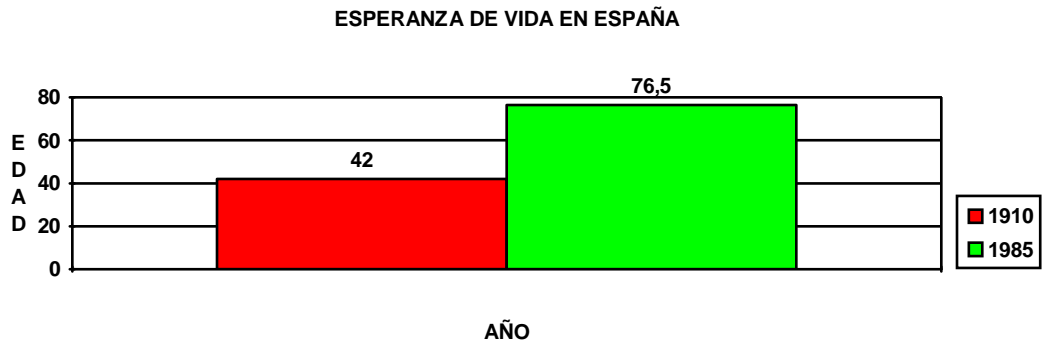


PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD



FUENTE: "Proyecciones de la población española de 60 y más años para el período 1986-2010". INSERSO, 1988

En 1910, la esperanza de vida al nacer en España, se estimaba alrededor de los 42 años. Actualmente, referido al año 1985 este índice demográfico se sitúa entre los 75 (Países de la Comunidad Europea y EE.UU.) y los 82 años (Japón y Suecia), siendo en España concretamente de 76,5 años.(INE, EUROSTAT,1993).



III.2.1. Estudios estadísticos en la vejez de la Comunidad Murciana

Referido a la Comunidad Murciana, la población mayor de 65 años ha pasado de constituir un 8,02% en 1960, hasta suponer el 10,63% en el 1991. Si solamente contemplamos el tramo mayor de 75 años el porcentaje es del 3,35. (INE, 1992).



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Según el Ministerio de Asuntos Sociales (INSERSO, 1991) en una proyección de la población española de 60 o más años, para el periodo 1986-2010, aunque hay una gran diversidad de pautas de evolución de la población en cada una de las provincias españolas, se calcula la media global de crecimiento de la población de 65 o más años en el 33,17 por cien, que oscila en un intervalo que va desde el 80,27% en la provincia de Álava hasta el 30,32 % en la provincia de Segovia. Murcia se situaría en un crecimiento muy cercano a la media.

La población murciana de 65 años o más, según el INSERSO (1988), irá aumentando desde 115.743 habitantes en 1986, hasta pasar a 142.505 en el año 2005 (INSERSO, 1988)



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

FUENTE: "Proyecciones de la población española de 60 y más años para el período 1986-2010", (INSERSO, 1988).

III.3. LA SALUD EN LA VEJEZ

III.3.1. Introducción

De todos los datos anteriormente citados se deduce que se ha producido un incremento en la esperanza de vida, que ésta es mayor en las mujeres que en los hombres, por consiguiente en el número absoluto y proporcional de personas mayores, de viejos, probablemente como consecuencia de los progresos en nutrición, la mejora de la organización y asistencia sanitaria, así como del nivel y calidad de vida, en conjunción con el decremento de las tasas de natalidad y mortalidad, (INE, 1992)

Pero con ser esto importante, lo que tiene realmente relevancia es que cuando una persona se jubila, alrededor de los 65 años, le quedan ente 14 y 19



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

años mas de media, (en hombres y mujeres respectivamente); es decir, que cuando hoy en día, se llega a la edad de jubilación le queda un gran trecho de vida para vivirla y poderla disfrutar.

Al producirse la jubilación se empobrecen las relaciones sociales, así como las interpersonales. Se pierde el contacto con otros grupos de edades distintas, y se producen mayoritariamente los cambios en relación a la pareja. Pueden aparecer la ansiedad y el miedo debido a problemas económicos y conjuntarse con los estereotipos sobre la vejez tales como "falta de valor", "feo", "viejo", "inservible" o "inútil".

En las sociedades de primeros de este siglo y en las anteriores, así como en las sociedades tribales, los ancianos eran las personas sobre las que descansaba la sabiduría y el conocimiento. A ellos se consultaba cuando había que tomar alguna decisión importante en el seno de la unidad familiar o social. Algunos refranes indican la importancia de la vejez : "El que quiera saber, que se compre un viejo". "Más sabe el diablo por viejo que por diablo".

Debido a la aglomeración urbana, al cambio en el estilo de vida familiar, a las viviendas mas reducidas, al empleo de los miembros de la familia, los ancianos han ido siendo desplazados y su sabiduría no es tenida suficientemente en cuenta, con lo que en algunos ancianos, se ve afectada negativamente su propia autoestima. Ibáñez (1994), destaca que la sociedad contemporánea, con su atracción hacia lo novedoso, lo reciente, ha convertido a la vejez en una especie de vida inútil, pasada de moda, con la que no se sabe que hacer. Aunque en los últimos tiempo, comienzan a recuperar el tiempo perdido y buscan tener un papel mas activo en la sociedad Rodríguez (1993)

Es sabido que con el aumento de la edad existe una mayor probabilidad de contraer determinadas enfermedades, pérdidas sensoriales y asimismo pueden



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

ocurrir disfunciones comportamentales que hacen incómoda e ingrata la existencia.

Así, mientras unas son más o menos irremediables (las canas, la pérdida de elasticidad cutánea, etc.), existen otras evitables o que pueden demorar su aparición en el tiempo (las enfermedades cardiovasculares, los trastornos psicomotores, los trastornos intestinales, el enlentecimiento motor, la inestabilidad física, las dificultades en el sueño, etc.) o que incluso una vez aparecidas, se puede retardar el progreso de la enfermedad tales como la hipertensión arterial, la diabetes, etc.

