



TERCERA EDAD

MÚLTIPLES PERSPECTIVAS Y RETOS PARA EL FUTURO



GINA VILLAGÓMEZ VALDÉS • LIGIA VERA GAMBOA
(COORDINADORAS)

Tercera Edad. Múltiples perspectivas y retos para el futuro

Gina Villagómez Valdés • Ligia Vera Gamboa

Coordinadoras

Tercera Edad. Múltiples perspectivas y retos para el futuro

Gina Villagómez Valdés
Ligia Vera Gamboa
Coordinadoras

Primera edición 2014
D.R. Universidad de Colima

Autoras y autores:

Rosa Rivera González
Elba Covarrubias Ortiz
Susana Preciado Jiménez
Mireya Arias Soto
Gloria María Herrera Correa
Lizbeth Teresita Marín Piña
Ramón Ignacio Esperón Hernández
Nelly Eugenia Albertos Alpuche
Susana Villasana Benítez.
Lourdes Cortés Ayala
Mirta Flores Galaz
Selmy Velázquez Aldana
Natalia Cimé Canul
Zulme Ek Poot

Jennifer Rodríguez Llanes
Adriana Guillermo Jornez
Ligia Rosado Alcocer
Lizbeth Padrón Aké
Damaris Estrella Castillo
Héctor Rubio Zapata
Reyna Cruz Bojórquez
Pedro Sánchez Escobedo
Javier Vales García
Christian Acosta Quiróz
Ligia Vera Gamboa
Garbiñe Delgado Raack
Helga Raack Knodel
Georgina Rosado Rosado

Diseño de portada e interiores: Carlos Vivas Robertos
Fotografía de portada: “Vendedora de flores”. Alejandra Díaz Mariscal.

Esta publicación no puede ser reproducida, ni en todo ni en parte, ni registrada en o transmitida, por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnéticoelectroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo, por escrito del editor.

Este libro fue financiado con recursos del Programa Integral de Fortalecimiento Institucional (PIFI) OP/PIFI-2012-06MSU0012O-20-03 asignado al Cuerpo Académico “Grupos Sociales y Trabajo Social” LGAC “Trabajo Social y Grupos Sociales Emergentes” de la Universidad de Colima y la Asociación del Personal Académico de la Universidad Autónoma de Yucatán (APAUADY).

Esta obra se dictaminó con el sistema de evaluación doble ciega por pares.

ISBN: 978-607-7824-87-9



TERCERA EDAD

Múltiples perspectivas y retos para el futuro



Gina Villagómez Valdés
Ligia Vera Gamboa
(Coordinadoras)



UNIVERSIDAD
DE COLIMA



2014

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ADULTO MAYOR

Pedro Sánchez Escobedo
Javier Vales García
Christian Acosta Quiróz

Introducción

La evaluación psicológica es usualmente necesaria, cuando un adulto mayor experimenta pérdidas asociadas al envejecimiento. Diversos estudios al respecto argumentan que la adaptación y el ajuste psicológico es indispensable en todas las etapas de la vida, inclusive en esta última, pero es indispensable también realizar una evaluación antes de diseñar una intervención.

El presente capítulo aborda las estrategias de evaluación psicológica, tanto clínicas como psicométricas del adulto mayor y revisa algunas técnicas de intervención para este grupo etáreo de la población en México. Se presentan evidencias de investigación empírica que permitió el desarrollo y validación en México de una prueba estandarizada para evaluar la calidad de vida del adulto Mayor denominada Inventario de actividades de la vida Diaria del Adulto Mayor (INACVIDIAM).

Son varias las causas por las que es necesario realizar evaluaciones psicológicas e intervenciones en el anciano. Por ejemplo, la causa más común de intervención psicológica y de necesidad de servicios psicológicos en la senectud, es la pérdida de las capacidades físicas. En segundo lugar, es común reportar eventos de sufrimiento relativos a las pérdidas, como la viudez, a la muerte de los amigos e incluso de hijos. En tercer lugar, son importantes el estrés psicológico asociado a una enfermedad y las consecuencias de las mismas que en muchos casos demandan la preparación psicológica para afrontar la muerte.

Estos tres aspectos serán analizados en las secciones siguientes, para después abordar las técnicas de evaluación del anciano desde el punto de vista psicológico en las dos grandes esferas de esta ciencia que son la clínica y la psicometría. Finalmente, se comentan algunas técnicas de intervención psicológica ponderando las perspectivas para la investigación desde el punto de vista psicológico de la edad proveya en nuestro país.

Adaptación psicológica en la edad proveya

ADAPTACIÓN AL DETERIORO

De manera natural, el envejecimiento limita el rango de posibilidades a medida que transcurre la vida; sin embargo, la tarea de adaptación en cada adulto mayor es insoslayable y demanda la necesidad de concentrarse en aquellos aspectos de la vida y aquellos objetivos que son de alta prioridad para la gente que involucran la convergencia de demandas ambientales y motivación individual, destrezas, preferencias y capacidad biológica (Baltes, 1997).

