

## Programa psicoeducativo en el departamento de Geriátría del Centro Penitenciario de Hombres de Barcelona

### 1. Introducción

A partir de los progresos tecnológicos los países europeos han experimentado una reducción de la mortalidad, sobre todo mediante el progreso en la alimentación y las condiciones de salud. Como consecuencia, la distribución de la población por edades se ha modificado de la siguiente forma: disminución de la natalidad y una baja mortalidad; aumento de la longevidad de la vida, que actualmente es de 74 años para el hombre y de 80 para la mujer (Pérez, 1996). En Catalunya hay un 15,97% de la población con más de 65 años.

Hay numerosas y diversas definiciones del concepto vejez. Algunas se refieren a un *proceso o curso* –no a un estado– *que empieza pronto, después de la juventud, y que a lo largo de la vida adulta se combina con procesos de maduración y desarrollo* (Buendía, 1994). Se caracteriza por un deterioro progresivo, asincrónico a medida que aumenta la edad.

Por consiguiente, tal y como hemos señalado, se producen una serie de cambios en distintas áreas:

- **Fisiológica:** cambios en la apariencia (los cabellos, las uñas, composición del organismo, el esqueleto y los dientes) y en los sistemas cardiovascular (el colágeno se endurece, incremento progresivo del tamaño de las vísceras, disminución del flujo sanguíneo), respiratorio (dificultades respiratorias, los pulmones captan menos aire), gastrointestinal (atrofia del tejido muscular, disminución de la ingestión de líquidos), excretor (aumento de infecciones de la secreción hormonal y de la capacidad del organismo para metabolizar la glucosa y aparición de la diabetes adulta) (Zarit y Zarit, 1989).

- **Psicológica:** cambios en los procesos sensoriales y perceptuales y en las capacidades cognitivas como la inteligencia, el aprendizaje y la memoria (Zarit y Zarit). También puede producirse una pérdida de autonomía, cambio a un *locus* de control externo, baja autoestima, depresión (Buendía) y una disminución en la frecuencia de la respuesta sexual.

■ Social: cambios en los roles desarrollados a nivel familiar (toma de decisiones, dificultades en la relación con los hijos y la pareja, alteración de la vida conyugal a causa de la mayor disponibilidad de tiempo), laboral (jubilación, desorientación momentánea, sensación de vacío si hay una falta de intereses, disminución de los ingresos económicos y aumento de los gastos) y social (aislamiento, pérdida de relaciones) que crean una situación de incertidumbre y fragilidad en las relaciones interpersonales y con relación al futuro.

Como consecuencia de su importancia creciente distintas disciplinas han abordado el tema de la vejez y, desde la educación para la salud, como modelo alternativo al de la enfermedad, se han trabajado, entre otros, los siguientes aspectos:

**Diversos estudios demuestran que hay una relación entre el estado de salud y el estilo de vida**

• Promover la salud a partir de la idea de que es un valor fundamental. *Se pretende modificar las pautas de comportamiento cuando los hábitos o costumbres sean insanos o peligrosos para la salud, crear otros de sanos, y promover la modificación de factores externos al individuo que influyan negativamente en su comportamiento de salud* (Salleras, 1979). Se han realizado diversos estudios (Belloc, Breslow y Hoschstim, 1971) que demuestran que hay una relación entre el estado de salud y el estilo de vida y de hábitos con riesgo de muerte. Existe un considerable aumento de la salud a medida que el número de prácticas de riesgo son menores.

• Informar de la sexualidad. Se ha hallado una relación entre la sexualidad y los siguientes factores: la salud, el efecto de la edad en el interés sexual y su función, los cambios psicológicos, el impacto de las enfermedades y la repercusión de las drogas y los fármacos. Los estudios señalan que hay una disminución de la actividad sexual relacionada con problemas de erección en el hombre, de la ansiedad que despierta, y de los estereotipos sociales (Masters y Johnson, 1966; Pleiffer, Verwoerd y Wang, 1968). Se han llevado a cabo diversos programas educativos sobre información sexual (Fazio, 1987), información y ejercicios de técnicas sexuales con un incremento significativo en la satisfacción sexual (Rowland y Haynes, 1978), estereotipos sexuales mediante el suministro de información que ha aumentado la actividad sexual y las actitudes positivas (White, 1982).

• Fomentar la práctica del ejercicio físico. El objetivo es retrasar el proceso de envejecimiento y la disminución progresiva del momento, así como mantener la forma y la autonomía en las actividades cotidianas. La investigación médica ha confirmado que una dosis adecuada de actividad física aumenta el bienestar psicofísico y mejora el resultado fisiológico de forma relevante en individuos de 50, 60 o 70 años. Además, beneficia otras capacidades: la memoria y el aprendizaje, habilidades mentales y el bienestar subjetivo.