Gambert y Gupta (1990), se centran en las medidas que si, según ellos, se siguen a lo largo de la vida pueden mejorar la situación funcional de una persona durante sus últimos años. Entre ésta áreas, se incluyen los factores ambientales y la dieta. Hacen énfasis en la conveniencia de evitar el consumo de tabaco, los altos niveles de ruidos, la exposición excesiva al sol y las toxinas . Por otro lado, a la hora de considerar una nutrición adecuada en los ancianos, exhortan a reducir las grasas para evitar los riesgos cardiovasculares y los azúcares refinados, para evitar cambios rápidos en la glicemia, así como la formación de caries. Con respecto a las fibras, aconsejan introducirlas en la dieta en forma de granos y cereales (pan integral, copos de avena, arroz moreno), así como verduras (espárragos, judías pintas, judías verdes, brócoli, apio, maíz, guisantes, calabaza, etc.), frutas (manzana, plátano, pomelo, frambuesas, fresas, etc.) y otros (cacahuets, patatas fritas, mermelada de fresa, etc.) . Asimismo, prescriben a sus pacientes un ejercicio físico moderado.

No se trata de negar o de ignorar que con los años, se produce un declive de las capacidades biológicas del individuo, así como de sus habilidades cognitivas y motoras. Se trata de establecer cuáles son producto de la edad, realmente, y cuáles son debidas a un dejarse llevar, a un abandono, pensando que hagan lo que hagan, todo va a seguir igual, y de qué manera en este último caso, el



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

individuo puede intervenir para mejorar su estado de salud, aumentar su calidad de vida, e incluso prevenir algunas enfermedades. Según López García (1988), se deberá procurar siempre que se pueda, que el anciano mantenga su autosuficiencia e independencia.

Cuando se les pregunta a los españoles, según la Encuesta Nacional de salud (1989), el 38,9 % de los españoles de más de 64 años, estiman que su estado de salud es bueno o muy bueno; el 40,5 % señalan que regular y el 20 % considera que es malo o muy malo.

III.3.2. Patología en la vejez

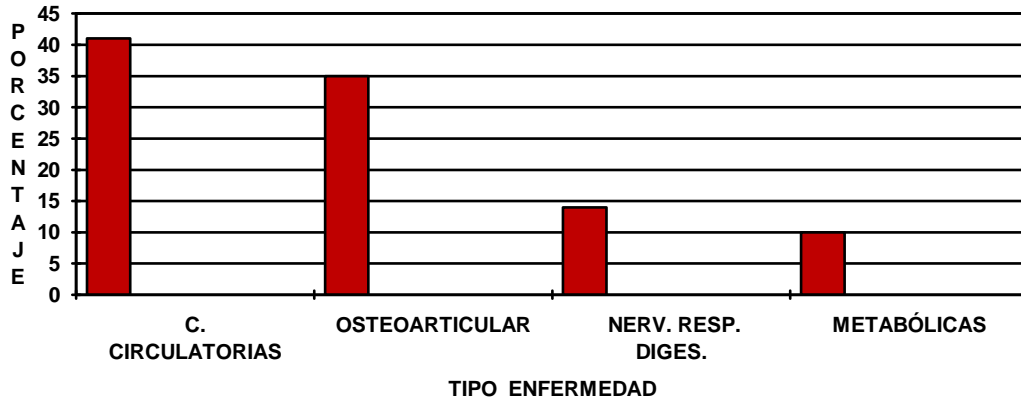
Los enfermos ancianos, a menudo presentan síntomas clínicos que son completamente diferentes de los que padecen con enfermedades parecidas, la gente joven (Galinsky, 1994). Entre los viejos, los problemas mentales, tales como la falta de memoria y de orientación, o la pérdida de función como la incapacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, son características de la enfermedad. Estas observaciones clínicas pueden ser explicadas por una combinación particular de cambios biológicos debidos al envejecimiento, a la múltiple patología y los acontecimientos sociales que pueden afectar al mismo tiempo al viejo.

Estudios realizados por Calvo (1992), muestran que el 41 % de las personas mayores de 65 años se encuentran afectadas, por enfermedades crónicas cardiocirculatorias, (hipertensión arterial, problemas varicosos y tromboembólicos). Un 35 % estaba afectado por lesiones osteoarticulares, presentando una mayor incidencia las de tipo degenerativo. Un 14 % sufre problemas crónicos de tipo respiratorio, digestivo y/o nervioso. Por último, un 10% padecía alteraciones crónicas metabólicas.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

PATOLOGIA PERSONAS MAYORES 65 AÑOS



Las principales causas de mortalidad de los ancianos en 1990 son las siguientes: Enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumonías (Fdez de Santiago, 1990).

III.3.2.a). La osteoporosis

La osteoporosis es un déficit absoluto de masa ósea adecuadamente mineralizada, es decir, la disminución de la masa ósea por unidad de volumen en función de lo que se considera normal para una determinada edad, sexo y raza, manteniendo inalterada la estructura orgánica y el contenido mineral, pero haciendo más frágil el hueso. Esta puede ser generalizada afectando entonces a todo el esqueleto y/o puede ser una enfermedad localizada interesando solamente a una parte del mismo. Es la enfermedad metabólica más frecuente, y supone además un gran problema socioeconómico (Rico Lenza, 1992). En EE.UU. se producen al año 1.300.000 fracturas por osteoporosis, y en España, cada año se producen 33.000 casos de fracturas de cuello de fémur (cadera) que en su mayor parte requieren de intervención, con los riesgos que llevan inherente toda práctica quirúrgica, agravada además por la edad. Algunos enfermos quedan inválidos y requieren cuidados especiales el resto de su vida, e incluso algunos mueren en la intervención.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

De las múltiples causas que ocasionan osteoporosis generalizada, la más frecuente de todas es la denominada Osteoporosis involutiva, que tiende a dividirse en Osteoporosis postmenopáusicas y la osteoporosis generalizada primitiva. La primera afecta a la mujer después de la menopausia. La segunda, la osteoporosis generalizada primitiva (Idiopática o del anciano), que se manifiesta después de los 55 años, afecta al menos a una cuarta parte de la población mayor de 65 años. Habiéndose observado que el 25 % de las mujeres y el 10 % de los varones en edad geriátrica, muestran signos radiológicos de la misma.