Un modelo accesible para entender la adaptación psicológica al deterioro de la vejez es el llamado “Selección, Optimización, Compensación” (SOC) diseñado para explicar la adaptación a la pérdida de recursos debido a la edad, esto se da a través de ajustes en el uso y asignación de recursos para confrontar problemas (Young, Baltes & Pratt, 2007). Este modelo, se basa en el supuesto de que la limitación de los recursos internos y externos de las personas (capacidad cognitiva y física, tiempo, apoyo social, etcétera) con la edad exigen en el adulto mayor especiales esfuerzos para elegir tales recursos.

Una hipótesis general, tomando como base este modelo, dice que los adultos mayores que utilizan estrategias de selección, optimización y compensación para identificar y perseguir objetivos, se adaptarán mejor al envejecimiento en comparación a aquellos que no lo hacen, y que se establece una relación positiva entre la frecuencia en el uso de estas estrategias y el bienestar subjetivo (Burnett-Wolle & Godbey, 2007). A continuación se describen este tipo de estrategias:

- *Optimización*: Implica la promoción de conductas que describen la adquisición e inversión de medios específicos de acción para la obtención de los objetivos seleccionados, y la persistencia en la obtención de estos objetivos cuando se topa con obstáculos.

- *Compensación*: La compensación refleja la promoción de conductas que indican la inversión de medios alternativos o sustitutos ante la pérdida o declive en los medios específicos de acción (Freund & Baltes, 2002).
- *Selección*: Cuando a pesar de compensar y optimizar, la persona no puede funcionar igual que antes, se ve obligada a seleccionar unas cuantas actividades de todo su repertorio para seguir funcionando de una manera más especializada. Hay varios tipos de selección: *selección electiva* significa que la persona promueve conductas como el desarrollo de objetivos claros; *selección basada en pérdidas* sucede cuando la persona reestructura la jerarquización de los objetivos o adapta el nivel de aspiración de manera diferente al nivel de aspiración previo a la pérdida en función de lo que puede hacer.

Por tanto, al usar estrategias de selección, optimización y compensación, los adultos mayores pueden contribuir a un envejecimiento exitoso.

ADAPTACIÓN A LA PÉRDIDA

Con la longevidad, el individuo afronta numerosas pérdidas, desde la muerte de la pareja, a la pérdida de las capacidades productivas y capacidades físicas que fueron prioritarias (vida sexual, logro laboral) y hasta otras pérdidas que menos graves, pero que son significativas para la persona como la muerte de una mascota, la pérdida de una relativa autonomía personal o el deterioro económico. Ante esto, el psicólogo que atiende al anciano debe estar pendiente de estas pérdidas y de los procesos de duelo asociados y estar preparado para identificar las diferentes etapas y mecanismos de ajuste (Siegel y Kuykendall, 1990).

Livneh & Sherwood (1991) utilizaron el marco de la teoría del proceso por etapas, y contienen que la reacción psicológica a la pérdida es un proceso predecible que incluye varias etapas consecutivas y diferenciadas entre sí. Sin embargo, cuando Trieschmann (1984:128) revisó la evidencia de investigación empírica a este respecto, concluyó que la linealidad del proceso podría cuestionarse: “No existe suficiente evidencia empírica para validar las etapas consecutivas de este proceso, ya que la mayor parte de los estudios han demostrado una tremenda variabilidad individual a la discapacidad”.

De esto, se deduce que si la teoría del proceso por etapas es utilizada acríticamente para explicar la pérdida, los psicólogos en los centros de atención al adulto mayor podrían estar prejuiciados a esperar un proceso pre-establecido, más que a reaccionar a los sentimientos y expectativas del paciente, por lo que

resulta importante señalar la gran necesidad de hacer investigación en cuanto al proceso de adaptación a la vejez y las diferentes formas de afrontar las pérdidas.

ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD Y PREPARACIÓN PARA LA MUERTE

La adaptación psicológica cuando hay presencia de enfermedades es muy difícil de predecir porque depende de múltiples factores. Es mucho más fácil adaptarse a una enfermedad de origen insidioso, lento y gradual que a una enfermedad que se presenta de manera súbita y que puede causar algún tipo de discapacidad; por ejemplo un accidente con fractura que lleve a la inmovilidad.

Otro factor muy importante es analizar cómo se adapta una persona a la discapacidad en la senectud, esto dependerá de sus habilidades de afrontamiento y los recursos existentes previamente. Es decir, quienes han mostrado una buena adaptación a diferentes estresores y obstáculos en la vida previamente y han sido positivos y optimistas, tendrán mejores herramientas para afrontar la enfermedad. Quienes han sido derrotados o superados por eventos negativos previos tendrán más probabilidades de ser superados por la enfermedad en la senectud.

En tercer lugar, mucho depende la adaptación a una enfermedad de la red de apoyo familiar y los recursos materiales e infraestructura presente para el enfermo. Como en cualquier otra situación, la presencia de ayuda, medicación, intervención médica de calidad y aparatos especiales como camas ortopédicas y aditamentos etcétera, serán facilitadores del afrontamiento de la enfermedad. El psicólogo, en suma, deberá evaluar individualmente cada uno de los casos. Establecer cuáles son los recursos y fortalezas y las debilidades y amenazas al bienestar de la persona.