- Modificar aspectos psicológicos que pueden predisponer a la enfermedad, entre los que destacan las actitudes e intenciones, el *locus* de control, la autoestima y el autoconcepto, los rasgos depresivos y los conocimientos y creencias (Rivas y Fernández, 1996). Una forma de trabajarlos es mediante la discusión de actitudes y los estereotipos negativos (Fernández, 1992).

Otra área que también se ha desarrollado durante los últimos años es la prevención o preparación para el envejecimiento, en la que se tratan distintos aspectos, como los cambios de hábitos de salud (alimentación, sueño, ejercicio físico, higiene personal), afrontar los cambios a nivel psicosocial (jubilación y planificación económica –interés por actividades de ocio, formación continuada, pensiones y seguros, transacciones inmobiliarias, sucesión, testamento–; alteraciones emocionales –depresión y ansiedad–; aislamiento social –pérdida de relaciones sociales–; muerte de los seres queridos y miedo a la propia muerte).

## 2. Problema

En el centro Penitenciario de Hombres de Barcelona hay un departamento llamado Geriátrico, donde residen los internos mayores de 65 años o que aún teniendo una edad inferior presentan patologías médicas que requieren esta ubicación. Esta unidad presenta una estructura y funcionamiento diferente del resto del centro y se caracteriza por un emplazamiento inadecuado (encima de unas escaleras y sin servicios propios en la celda). Otras características diferenciales en relación al resto de la cárcel es la ausencia de puertas y el libre acceso a una cocina.

El centro ofrece pocas actividades específicas y adaptadas para este colectivo, normalmente, se le ofrecen las mismas que al resto de internos.

La población de este departamento se caracteriza por tener una edad avanzada, con patologías físicas propia del proceso de envejecimiento que dificultan un nivel ocupacional y su incorporación a otras actividades. Además, algunas de estas personas presentan problemas de adaptación al establecimiento penitenciario –sobre todo si es su primer ingreso– con alteraciones emocionales agravadas por una actitud rígida ante el cambio ambiental y unas expectativas de incertidumbre en relación al futuro (sobre todo los que se encuentran en situación de preventivo) y por la limitación de las comunicaciones –únicamente tienen derecho a las visitas establecidas legalmente–.

Muchas veces pertenecen a entornos marginales y muestran un bajo nivel cultural, unas relaciones sociales pobres, falta de intereses, de recursos económicos y de soporte social, y una escasa motivación para hacer actividades.

En la Tabla I se muestran algunas características sociodemográficas de los internos que han pasado por el departamento de Geriátrica del centro Penitenciario de Hombres de Barcelona durante el año 1998.

**Tabla I. Datos sociodemográficos de los internos que han pasado por el departamento de Geriátrica del centro Penitenciario de Hombres de Barcelona**

<b>Edad</b>		<b>Tipo de delito</b>	
- 55 años	1	Amenazas	1
55-60	4	Agresión sexual	4
61-65 años	18	Apropiación indebida	2
66-70 años	17	Asesinato	1
+ 70 años	3	Atentado	1
<b>Nivel cultural</b>		Contra la Salud Pública (CSP)	12
Analfabeto	6	Estafa	2
Alfabetización elemental	5	Destrozo	1
Enseñanza primaria	14	Falsificación de moneda	2
EGB	2	Hurto	2
Graduado escolar	5	Homicidio	3
Bachillerato elemental	1	Imprudencia temeraria	1
Bachillerato superior	1	Lesiones	2
BUP	2	Robo	6
Titulado medio	5	Robo con intimidación	1
Titulado superior	2	Rotura de condena	1
<b>Estado civil</b>		No constan	1
Soltero	12	<b>Número de ingresos</b>	
Casado	15	Uno	27
Separado	6	Más de uno	16
Viudo	6		
Divorciado	4		

Los niveles de escolarización han sido facilitados por los internos al ingresar en prisión.

Ante esta situación se diseñó un programa psicoeducativo con contenidos relacionados con el proceso de envejecimiento, que los imparten profesionales de distintas disciplinas: médico, psicólogo, trabajadora social y monitor de deportes.

### 3. Objetivos

#### 3.1 Generales

- Ofrecer un espacio a este colectivo para tratar su problemática específica.
- Favorecer el contacto con los profesionales del centro mediante el intercambio de opiniones.
- Informar sobre el proceso de envejecimiento con una descripción de los rasgos físicos y psicológicos más relevantes.
- Aumentar su motivación para participar en actividades del establecimiento.

***Ofrecer un espacio a este colectivo para tratar su problemática específica***

#### 3.2 Específicos

- Informar de los cambios progresivos del envejecimiento desde el punto de vista bio-psico-social.
- Aportar instrumentos que faciliten el mantenimiento de un estado de salud óptimo y que incrementen su calidad de vida.
- Favorecer la discusión de los estereotipos negativos que hay sobre las personas mayores y mejorar su aceptación de esta etapa de la vida.
- Abordar áreas relevantes sobre las que hay una escasa comunicación: el luto, la muerte y la sexualidad.
- Mencionar los recursos sociales que hay en el exterior para que puedan utilizarlos en un futuro próximo.