La osteoporosis cursa con dolor que aumenta con el esfuerzo y disminuye con el reposo, hay un mayor riesgo de aplastamientos vertebrales y de fracturas del radio distal (Colles) y del cuello del fémur. También se produce un empeoramiento del estado funcional, la persona le cuesta más trabajo moverse y por consiguiente pueden aparecer asociadas alteraciones psicológicas, tales como depresión, ansiedad, irritabilidad, etc. Los factores que influyen durante el envejecimiento en la aparición y progreso de la enfermedad son una alimentación deficiente en vitamina D y en calcio, así como la inmovilidad, además de predisposiciones genéticas, y perturbaciones hormonales.

Por lo tanto, unas buenas medidas preventivas (Gómez Cardero, 1993) serían:

- Nutrición adecuada con una dieta rica en calcio: leche, queso, yogur, pescados azules, etc. El calcio, elemento fundamental para la necesaria fortaleza de los huesos, debe ser ingerido hasta alcanzar 1.000 mg. al día en los adultos y 1.500 mg. al día en los adolescentes.

- Estimular el aumento de actividad física con ejercicios suaves, evitando el sedentarismo y la inmovilización.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

- Eliminar las sustancias tóxicas para el hueso como cigarrillos y consumo exagerado de alcohol.

- Evitar las caídas y los traumatismos con la creación de un entorno en el que se eliminen o minimicen los riesgos de accidentes especialmente en el hogar, cuidando los suelos de la cocina, baño, escaleras, etc.

- Ingestión de calcio de 1.000 a 1.500 mg. al día para todas las mujeres postmenopáusicas, y la decisión del tratamiento de estrógenos por parte del médico, si ello fuera considerado adecuado.

III.3.2.b). Las caídas

Las caídas son uno de los problemas más comunes de la vejez. Estudios realizados con ancianos que viven en sus casas o en las de sus familiares, muestran que un 20% de los varones y un 40% de las mujeres, han sufrido alguna caída durante los meses anteriores (Exton-Smith, 1977).

El centro de gravedad del cuerpo humano varía en su posición conforme las partes del mismo se mueven en relación unas con otras. Para mantener la posición de erguido durante la bipedestación es necesario que la línea vertical que atraviesa el centro de gravedad pase por la base de sustentación. El desplazamiento de esta línea hacia los bordes de la base de sustentación es detectado por numerosos sensores - visuales, vestibulares y propioceptivos-. La cifosis fisiológica que se produce con el aumento de la edad (flexión hacia delante de la vértebras dorsales superiores), hace que este centro de gravedad se desplace del centro. La información obtenida es transmitida a los centros del cerebro, que una vez procesada es devuelta en forma de instrucciones a los músculos del cuello, tronco y miembros, con la intención de que esa línea de presión vuelva al centro de la base de sustentación.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Aunque una gran parte de las caídas que sufren las personas de edad no se registran, debido a que la atención médica no es necesaria, la mayor parte de las caídas tienen lugar durante el día y en el interior o en las inmediaciones de la vivienda (Broclehurst, 1976; Lucht, 1971).

Los giros de la cabeza son responsables de un 5% y los mareos de una 9% de las caídas que sufren los ancianos. (Overstall, 1989).

III.3.2.c) El dolor

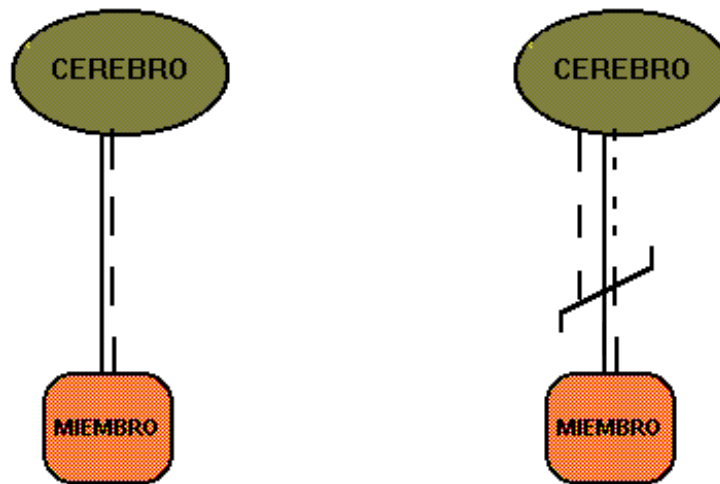
Con respecto al dolor, éste es citado en el primer puesto de la jerarquía de factores que las personas dicen temer de una enfermedad terminal, antes que la muerte o la pérdida de un miembro (Penzo, 1989). Y en la vejez, es un síntoma que aparece con una frecuencia que es preocupante en algunas ocasiones. De hecho, en el inventario de quejas recogidas en las personas asistentes al curso de promoción de salud en la vejez elaborado por nosotros con este fin, el dolor aparece en el primer lugar entre esas quejas alcanzando intensidades entre 7 a 10 en una escala analógico visual que va de 0 a 10.

El modelo de la naturaleza del dolor agudo es un modelo lineal simple. En él, el dolor es visto como el producto final de un sistema lineal de transmisión sensorial. La relación entre estimulación y sensación es considerada lineal y directa y, consecuentemente lineal y directa la relación entre lesión y sensación y entre ésta y la respuesta.

Según Clare (1991), la actitud más extendida y aceptada sobre el dolor que se presenta de forma continua, es que representa una señal de una patología continua o una perturbación de los tejidos o de su normal funcionamiento. Y aunque definido de este modo cae directamente bajo el dominio de la medicina, ésta se ha mostrado incapaz de solucionar todos los problemas de dolor crónico, e incluso ha potenciado el efecto iatrogénico producido por los medicamentos (Parajuá Pozo y Ballesteros Martínez, 1994).