En esta sección, es importante abordar algunos aspectos tanatológicos, ya que desde el punto de vista psicológico, para el anciano la inminencia de la propia muerte es más notoria y cuando existe una enfermedad es más probable que ésta anteceda a la muerte. De acuerdo a Serra y Abengózar (1990), en la ancianidad, el proceso de morir, queda incluido en el concepto de suceso evolutivo.

En la intervención, es importante que el psicólogo ponga en contacto a estas personas con sus sentimientos sobre la muerte. Austin y Heal (1990: 11) manifiestan que “cuando las personas aceptan su propia muerte son capaces de abrir una nueva perspectiva en sus vidas”. Realistamente, uno de los principales sentimientos que hay que afrontar es el miedo a la agonía, a la incertidumbre de

ESTADO ANÍMICO Y PERSONALIDAD

A lo largo de la entrevista, de la conversación con el paciente, de la observación de sus gestos, del análisis de sus respuestas, se podrá obtener información sobre sus rasgos de personalidad y su estado anímico. La evaluación de estos aspectos es muy importante para un psiquiatra, pues en un nivel más básico, se puede evaluar la personalidad para saber si es normal o si presenta una alteración del ánimo (ejemplo: depresivo, ansioso o eufórico). De igual forma, se puede evaluar la emotividad, sentimientos, voluntad, forma de reaccionar ante distintas circunstancias; esto último, da muchas veces guía para el diagnóstico de trastornos del afecto.

EVALUACIÓN PSICOMÉTRICA

Desde la perspectiva psicológica, la evaluación clínica del paciente debe complementarse con la administración de pruebas psicológicas, instrumentos que permitan la recolección objetiva de información y que en muchos casos nos permiten comparar las ejecuciones del examinado con poblaciones cuyos desempeños son conocidos y nos permiten, mediante el uso de normas, generar criterios de normalidad o no respecto a lo observado en la prueba. A continuación y con fines de ilustración, se mencionan algunos instrumentos frecuentemente utilizados con la población en edad proveya, mencionando algunas de sus características.

Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto Mayor (INACVIDIAM)

Esta prueba está centrada en el adulto mayor, para obtener su frecuencia de actividades de la vida diaria, su satisfacción ante dicha frecuencia y dificultades para llevar a cabo tales actividades y pretende evaluar las actividades instrumentales físicas y cognitivas, actividades sociales informales y formales, y actividades recreativas solitarias en el adulto mayor, es el, en su versión femenina y masculina (Acosta, 2011).

La prueba consiste en 27 y 26 reactivos-dibujos para la versión femenina y masculina, de manera respectiva, alusivos a igual número de actividades y cada uno con sus respectivas preguntas sobre “frecuencia”, “satisfacción” y “dificultad”. El INACVIDIAM en su versión masculina cuenta con las dimensiones de “actividades instrumentales del hogar”, “actividades instrumentales físi-

cuando moriremos, a lo que vendrá después de la muerte o las situaciones en la que quedarán los seres queridos.

Evaluación Psicológica del adulto Mayor

Los servicios del adulto mayor requiere de psicólogos cualificados que puedan hacer una evaluación especializada del bienestar y ajuste psicológico. En esta sección se revisan las tres aproximaciones clásicas del psicólogo en la senectud que son la evaluación del contexto, la evaluación clínica y la psicometría.

EVALUACIÓN CONTEXTUAL

Uno de los aspectos claves a evaluar el bienestar y el estado psicológico en la vejez, es cómo los adultos mayores estructuran y organizan su vida diaria, lo cual requiere la valoración de actividades en su contexto: qué actividades llevan a cabo, dónde y con quién. Además del interés en una imagen de la vida diaria en la vejez, el conocimiento sobre las actividades de la vida diaria en la edad avanzada es importante por varias razones.

Las actividades cotidianas pueden proporcionar datos sobre los objetivos, motivaciones, habilidades, preferencias, necesidades y deseos del adulto mayor, pues representan los medios primarios por los cuales los objetivos de la vida se persiguen y se obtienen. Por lo tanto, la suma de elecciones describe el día de una persona y refleja sus prioridades y objetivos inmediatos. Estas elecciones diarias forman el contenido y estructura de la vida entera de una persona (Horgas, Wilms, & Baltes, 1998).

Segundo, las actividades de la vida diaria se afectan por restricciones externas como el tiempo y alcance espacial, así como por factores internos tales como los cambios asociados al envejecimiento normal y/o patológico que fomentan y/o dificultan la participación en cierto tipo de actividades o influyen en el cómo el individuo estructura su vida diaria. El envejecimiento normal, implica algunos cambios biofísicos, psicológicos y sociales que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo: la fuerza muscular se debilita, los órganos de los sentidos pierden agudeza, también se aprecia un decremento en la capacidad de resolver problemas, etcétera. Sin embargo, en el envejecimiento patológico, los cambios son consecuencia de la enfermedad y no parte del envejecimiento normal: enfermedades vasculares, arterioesclerosis, demencias, etcétera (Montorio & Izal, 1999).

En este contexto de objetivos, motivaciones, habilidades, preferencias, necesidades, deseos, restricciones externas, cambios normales y patológicos, los adultos mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias participando en aquellas actividades que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etcétera); sin embargo, también pueden involucrarse en actividades auto-enriquecedoras. Por lo tanto, es importante diferenciar entre tres tipos de actividades de la vida diaria en los adultos mayores (Horgas, et.al. 1998):

- *Actividades instrumentales*, que se refieren a mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural.
- Trabajo, actividades de ocio y actividades sociales, que se refieren a actividades comunitarias y auto-enriquecedoras.

Por ello, se dice que la vida diaria puede ser distinta para personas con diferentes variables de fondo, lo cual refuerza el concepto de heterogeneidad en el envejecimiento. Esto refleja patrones de actividad, roles de género y preferencias personales (Nourhashémi, Andrieu, Gillete, & Vellas, 2001).

EVALUACIÓN CLÍNICA

Cada anciano es diferente, tiene una historia y situación que exigen de una valoración individual y a la medida. Este es el fundamento para el más importante aspecto de la evaluación psicológica en la ancianidad, que es la evaluación clínica, la cual es cualitativa, individual e histórico-evolutiva por excelencia.

En la evaluación clínica, la pericia del psicólogo en la anamnesis es crucial. La anamnesis se define como la capacidad de análisis del caso, de la investigación exhaustiva de los signos y síntomas y de la historia de la condición (Sánchez, 2007). Para este tipo de evaluación una adecuada aproximación al adulto mayor y el pronto establecimiento de rapport son esenciales. Un buen clínico es capaz de captar los síntomas y signos más importantes, y sobre la base de sus conocimientos y experiencia, ponerlos en perspectiva, para plantear finalmente los diagnósticos que le parecen más probables (Sánchez, 2007). En síntesis, el psicólogo clínico es un hermeneuta que interpreta una estructura de objetos reales e imaginarios, contextualizados y en una dimensión temporal subjetiva.

EXAMEN MENTAL

El examen mental es un procedimiento de evaluación psicológica elemental y que debe hacerse rutinario en el anciano. A través del examen mental se obtiene

cas”, “actividades instrumentales cognitivas”, “actividades sociales informales” y “actividades sociales formales”, con un alfa de Cronbach para el total de los reactivos de $\alpha = .843$. La Figura 1 muestra un reactivo-dibujo de la versión femenina y masculina, respectivamente, del INACVIDIAM.

Figura 1.

Hacer costuras o bordar



¿Qué tan seguido hace costuras o borda?



¿Está satisfecha por ello?



¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?



Hacer reparaciones eléctricas



¿Qué tan seguido hace reparaciones eléctricas?



¿Está satisfecho por ello?



¿Tiene dificultades para hacer esta actividad?



Muestra de reactivos-dibujos de la versión femenina y masculina del INACVIDIAM (con permiso del autor, 2012)

Debido a estudios realizados con este instrumento, se concluye que el INACVIDIAM, como herramienta en la clínica, detecta dificultades en el adulto mayor para llevar a cabo actividades específicas de la vida diaria, se puede cuestionar adicionalmente a la persona para identificar las estrategias de selección, optimización y compensación que haya utilizado para adaptarse a las pérdidas y cambios asociados con el envejecimiento. Además, el INACVIDIAM puede apoyar en la planeación y aplicación de intervenciones psicológicas en adultos mayores, y medir el impacto de éstas.

información respecto al grado de alerta, el juicio, la inteligencia, la memoria y el estado de ánimo. Estos son parámetros que forman parte de la evaluación del estado mental de una persona y es necesario saber identificarlos y analizarlos.

La base del examen mental es la conversación con el paciente, a través de la cual el clínico colecta información sobre varios parámetros indicativos de su estado mental. Desde la forma cómo se viste el paciente, cómo se desenvuelve, el tipo de preguntas que hace, su estado de ánimo, intención y contacto afectivo, entre otros. En este sentido, la capacidad de interacción del paciente es clave para la realización de un examen mental completo. De igual forma, se debe tener presente que el examen mental debe estar de acuerdo al nivel cultural de la persona. Asimismo, la evaluación del estado mental comprende los siguientes aspectos principales:

Nivel de conciencia

Este parámetro se refiere al grado de alerta y orientación respecto al medio que lo rodea y se divide en tres grandes esferas: la persona, el espacio y el tiempo.

Además de estas preguntas, para conocer el nivel de alerta de una persona se puede recurrir a otros estímulos sonoros o táctiles de distinta intensidad, algunos de los cuales puede llegar a producir dolor, sobre todo si se quiere despertar o hacer reaccionar al paciente, teniendo el cuidado de no infligir daño. Al escribir el reporte del nivel de conciencia los siguientes descriptores son utilizados con frecuencia:

- La lucidez, es el estado de plena alerta que corresponde a la persona normal en vigilia.
- La confusión, se da cuando hay vigilia pero inconsistencia en las reacciones a los estímulos y a en las respuestas formuladas.
- La obnubilación, el anciano se encuentra desorientado en el tiempo (no sabe la hora o la fecha) o en el espacio (no reconoce el lugar donde se encuentra); indiferente al medio ambiente (reacciona escasamente frente a ruidos intensos o situaciones inesperadas y está indiferente a su enfermedad).
- Sopor, la persona impresiona estar durmiendo.
- El coma, se establece cuando no hay ninguna reacción a estímulos externos, incluso, aquellos capaces de producir dolor.