Para explicar el dolor crónico, es más comprensible el modelo de Melzack de la Teoría de la Puerta (Clare, 1991). Esta teoría concibe al dolor crónico como un fenómeno complejo, vinculado no sólo con sensaciones aversivas y experiencias afectivas, sino también con cambios conductuales y reajustes en motivación, estados de humor y a nivel de pensamientos. Por tanto hay que destacar la importancia de los factores psicológicos como mediadores de la experiencia del dolor, exacerbando los problemas de dolor e influyendo en las conductas de dolor. La percepción de dolor no sólo está influida por los mensajes que llegan al cerebro para ser interpretados, también está modulada por los mensajes descendentes del cerebro que pueden atenuar o incluso bloquear los mensajes ascendentes bajo determinadas condiciones. Lámina



Los mecanismos fisiológicos pueden estar influidos por mensajes descendentes del cerebro y, sucesivamente, afectar a la cantidad de influencia que



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

podieran tener los mensajes ascendentes. Este sistema llama la atención sobre la importancia de considerar y explotar las influencias centrales y descendentes sobre la percepción y tolerancia al dolor. esto ayuda a explicar el efecto tan marcado que los factores psicológicos pueden tener en la modulación del dolor, así como los círculos viciosos que pueden desarrollar los pacientes de dolor crónicos, quienes comienzan a estar angustiados y deprimidos por su continuo dolor.

Los factores que hacen que el **umbral disminuya, es decir que empeore el dolor** pueden dividirse en :

1. *Factores físicos*

1.I . Extensión del daño y/o de los cambios degenerativos

1.II. Extensión de la cicatrización residual y otras reacciones físicas al daño después de la curación, (p. ej. condiciones de circulación, inflamaciones y otros cambios del tejido liso)

1.III. Cambios no específicos, (p. ej. estenosis vertebral ligera, pérdida de simetría).

1.IV. Mal funcionamiento de los sistemas muscular o articular, debido probablemente a una debilidad hereditaria.

1.V. Tensión muscular.

Muchos cambios físicos poco importantes pueden contribuir al nivel del dolor, incluso aunque no se detecten por rayos X, no sean progresivos o no implique necesariamente una intervención física.

2. *Factores emocionales.*

2.I. Ansiedad, preocupación, tensión.

2.II. Ira y altos niveles de excitación



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

2.III. Depresión.

Estos factores, pueden ser provocados por el mismo dolor o por otros acontecimientos de la vida diaria.

3. Factores mentales

3.I. Grado de localización de la atención en el dolor

3.III. Aburrimiento (que a menudo es el producto de la reducción de actividades para combatir el dolor)

3. III. Creencias y actitudes acerca del significado del dolor. (No es lo mismo cuando se cree que el dolor del pecho se debe a una indigestión que cuando se piensa que es un ataque cardíaco)

3. IV. Falta del control sobre el dolor, que hace que disminuya el umbral del dolor. Cuando no se tiene control sobre el mismo, el dolor tiende a aumentar.

Los factores que hacen **que el umbral aumente, es decir que disminuyen la percepción de dolor**, son los siguientes:

1. Factores físicos

1.I. Drogas(sedantes, antiinflamatorios, analgésicos, etc.)

1.II. Contraestimulación (calor, masaje, acupuntura).

1.III. Cirugía(p. ej. la sección de las fibras nerviosas).

1.IV. Reducir la tensión muscular y la activación nerviosa,(ejercicio físico moderado).



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

2. Factores emocionales.

2.I. Calma y relajación

2.II. Reducir la ansiedad y cuando sea posible, aumentar el optimismo y el placer (reducir la depresión).

2.III. Aislamiento/descanso

3. Factores mentales

3. I. Distracciones

3. II. Focalización externa de la atención.

3.III. Actitudes de enfrentamiento activo y de control sobre el dolor.
(Lámina 2)

El grado de ansiedad que se experimenta ante una situación depende del grado de control que se cree poseer ante el problema, y cuanto mayor sea la ansiedad mayor será el dolor (Janis, 1958). Cuando el individuo más pendiente está del dolor que tiene (cefalea, muscular, osteoarticular, etc.) mayor es la percepción que tiene de la intensidad de éste.

Cuando se distrae, el dolor es menor. La confianza que el sujeto tiene de controlar la situación hace aumentar su tolerancia al dolor (Houston y Holmes, 1974). Se produce una disminución del dolor cuando se está en la sala de espera del dentista.

Si el sujeto tiene recursos que le permitan hacer frente al dolor, va a poder primero controlarlo, y después disminuir su nivel de desesperanza.

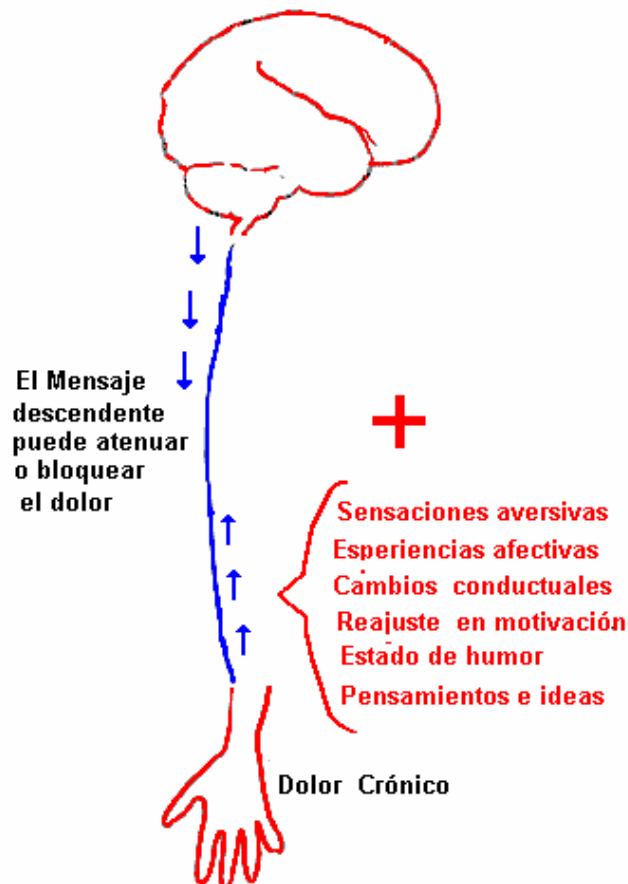


PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Las cefaleas, el dolor crónico en general, ocasionan una disminución en la calidad de vida, que pueden llegar a veces hasta incapacitar totalmente a una persona para el desempeño de sus actividades habituales.

En la experiencia del dolor y con respecto a su interpretación cognitiva señala Burón (1991) que concurren recuerdos, asociaciones y expectativas que añaden sufrimiento al dolor y, a veces, hacen que persista aunque ya no exista una causa fisiológica.