LENGUAJE

La evaluación del lenguaje se aprecia si la persona es capaz de comprender preguntas u órdenes simples y de responder. Por supuesto, si existe sordera o un déficit motor, la orden podría no tener respuesta por ese tipo de limitación. Otros parámetros relacionados con el lenguaje son la capacidad de nombrar objetos, la capacidad de leer un párrafo y la capacidad de escribir una frase. El buen clínico es capaz de evaluar diversas maneras de percibir el lenguaje, de procesarlo y de expresarlo. Desde luego, se tiene que garantizar que el individuo entiende el idioma que se habla y que por ejemplo no sea analfabeta antes de pedirle leer o escribir algo.

MEMORIA

Es la capacidad de recordar hechos pasados, ya sean recientes o más antiguos (hechos remotos). También se evalúa la capacidad para retener nueva información. Las personas que están desarrollando una demencia, como se ve en la enfermedad de Alzheimer, tienden a recordar mejor los hechos remotos que los recientes.

FUNCIONES COGNITIVAS SUPERIORES

Clínicamente se pueden estimar algunas funciones cognitivas, sobre todo para evaluar la pertinencia de aplicar pruebas psicológicas que midan más objetivamente el funcionamiento mental. El psicólogo, a través del interrogatorio puede explorar algunas funciones cognitivas; también puede evaluarse el cálculo aritmético y la capacidad para reproducir un dibujo.

CONTENIDO DEL PENSAMIENTO

La parte más sofisticada y difícil de evaluar en un estado mental es el contenido, intención, interpretación y significado de ciertos pensamientos. En muchos casos, pacientes lúcidos y funcionales, tienen su patología en alteraciones en la estructuración del pensamiento, en su contenido y en una falla en la percepción o interpretación que hacen del medio ambiente. Entre dichas alteraciones de tipo cualitativo de la conciencia, se encuentran: los estados contusionales, los de confabulación y los de psicosis.

Instrumentos para medir calidad de vida

Actualmente, la estimación de la calidad de vida ha resultado ser relevante en la atención del adulto Mayor. Existen varios instrumentos para evaluar este constructo, entre ellos, el cuestionario EQ-5D (The EuroQoL Group, 1990) que es un instrumento de medida de la calidad de vida relacionada con la salud, compuesto por cinco dimensiones: “movilidad”, “cuidado personal”, “actividades cotidianas”, “dolor” y “estado de ánimo”. Por otro lado, el WHOQOL-BREF (The WHOQOL Group, 1998) de 26 reactivos, se desarrolló como una versión breve del WHOQOL-100 (de 100 reactivos) para evaluar la calidad de vida de forma que permitiera resumir áreas y se empleara para aquellos casos en los que requiriera contar con una evaluación más rápida y sencilla, sin que perdiera sus propiedades psicométricas. Sus cuatro áreas son “salud física”, “salud psicológica”, “relaciones sociales” y “medio ambiente”.

Sin embargo, uno de los primeros cuestionamientos que surgen en la evaluación genérica de la calidad de vida, es si los cuestionarios que se desarrollaron en población adulta joven, se pueden utilizar por igual en la población de adultos mayores. Una segunda cuestión que surge es de si hay áreas específicas de calidad de vida que puedan ser más importantes en adultos mayores. En el desarrollo del módulo WHOQOL-OLD se conformó un instrumento de medición de 24 reactivos con seis diferentes facetas o dimensiones: “capacidad sensorial”, “autonomía”, “actividades pasadas, presentes y futuras”, “participación/aislamiento”, “intimidad” y “muerte y agonía” (Power, Quinn, Schmidt & WHOQOL-OLD Group, 2005).

Existe el consenso de que el constructo de calidad de vida es subjetivo y multidimensional incluyendo aspectos de salud física, salud psicológica y relaciones sociales (WHOQOL Group, 1995) y que la medición de la calidad de vida en la gente mayor debe complementarse con aspectos específicos relacionados a la experiencia de envejecer (Lucas-Carrasco, Laidlaw, & Power, 2011).

Como el WHOQOL-OLD proporciona un puntaje global de calidad de vida que cuenta con amplia validez para adultos mayores, los clínicos pueden utilizarlo para entender mejor el bienestar general de sus pacientes, en vez de sólo utilizar mediciones de síntomas específicos. Por ello, el WHOQOL-OLD tiene una amplia utilidad en contextos clínicos cuando se use como una medida de bienestar general (Lucas-Carrasco, Laidlaw & Power, 2011).

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR INTEGRIDAD COGNITIVA

Sin duda, la escala más utilizada en México para evaluar la integridad cognitiva es la escala de inteligencia para Adultos de Weschler III. Misma que cuenta con una versión traducida y adaptada a México, con normas por grupo de edad.

Más que una adaptación, el objetivo de los investigadores fue el de generar normas apropiadas para la población mexicana por grupo de edad y evaluar la pertinencia de la prueba para la población de México. Al igual que la adaptación española (Seisdedos y Corral, 1999), el desarrollo de la validación y estandarización para México incluye el trabajo estadístico necesario, pero una revisión cualitativa de la propiedad de las subescalas de la prueba para la población Mexicana.

La escala WAIS III consta de 14 subtests que posibilitan el cálculo del CI para la Escala Completa, CI Verbal, CI de Ejecución y los Índices mencionados precedentemente. En la población de la tercera edad resulta útil para evaluar la capacidad intelectual y es un instrumento de diagnóstico de demencia y otros deterioros cognitivos.

EXAMEN DEL ESTADO MENTAL MÍNIMO (MMSE)

Es el test cognitivo abreviado de mayor validez y difusión internacional (Folstein, Folstein & McHugh, 1975). Su puntaje máximo es de 30 y, originariamente, el valor límite o de corte fue de 24; sin embargo, los resultados deben ser interpretados de acuerdo a diferentes criterios tales como la edad, el nivel educacional y otras variables personales. Se recomienda utilizar el valor límite de 26, valor utilizado en la mayoría de los estudios internacionales. Un resultado por debajo del valor límite sugiere deterioro cognitivo, pero un resultado considerado 'normal' no lo descarta. El MMSE evalúa: Orientación, memoria, atención, capacidad para seguir órdenes y escritura y la principal aportación de esta prueba consistió en proporcionar un instrumento para detección de deterioro cognitivo y que se pudiese administrar en poco tiempo.

MINI-EXAMEN COGNOSCITIVO (MEC)

Lobo y colaboradores (Lobo et al., 1979) adaptan el MMSE esta prueba a muestra española, pero introduciendo cambios en algunos ítems que afectaban a la puntuación total, de modo que en lugar de obtenerse una puntuación total de 30 puntos, como sucedía con la versión original, en este caso se obtenían un máximo de 35 puntos. A esta versión los autores la llamaron Mini-Examen

Cognoscitivo (MEC), extendiéndose su uso rápidamente, y conviviendo con otra adaptación, en este caso sí totalmente fiel, del MMSE. El punto de corte establecido para detección de demencia en población española se sitúa en 23 o menos.

SHORT-PORTABLE MENTAL STATE QUESTIONNAIRE (SPMSQ)

Es una prueba muy breve, que consta de 10 ítems que evalúan las siguientes funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo (Pfeiffer, 1975). A pesar de su brevedad, presenta una aceptable capacidad discriminativa. El sistema de puntuación se resume en la asignación de 1 punto al ítem incorrecto. Entre 0 y 2 errores se considera normal, entre 3 y 4 errores, deterioro leve, entre 5 y 7 errores, deterioro moderado, y más de 8 errores, deterioro grave.

LA PRUEBA LURIA NEBRASKA

Esta batería fue diseñada para evaluar un extenso rango de funciones neuropsicológicas. Basado en los primeros esfuerzos teóricos y las técnicas de diagnóstico clínico del neuropsicólogo ruso Luria. La batería estandarizada consta de 269 ítems, que proporcionan un perfil para las siguientes 14 escalas: Motora, Rítmica, Táctil, Visual, Lenguaje receptivo, Lenguaje expresivo, Escritura, Lectura, Aritmética, Memoria, Intelectual, Patognomónico, Hemisferio izquierdo y Hemisferio derecho. Diseñada para sujetos a partir de los 15 años y que también ha sido aplicada satisfactoriamente con adolescentes de 12 a 15 años.

Ayuda a comprender e interpretar la escala en su conjunto y el papel individual de cada uno de sus ítems, con vistas a completar el diagnóstico. Cada capítulo se divide en tres partes: la primera examina el contenido teórico, la segunda discute las intercorrelaciones entre los ítems, y la tercera describe la estructura de cada escala, basándose en una población de 270 individuos, divididos entre sujetos con daños cerebrales, sujetos con problemas psiquiátricos y sujetos normales.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ADULTO MAYOR

Una de las principales demandas de atención integral en el adulto mayor, resultan ser las problemáticas de naturaleza psicológica relacionadas a los cambios y pérdidas físicas, psicológicas y sociales asociadas al envejecimiento, como lo es el caso de la depresión. En la actualidad, ya existen tratamientos psicológicos

que han demostrado su efectividad en el tratamiento de la depresión, en menor tiempo que las técnicas tradicionales y que plantean a la depresión como un fenómeno contextual más que un problema de origen orgánico. Tal aproximación es la llamada Activación Conductual (AC).

La AC es una terapia de nueva generación que ha tenido mucho éxito en trastornos depresivos y que ha sido desarrollada sobre bases contextuales y funcionales. Ésta sustenta que el contexto debe ser el centro de la terapia ya que proporciona una mejor explicación sobre la depresión, a diferencia de las terapias farmacológicas o las psicológicas tradicionales. Este tipo de terapia subraya que en la depresión, las conductas típicas de las personas deprimidas o síntomas tienen un papel significativo en la depresión.

La esencia de la AC radica en que el contexto tiene una influencia determinante en la conducta, así como las consecuencias de ésta. Al respecto, la AC considera que gran parte de las conductas de las personas deprimidas funcionan como conductas de evitación a eventos desagradables de la vida cotidiana, hacia situaciones que no generan satisfactores, actividades rutinarias que exigen esfuerzo y la generación de cogniciones reiterativas. Por tal motivo, bajo esta perspectiva, las causas de la depresión se ubican en el contexto de las condiciones actuales de la persona y no en su interior.