MODELO DOLOR CRÓNICO



Abre la puerta, Activa

Factores físicos

- Extensión daño
- Extensión cicatriz residual
- Pérdida simétrica
- Malformación sist. muscular
- Malformación sist. óseo
- Tensión muscular

Factores emocionales

- Ansiedad preocupación
- Alto nivel excitación
- Depresión
- Rabia

Factores mentales

- Grado localización
- Aburrimiento
- Creencias acerca dolor
- Baja tolerancia frustración al dolor

Cierra la puerta. Desactiva

Factores Físicos

- Drogas (sedantes, analgésicos)
- Contraestimulación (calor, masaje, acupuntura)
- Cirugía
- Reducción tensión muscular y activación nerviosa

Factores emocionales

- Calma y relajación
- Reducción ansiedad
- Aislamiento descanso
- Aumento optimismo y placer
- Disminución depresión

Factores mentales

- Distracción / Concentración
- Focalización externa de atención
- Actitudes enfrentamiento activo y de control sobre el dolor

Lamina 2



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Por lo tanto, a la vista de que concurren distintos elementos de los estrictamente físicos en la percepción del dolor, creímos conveniente introducir parte de dichos elementos (entrenamiento en relajación, ejercicio físico, focalización externa) en este programa para reducir la frecuencia, la intensidad, la duración (aspectos subjetivos de dolor) y, por otro lado, reducir la ingesta de medicación y la movilidad, (aspecto objetivo).

III.3.2.d). La depresión.

La OMS (1977), después de comprobar como aumenta la incidencia de la depresión en la población general, establece que es debida a cuatro factores:

1.- Aumento de la longevidad.

2.- La rápida transformación del medio psicosocial del hombre al generar situaciones de cambio y desarraigo, que facilitan la aparición de episodios depresivos.

3.- El aumento de la morbilidad para las enfermedades crónicas que se asocian con frecuencia a síntomas depresivos y

4.- El exagerado consumo actual de ciertos medicamentos dotados de efecto depresivógeno, entre los que se encuentran las fenotiacinas, antihipertensivos y los anticonceptivos orales.

Sánchez Perruca y otros (1988), describen que el síndrome depresivo en la edad geriátrica, se caracteriza por pesimismo, sufrimiento por vivir, incapacidad de realizar las tareas habituales, desesperanza, cansancio precoz, fijación de ideas, empeoramiento matutino, sensación de lentificación del tiempo y pérdida de planificación futura.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Barcia Salorio (1988) considera que la depresión es el problema psicológico más importante entre los ancianos. A la misma conclusión llega un estudio realizado por el Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief (1982) en el que se encuentra un 7,3 % de prevalencia de depresión en mayores de 65 años, presentando de ellos un 56,4 % sintomatología depresiva .

Evidentemente, esta tasa de prevalencia de la depresión es mayor entre los viejos institucionalizados que entre los que viven en su propio domicilio.

En el DSM III R, la depresión se enmarca dentro de los trastornos del estado de ánimo, y a la que se puede considerar como un constructo operativizado, en el que se incluyen una serie de manifestaciones comportamentales diferenciadas entre sí y en el que también se producen cambios en el estado de ánimo.

Asimismo, la depresión constituye un factor de riesgo para el suicidio, y algunos autores incluso, consideran (Richardson y otros, 1990), que es la causa del 50 al 70 % de los suicidios en edades avanzadas.

No vamos a entrar en profundidad en las teorías de la depresión, sino señalar que dentro de las teorías conductuales, la de Lewinsohn (1974), postula que la depresión se debe a la baja tasa de refuerzo contingente con las actividades realizadas por el sujeto. Así, la depresión es el resultado de una escasa participación de la persona en actividades reforzadas por otros o intrínsecamente reforzantes. La falta de refuerzo positivo conduce a un decremento en la emisión de respuestas, así como a la aparición de un estado de ánimo disfórico, fatiga, culpa y poca actividad. Al mismo tiempo, Lewinsohn propone que la cantidad total de refuerzos positivos que recibe el sujeto y que causa su depresión depende de tres aspectos: el número de acontecimientos potencialmente reforzadores de que dispone, la disponibilidad de refuerzos de su medio circundante y el



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

repertorio básico de conductas que posea el sujeto para obtener los refuerzos disponibles y aún, la habilidad social que el sujeto tenga para ser socialmente reforzado. Por otra parte, el elevado número de sucesos aversivos que ocurren a los sujetos depresivos en su vida diaria tienen un efecto negativo sobre su estado de ánimo.

Los eventos y actividades placenteras que realiza una persona forman parte tanto de su mundo emocional-motivacional, como de las oportunidades que le brinda el ambiente. En la teoría de Lewinsohn (1974) sobre la depresión, ésta estaría potencialmente producida por una baja tasa de actividades placenteras o por un aumento de las actividades desagradables.

Dentro de las teorías cognitivas Beck (1967), conceptualiza la depresión a través de la triada cognitiva que consiste en que los individuos se ven a sí mismo, a las experiencias habituales y al futuro de una forma negativa. Ellis (1993) postula que son las cogniciones que las personas tienen, sobre los hechos que ocurren, lo que hace que la persona se siente deprimida y propone trabajar sobre ellas para discutir los pensamientos irracionales y cambiarlos por otros que sean más reales.

Carrolles (1990) propone como una parte fundamental en los trastornos depresivos además del tratamiento cognitivo, el enfoque conductual con la realización de las actividades placenteras. Por ello, uno de los elementos a introducir en dicho programa va a consistir en la realización de actividades que para los ancianos sean fuente de placer y que estén a su alcance (leer, escuchar música, pasear, disfrutar con las relaciones sexuales, hablar, jugar a las cartas, a la petanca, coser, bordar, darse masaje uno al otro, etc.).

III.4. Resultado de algunas investigaciones previas sobre la vejez

Los resultados de la reciente investigación internacional sobre longevidad realizados por Lehr (1992), apuntan a un número de interesantes relaciones. Así,



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

los factores genéticos, físicos y biológicos pueden tener una influencia directa sobre la personalidad y también sobre el desarrollo de la personalidad de un individuo (inteligencia, actividad, estado de ánimo, adaptación, autoestima, etc.). El desarrollo de la personalidad está determinado por procesos de socialización: métodos de crianza, los profesores, los significativos y el ambiente social en general, determinan la experiencia y la conducta de un individuo; los factores históricos también juegan un papel en este proceso. Las variables de personalidad, por otra parte, tienen un impacto en educación y en entrenamiento ocupacional, en actividades ocupacionales y en status socio-económico.

Eiser, Eiser y Spears (1989), aseveran que el ejercicio físico es importante para la salud de muchas formas diferentes, y que el hecho de que se identifique al ejercicio con la buena forma física, le proporciona una asociación real y simbólica con los aspectos mas positivos de la buena salud. No obstante, el ejercicio físico enérgico, puede conllevar riesgos cardiovasculares, así como la posibilidad de sufrir una lesión en todas las edades, y aún mas conforme aumenta la misma, por lo que se ha de ser cuidadoso cuando se dirigen ejercicios especialmente a personas mayores.

El análisis de los datos del Estudio Longitudinal de Bonn (Lehr, 1992) subrayan muchos descubrimientos que correlacionan con longevidad y vejez sana, los cuales apuntan a una conclusión principal: ninguna variable por si sola puede explicar la longevidad y el bienestar en la vejez.

Miquel (1994), señala que el proceso de envejecimiento es irreversible, pues está íntimamente ligado al de las células que lo componen.

Diamond y Montrose (1984), habían encontrado una diferencia entre grupos de edad en la disminución del dolor de cabeza utilizando entrenamiento en relajación y biofeedback. A raíz de esto, Blanchard, Andrasik, Evans y Hillhouse



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

(1985), estudian la eficacia del entrenamiento en relajación y del biofeedback en los dolores de cabeza en los ancianos en una revisión de sus pacientes y encuentran que en 10 de sus pacientes, solamente en 2 encuentran criterios de mejoría (al menos una reducción del 50% en el dolor de cabeza), mientras que en otra mujer la mejoría sólo llega al 30 %. En cinco clientes con dolor de cabeza tensional, no encuentran mejoría alguna. Achacan ellos estos resultados tan "pobres", a que los pacientes tienen una capacidad de aprendizaje mas lenta que la gente joven, y que como el tratamiento suyo está fijado por un protocolo, podría ser que con un tratamiento mas largo, se obtuvieran mejores resultados.

Meier y otros (1994), han investigado las consecuencias de las funciones neuropsicológicas en la calidad de vida en pacientes ancianos con Alzheimer y encuentran que estas funciones se han deteriorado en todos los sujetos del grupo experimental (N=53), afectando a su calidad de vida, mientras que se han mantenido en el grupo control (N=50) de ancianos también .

Quisiéramos comentar en mayor profundidad dos de los trabajos de investigación que nos han parecido mas similares, en cuanto a aplicabilidad, con el que nosotros hemos llevado a cabo: El proyecto North Karelia, y los trabajos de Fernández Ballesteros.

III.4.1). Proyecto North Karelia

Bermúdez Moreno (1993), analiza el proyecto North Karelia que comenzó en 1972, con el apoyo de la OMS, para intentar reducir las tasas altas de mortalidad y morbilidad cardiovascular que existían en la región finlandesa de North Karelia. En dicho estudio, se puso en marcha un programa de intervención comunitaria, dirigido a reducir los factores de riesgo cardiovascular que existían en la población, y promover pautas de prevención secundaria para las personas que ya estaban afectadas de algún tipo de alteración cardiovascular.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Se realizó en primer lugar un estudio epidemiológico sobre el estado de salud de la zona y de sus habitantes, que dio como resultado que los factores que tenían más incidencia en las patologías presentadas, eran el consumo de tabaco, el nivel elevado de colesterol y de presión arterial de la población. En segundo lugar, se asumió que estos factores estaban en relación con el estilo de vida dominante en la comunidad, y estaban ligadas a las costumbres locales, la organización social e, incluso, al entorno físico.

Las actividades del programa fueron especialmente educativas, orientadas a enseñar a la gente como pueden adoptar estilos de vida, que pueden reducir el riesgo de padecer alteraciones cardiovasculares, y, al mismo tiempo, proporcionar una vida más sana. Se animó a la población, a reducir el consumo de tabaco y a cambiar a dietas menos ricas en grasas. También se estimularon algunos cambios ambientales, como fueron la implantación de restricciones al uso del tabaco o medidas destinadas a incrementar la presencia en las tiendas de productos alimenticios con bajo contenido en grasa.

Las estrategias utilizadas para promover los cambios conductuales fueron: **Información, Persuasión, Entrenamiento, Apoyo social, Cambio ambiental y Organización comunitaria.**

En la información tuvo un peso específico los medios de comunicación, que emitían mensajes simples y directos para llevar a la población, los mensajes sobre la naturaleza del problema que se intentaba abordar.

Con respecto a la persuasión, se enfatizó la credibilidad del proyecto y así, se hacían referencias constantes a la Organización Mundial de la Salud y a otras instituciones de reconocido prestigio. Se apeló con frecuencia al origen y razón de dicho proyecto; el programa respondía a las demandas planteadas por la población; los expertos han definido las acciones a emprender, pero sólo la



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

población puede llevarlas a cabo; el esfuerzo de cada uno es necesario para lograr los cambios necesarios en nuestra comunidad. El contenido de los mensajes se diseñó de manera que se anticipara y dieran respuestas a posibles contra argumentos; se evitó suscitar miedo en la población, y las recomendaciones se hacían con un tono positivo, enfatizando siempre los posibles beneficios.

En la fase de entrenamiento, se daba información de cómo podían dejar de fumar en lugar de prestar atención a los aspectos negativos; se les enseñó cómo podían utilizar productos alimenticios con bajo contenido graso, haciendo énfasis en los posibles beneficios asociados a los mismos. Se enseñaron nuevas recetas y formas alternativas de cocinar los alimentos.

Dado que la falta de apoyo social, dificulta sensiblemente el que se adapten nuevos hábitos de conducta de forma permanente, se procuró cuidar especialmente este aspecto y así, se propiciaba la realización en grupo de las actividades programada, se enfatizaba la importancia de las unidades sociales naturales (familia, equipo de trabajo, etc.). Se creó finalmente, una red de apoyo estable, basada en la colaboración del personal sanitario de la zona y otros colaboradores locales específicamente entrenados.