En este sentido, la AC es una terapia más ideográfica que las terapias conductuales tradicionales, es estructurada y de corta duración (del orden de 15 sesiones), no protocolizada, diseñada a la medida del usuario, en donde será más importante la filosofía contextual y el criterio funcional de base, que la aplicación de un conjunto de técnicas psicológicas. Addis y Martell (2004), proponen un enfoque práctico para aplicar la AC en diferentes poblaciones y para diferentes problemáticas de naturaleza psicológica.

El punto de partida es que el cliente lleve a cabo un registro de actividades semanales, donde hora a hora y día a día, anota la actividad que lleva a cabo, así como una o más emociones asociadas a dicha actividades y la intensidad de tal emoción. Después que se han identificado las emociones y actividades durante una semana, se analiza el programa de actividades semanales y se buscan patrones (tendencias a hacer cierto tipo de conductas).

LA PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE)

La PBE pretende dos metas específicas en la intervención psicológica: la eficiencia y la utilidad clínica. En cuanto a la primera, se basa en la asociación

causal entre la intervención y el cambio en ciertos trastornos específicos. La segunda, se basa en el consenso clínico en cuanto a su generalización, factibilidad práctica, aceptación del paciente y el costo - beneficio de una intervención específica, entre algunos parámetros de juicio.

En suma, la práctica basada en la evidencia (PBE), exige la integración de la mejor información proveniente de la investigación disponible, junto con la experiencia clínica y la consideración del contexto, cultura y preferencias del paciente y defiende la posición de que el psicólogo tiene fortalezas distintivas en la interpretación y desarrollo de estudios clínicos y que la psicología, como ciencia, combina el compromiso con la verdad científica con la atención a las diferencias individuales, las relaciones humanas y el aspecto más subjetivo del bienestar del paciente.

LA INVESTIGACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA PSICOLÓGICA EN EL ADULTO MAYOR

Ante el envejecimiento de la sociedad en el mundo, México atraviesa una situación inédita: por primera vez la vejez es lugar común y, por primera vez, se piensa que todos los mexicanos pueden alcanzarla y deben, entonces, tener asegurada una buena calidad de vida al envejecer. Mientras el envejecimiento de la población representa en muchos sentidos un logro, también plantea profundos retos para las instituciones públicas que han de adaptarse a una estructura de la población siempre en evolución.

La solución a los problemas de salud de los adultos mayores requiere de un enfoque de salud pública hacia una educación para la salud, detección oportuna de problemas y provisión de recursos apropiados que proporcionen los necesarios cuidados comunitarios y de rehabilitación.

Existe una amplia gama de factores que contribuye a la salud de los ancianos o que los coloca en situaciones de riesgo. Es por ello que se requiere un enfoque multisectorial (enseñar a los ancianos para que conozcan y entiendan sus derechos y promover la educación para la salud) para abordar los factores de riesgo de las enfermedades crónicas y promover los factores que favorecen un envejecimiento activo. Los principales factores de riesgo son el aislamiento social, la pobreza, una nutrición deficiente, el sedentarismo, el estrés, la ansiedad y la depresión.

Existe evidencia de la importancia de una vida activa para ayudar a prevenir y aliviar enfermedades crónicas. Además, se requiere de una variedad de programas para promover la participación en actividades físicas organizadas y de ejercicio, para un envejecimiento activo.

A través del ciclo vital deberían de optimizarse las oportunidades de bienestar físico, social, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez; mantener la autonomía es el principal objetivo y mantener la salud, factor clave de la autonomía, posibilita el envejecimiento activo.

El bienestar de los adultos mayores puede ser influenciado positivamente por estilos de vida activos. Los adultos mayores que tienen estilos de vida activos requieren menos de servicios médicos mientras que los adultos mayores que están restringidos de sus actividades de ocio favoritas, informan niveles más bajos de satisfacción con la vida y generalmente valoran su salud como más mala en comparación con aquellos que no están restringidos de sus actividades de ocio favoritas (Mahon y Searle, 1994).

De acuerdo con el modelo de envejecimiento exitoso de Rowe y Kahn (1997), el nivel de participación activa en la vida es un determinante de qué tan exitosamente envejecerá la persona. Mantener relaciones cercanas con otros y llevar a cabo actividades significativas (tales como las actividades de ocio), son dos de los componentes más importantes del envejecimiento exitoso. Un indicador de envejecimiento exitoso en adultos mayores, es la capacidad de mantener un sentido positivo de bienestar (Janssen, 2004).

Por lo tanto, se considera que un factor importante, quizá el factor más importante de la experiencia positiva de una persona, son las emociones y percepciones acerca de la experiencia. Un programa de educación para el ocio debe consistir en actividades escritas, orales y audiovisuales, diseñadas para mejorar factores tales como el conocimiento de recursos para el ocio y habilidades relacionadas al ocio, y/o para valorar el estilo de vida en general para entender mejor el rol del ocio en la vida de un individuo. El programa busca incrementar la conciencia de un individuo sobre sus intereses de ocio y de las oportunidades que puedan satisfacer estas necesidades, así como ayudarlo a identificar y eliminar barreras de participación, y a tomar decisiones y hacer planes con relación al ocio.