Respecto al cambio ambiental, se procuró introducir todos los cambios ambientales posibles. se introdujeron restricciones al consumo de tabaco y se distribuyó gran cantidad de anuncios y panfletos antitabaco. Incluso se desarrollaron campañas invitando a la gente a cultivar sus propios vegetales.

Con relación a la organización comunitaria, los responsables del proyecto viajaron por toda la región, estableciendo contactos y buscando la colaboración de personas influyentes en el comunidad, tales como políticos locales, medios, representantes de la industria alimenticia y de los medios de comunicación.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

La evaluación se basó en datos sobre ejecución, costes, proceso y consecuencias del programa, tras los primeros 5 años de desarrollo. Se tomaron amplias muestras transversales sobre más de 10.000 personas en total, al inicio y al final del mencionado período, registros sanitarios (particularmente, relativos a mortalidad y morbilidad cardiovasculares), así como otros datos procedentes de estadísticas nacionales.

Como grupo control se tomó a la región vecina. El nivel de participación osciló en torno al 90 % de la población. Los niveles de riesgo cardiovascular cambiaron en la dirección prevista y así, la comparación de ambos grupos (control y experimental), al inicio y tras cinco años de tratamiento, indicó que el riesgo global de enfermedad cardiovascular, experimentó un descenso neto del 17,4 % y 11,5 % para hombres y mujeres respectivamente. Hubo un descenso del 9,8% y 8% en consumo de cigarrillo, 4,1 % y 1,2% en el nivel del colesterol, 3,6 % y 4,8 % en presión sanguínea sistólica y 2,8% y 3,/% en presión sanguínea diastólica (respectivamente para hombres y mujeres en todos los casos).

Los datos relativos al proceso, indicaron que la mayor reducción en el consumo de tabaco, se produjo durante el primer año; la mayor atención a la hipertensión durante el segundo y tercer años, mientras que los cambios en los hábitos nutricionales se fueron produciendo a lo largo de todo el período.

Por último, aunque no menos importante, el volumen de las pensiones satisfechas por invalidez, disminuyó hasta un 10%. En términos económicos, significó un ahorro aproximado de 4 millones de dólares, lo que supone casi 6 veces más que el dinero invertido directamente en la ejecución del proyecto.

III.4.2. Estudios de investigación de Fdez-Ballesteros

Por otro lado los estudios de Fdez-Ballesteros (1992), han ido encaminados a romper el mito de que el declive de la habilidad intelectual , así como el deterioro de la memoria son componentes de la vejez.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Con respecto al funcionamiento intelectual y después de revisar múltiples estudios (Baltes y Schaie, 1974; Horn y Donaldson, 1974; Baltes y Schaie, 1976; Horn y Donaldson, 1977) Fdez-Ballesteros (1992), llega a las siguientes conclusiones (pag 40):

" 1. Tanto desde la investigación transversal como desde la longitudinal, se pone de relieve que en la vejez, existe un declive del funcionamiento cognitivo.

2. Mientras que las investigaciones transversales encuentran cambios relativamente importantes y tempranos en el declive intelectual, los resultados procedentes de investigaciones longitudinales muestran que este declive no se produce sino en edades avanzadas, al final de los 60 años.

3. Por otra parte, el declive intelectual no se produce en forma homogénea en las distintas dimensiones intelectuales sino que existen patrones de cambio. Las personas mayores conservan algunas habilidades(fundamentalmente verbales, relacionadas con la inteligencia cristalizada,) mientras que se ven afectadas otras (fundamentalmente, relacionadas con la inteligencia fluida)

4. Parece existir una gran consistencia intraindividual (intelectualmente, se envejece como se ha vivido), junto a una marcada variabilidad interindividual en el sentido de que existen sujetos que no sufren ningún declive, mientras que otros muestran más amplios y extenso decrementos en su funcionamiento intelectual Sin embargo, en sujetos sanos, no parecen darse pérdidas generalizadas.

5. Existe una multiplicidad de variables moduladoras del funcionamiento intelectual de entre las que cabe destacar la salud, entre las que contribuyen a la variabilidad interindividual y la educación, entre las que explican porciones



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

importantes de la variabilidad intercohorte. En este sentido, los estudios secuenciales, ponen de manifiesto que existe un progreso en el funcionamiento intelectual que es experimentado por las cohortes mas jóvenes(de mayores) comparativamente con las mas antiguas. "

Respecto de la memoria, Fdez-Ballesteros (1992), parte de la perspectiva de que una importante parte de los problemas de memoria de las personas mayores no tienen una base biológica y no están asociados a padecimientos del sistema nervioso central y apoyándose en los resultados del trabajo de Perlutter, Tenney y Smith (1980), estima que gran parte de esos problemas son originados por problemas cognitivos que pueden ser compensados o que se deben a componentes motivacionales y afectivos relacionados con la depresión y/o la ansiedad, al igual que por carecer de las suficientes oportunidades para ejercitar habilidades cognitivas.

La literatura señala que las personas mayores, emplean habitualmente menos estrategias mnésicas que los más jóvenes y que aún, en el caso de utilizarlas, resultan de una menor efectividad (Light y Burke, 1988). Además y como dice Perlmutter (1986), es posible que los ancianos utilicen estrategias adecuadas, pero ello sólo para elementos frecuentes en la vida diaria.

Otra explicación sobre la menor utilización de estrategias mnésicas por parte de las persona mayores, es que las técnicas mnemónicas requieren excesivos recursos de procesamiento. Y según pone de manifiesto Salthouse(1980), como los ancianos poseen menos recursos de procesamiento, es esperable que empleen estas estrategias con una menor frecuencia.

Por otro lado estas pérdidas de memoria contribuyen a un sentimiento de pérdida del control sobre las situaciones, atribuyéndolo de inmediato a su edad, lo que lleva a reforzar los propios prejuicios sobre la vejez.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

Los problemas con que los viejos se encuentran mas frecuentemente, así como los tipos de intervención recomendados por Fdez- Ballesteros(1992), son los que describimos a continuación.