Además, después de que complete un proceso para clarificar necesidades de ocio, el individuo debe desarrollar planes para identificar cualquier barrera y seleccionar un proceso para facilitar los objetivos individuales de ocio. La educación para el ocio mejora los estilos de vida saludables y reduce las demandas de otros servicios de apoyo, por lo que la educación para el ocio debe establecerse como un servicio de salud preventiva y es una forma efectiva de reducir

la brecha entre demandas medioambientales y las capacidades de una persona que envejece.

Afortunadamente, los adultos mayores que adquieran nuevas actividades de ocio, refuercen su involucración en las actividades de ocio que ya realizan y adapten actividades para mantenerse activos, pueden disfrutar de periodos más largos de independencia y de vidas felices. Un programa de educación para el ocio consiste en sesiones con los siguientes contenidos:

Apreciando el ocio: el objetivo de estas sesiones es proporcionar oportunidades a los participantes para que aprendan las definiciones y estilos de vida de ocio, a familiarizarse con los beneficios del ocio, a identificar las barreras para participar en el ocio y a determinar formas de resolver las barreras para el ocio.

Consciencia del ocio: el objetivo es proporcionar oportunidades a los participantes para estar conscientes de sus actitudes hacia el ocio, entender los factores que pueden afectar su participación en el ocio, examinar sus actividades recreativas en el pasado, considerar sus actividades recreativas actuales e identificar actividades recreativas futuras posibles.

Autodeterminación en el ocio: el objetivo es proporcionar oportunidades a los participantes para aprender acerca de sus éxitos personales en el ocio, entender la importancia del crecimiento personal y su responsabilidad en la participación en el ocio, aprender a expresar preferencias y a entender cómo ser asertivo.

Interactuar socialmente durante el ocio: el objetivo es proporcionar oportunidades a los participantes a aprender la dinámica de la interacción social, a obtener conocimiento acerca de lo apropiado de las conductas de interacción social, a demostrar conductas verbales y no verbales que impliquen atención a otros y a exhibir conductas verbales necesarias para un diálogo efectivo.

Uso de recursos para facilitar el ocio: el objetivo de estas sesiones es proporcionar oportunidades a los participantes para aprender cómo localizar e identificar fuentes de información acerca de oportunidades de ocio y a utilizar recursos impresos, humanos e institucionales que faciliten la participación en el ocio.

Toma de decisiones acerca del ocio: el objetivo de estas sesiones es proporcionar oportunidades a los participantes para que aprendan a identificar metas de participación personal en el ocio y actividades para lograr estas metas, utilizando para ello un proceso de toma de decisiones, donde el participante diseñará planes de acción, enfocados y dirigidos, para convertir el proceso educativo en conductas de ocio instrumentales.

Bibliografía

- Acosta, C. (2011). *Inventario de Actividades de la Vida Diaria del Adulto Mayor (INACVIDIAM)*. México: Manual Moderno.
- Addis, M., & Martell, C. (2004). *Overcoming Depression. One Step At A Time*. EUA: New Harbinger Publications, Inc.
- Baltes, P. (1997). "On the incomplete architecture of human ontogeny. Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory". *American Psychologist*, 52(4), 366-380.
- Burnett-Wolle, S., & Godbey, G. (2007). "Refining research on older adults' leisure. Implications of selection, optimization, and compensation and socioemotional selectivity theories". *Journal of Leisure Research*, 39(3), 498-513.
- Freund, A., & Baltes, P. (2002). "Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity". *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 642-662.
- Group, T. E. (1990). "EuroQoL: A new facility for the measurement of health-related quality of life". *The EuroQoL Group. Health Policy*, 16(3), 199-208.
- Group, T. W. (1998). "Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment". *Psychol Med*, 28, 551-558.
- Horgas, A., Wilms, H., & Baltes, M. (1998). "Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging". *The Gerontologist*, 38(5), 556-567.
- Janssen, M. (2004). "The effects of leisure education on quality of life in older adults". *Therapeutic Recreation Journal*, 38(3), 275-288.
- Lucas-Carrasco, R., Laidlaw, K., & Power, M. (2011). "Suitability of the WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD for Spanish older adults". *Aging & Mental Health*, 15(5), 595-604.
- Mahon, M., & Searle, M. (1994). "Leisure education: It's effects on older adults". *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 65(4), 36-41.
- Montorio, I., & Izal, M. (1999). "Cambios asociados al proceso de envejecimiento". En: M. Izal, & I. Montorio, *Gerontología conductual, Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Nourhashémi, F., Andrieu, S., Gillete, S., & Vellas, B. J. (2001). "Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty. A study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS Study)". *The Journal of Gerontology*, 56(7), 448-453.
- Power, M. Q.O. (2005). "Development of the WHOQOL-OLD module". *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). "Successful aging". *The Gerontologist*, 37(4), 433-440.
- Siegel, J., & Kuykendall, D. (1990). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 519-524.

Young, L., Baltes, B., & Pratt, A. (2007). "Using selection, optimization, and compensation to reduce job/family stressors. Effective when it matters". *Journal of Business and Psychology*, 4, 511-539.