1) La queja más común es el **olvido de acciones que ocurren cotidianamente**. Este tipo de acciones descritas, han sido automatizadas, y normalmente, no requieren que el sujeto las incluya en su foco de atención consciente, ya que han sido llevadas a cabo muchas veces en la misma forma a lo largo de los años. Parece lógico concluir que la intervención ante tales problemas debería ir enfocada a ejercicios que optimizasen la atención en las tareas en las que se producen disfunciones, reconvirtiendo en voluntarias las acciones automatizadas e incrementando la toma de conciencia de las operaciones que exigen un buen recuerdo.

b) Un segundo problema habitualmente mencionado por las personas mayores estriba en la **incapacidad para recordar nueva información**. La intervención encaminada a paliar este segundo tipo de problemas llevaría consigo la enseñanza y entrenamiento de estrategias mnemónicas, siempre que posean los requisitos y las habilidades cognitivas necesarias para aprender tales estrategias.

c) Un tercer tipo de quejas es la **incapacidad para recordar una "palabra"**, "hecho reciente", o "nombre" que se tiene en la "punta de la lengua". En este fenómeno, se parte de la suposición de que la información no recordada, si es accesible al sujeto y que son determinados factores de orden emocional (ansiedad y depresión) los que contribuyen al mantenimiento de tal problema (Thompson, 1980).

d) Un último problema surge de la combinación de factores relacionados con la distraibilidad, mala concentración y "ensimismamiento", cuando se quejan de "perder el hilo de la conversación" o de "desconectarse de la conversación" y



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

no recordar nada acerca del contenido de lo que se estaba diciendo. De hecho, son factores motivacionales emocionales, tales como la depresión y/o la ansiedad, los que pueden contribuir a una desconexión del entorno. Por consiguiente, la intervención estará dirigida a animar al oyente a tomar un papel más activo para procesar la información relevante.

Fdez-Ballesteros, Díaz, Souto, Izal y Gallego (1986), llevaron a cabo un programa de entrenamiento en Habilidades de Memoria, en la Universidad Autónoma de Madrid, para sujetos mayores de 65 años. El programa se dividía en 10 sesiones.

Los principios activos de aprendizaje utilizados en cada sesión son los siguientes: *Instrucciones y Encadenamiento hacia adelante* (el monitor enseña los pasos sucesivos que conlleva el aprendizaje de las estrategias presentes), *Ensayo de conducta* (los participantes, realizan la tarea *in situ*), *Refuerzo discriminativo* (verbalizaciones de aprobación por parte del monitor y de los participantes de los aspectos positivos realizados por cada sujeto), *Feed-back* (el monitor brinda la información adecuada para que el sujeto enmiende sus errores) y *Práctica*, realizada mediante tareas en casa.

En las sesiones se comienza por exponer y discutir sobre los estereotipos negativos en torno al funcionamiento de la memoria en la vejez, con el fin de fomentar una actitud favorable de los ancianos hacia el programa en el sentido de modificar las creencias apriorísticas sobre la irreversibilidad de los fallos de memoria y eliminar falsas concepciones respecto a la memoria. Luego, se enfatiza el papel que la atención juega en el funcionamiento de la memoria, así como la importancia de la misma en la ejecución de acciones en nuestra vida diaria, y los ejercicios se encaminan a que los sujetos recuperen el control que ejercen sobre las acciones de carácter habitual, discutiendo sobre los peligros que la rutina y la automatización pueden provocar al alejar el control voluntario que se ejerce sobre ellas.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

En las siguientes sesiones se les entrena en el uso de ayudas externas, a través de otras personas, objetos y de las propias acciones, así como con las ayudas de memoria interna donde se utiliza *la Técnica de Pares Asociados*, *el método de Loci*, *la Categorización* y *el Agrupamiento*. En las dos últimas sesiones se entrena en el *Recuerdo de Nombres*.

Posteriormente en la evaluación posttest, se evalúa la memoria de nuevo, obteniendo resultados significativos en los cuatro experimentos siguientes: Lista de Compra, Pares Asociados, Recuerdo de Nombre y Quejas de Memoria. En los cuatros se observan diferencias significativas tras el tratamiento. Con respecto al último, los sujetos del grupo experimental, han disminuido significativamente su porcentaje de quejas en dos de los estudios, tras la intervención manteniéndose en un nivel similar, en los otros dos estudios.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

IV.1. CONCLUSIONES

De todo lo anteriormente expuesto, se puede concluir diciendo:

1.- Que el índice de personas mayores de 65 años aumenta en toda Europa, también en España como en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

2.- Que la salud en la vejez, al igual que en otras etapas de la vida, tiene que ver con los estilos de vida.

3.- Que el proceso de envejecimiento es multifactorial (factores genéticos, físicos y biológicos, así como de socialización), irreversible y no se puede detener, aunque sí modular con intervenciones adecuadas (alimentación sana; ingestión de antioxidantes; ingestión de alimentos no grasos; evitación de sustancias tóxicas (tabaco y consumo excesivo de alcohol), radiaciones y polucionantes; ejercicio físico moderado; estrategias de afrontamiento en el estrés.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

4.- Que el concepto de calidad de vida es multidimensional. Inciden en él tanto factores personales (salud, autonomía, capacidad funcional, satisfacción, etc.), como socioambientales (relación afectiva, relaciones interpersonales, recursos económicos, redes de apoyo, etc).

5.- Que desde la Psicología de la Salud en la vejez se puede intervenir para:

a) Promover un mejor estado de salud.

b) Prevenir la aparición de las enfermedades y por lo tanto disminuir la incidencia de la enfermedad en la población.

c) Detener el avance del deterioro de la salud en las primeras fases y modificar patrones de conducta de alto riesgo y de hábitos que puedan ser perjudiciales para la salud.

d) Ayudar al individuo a reducir las consecuencias o efectos de la enfermedad y prevenir las recaídas.

e) Disminuir el gasto sanitario y las prestaciones por enfermedad.



PSICOLOGÍA CLÍNICA
Y DE LA SALUD

C/ Enrique Villar, 11-1º C. 30008. MURCIA. Tfno. (968) 201816
Nº Registro Establecimiento Sanitario 20300157

www.holos.es