### 4. Metodología

#### 4.1 Sujetos

Son internos ubicados en el departamento de Geriatría y que voluntariamente participan en el programa de intervención. Los únicos requisitos son una capacidad mínima de comprensión y expresión y una asistencia continuada. A los participantes se les ofrecerá la posibilidad de alcanzar algún tipo de

beneficio penitenciario (posibilidad de conseguir una reducción de la condena en 3-5 días mediante una propuesta de redención extraordinaria al Juez de Vigilancia Penitenciaria, o la emisión de una nota informativa positiva).

## **4.2 Materiales**

Se ha elaborado un programa psicoeducativo de 11 sesiones, de carácter semanal y con una duración aproximada de hora y media cada una, con diferentes contenidos relacionados con la vejez impartidos por profesionales de diferentes disciplinas: psicología, medicina, servicios sociales y educación deportiva.

Se usa material fungible en la ejecución de las diferentes tareas.

La intervención se hace en el comedor del departamento utilizando el mobiliario existente (mesas, sillas y pizarra).

## **4.3 Estructura**

Este programa se enmarca en una orientación cognitiva-conductual en la que se refuerzan las respuestas que corresponden a un aprendizaje efectivo de los contenidos, a autoinstrucciones positivas, a habilidades interpersonales de colaboración y resolución adecuada de los problemas que suceden en el transcurso del programa.

Se utiliza una metodología psicoeducativa que consiste en el suministro de información específica sobre la vejez, favoreciendo la participación de los internos a través de formación de dinámicas en las cuestiones que no se entiendan.

El programa está formado por las 11 sesiones mencionadas anteriormente, y además incluye una sesión inicial donde se facilita un esquema del programa, se administran los cuestionarios de estereotipos y conocimientos; y una sesión final en la que se rellenan estos cuestionarios y el del grado de satisfacción con el programa.

## 4.4 Contenido

El contenido de la sesiones del programa de intervención es el siguiente:

### ■ Sesión nº 1

#### **Introducción al concepto de vejez (psicólogo)**

Se hacen grupos de cuatro o cinco personas y se les pide que hagan una lista común con:

- sinónimos de hacerse mayor (durante 15 minutos)
- características de las personas que se hacen mayores (durante 15 minutos)

A continuación se pone la información en común y se anota en la pizarra.

### ■ Sesión nº 2

#### **Introducción al concepto de vejez II (psicólogo)**

Se facilita a los participantes, reunidos en pequeños grupos, tres estereotipos negativos para que den su opinión personal, durante un período de 5 minutos. Posteriormente se comentan las respuestas recogidas. Se usan los ítems del cuestionario sobre estereotipos, mitos y falacias de la vejez de Montorio e Izal (1990). Se repite el mismo proceso una o dos veces más.

### ■ Sesión nº 3

#### **El envejecimiento físico (médico)**

Se proporciona información de las enfermedades que padecen más a menudo las personas mayores y las medidas a tomar en caso de cualquier señal que indique la posibilidad de padecerlas.

### ■ Sesión nº 4

#### **Prevención y mantenimiento de la salud (médico)**

Se indica qué tipo de actuaciones pueden realizar las personas mayores ante el deterioro progresivo, siguiendo una política de prevención y mantenimiento de la salud (cambio en la alimentación, sueño, no fumar, ejercicio físico, revisiones periódicas).

■ **Sesión nº 5**  
**Actividad física. Teoría I (educador de deportes)**

Se señala la importancia de la actividad física para las personas mayores y su relevancia en la salud (objetivos, tipos, conductas negativas, dificultades).

■ **Sesión nº 6**  
**Actividad física. Práctica II (educador de deportes)**

Los internos son acompañados al patio por el monitor de deportes y en función de las características personales se establece un programa individualizado que el informado podrá llevar a cabo de forma regular.

■ **Sesión nº 7**  
**El envejecimiento psicosocial (psicólogo)**

Se suministra información de las principales alteraciones emocionales: la depresión y la ansiedad (características, cuando adquieren un carácter patológico) y el deterioro cognitivo (memoria, concentración, atención). También se trata del cambio social que sufren las personas mayores (jubilación, pérdida de responsabilidad e ingresos económicos, dependencia familiar, cambio de roles).

■ **Sesión nº 8**  
**Prevención y técnicas rehabilitadoras (psicólogo)**

Se facilita información sobre tipos de actuaciones adecuadas ante un trastorno depresivo o de ansiedad (pedir ayuda al profesional, importancia de intereses y actividades sociales, pensamientos negativos).

También se habla de la importancia de realizar cualquier tipo de actividad mental para no perder capacidades (recibir información a través de los medios de comunicación, realizar tareas de ocio). Se hace mención de las estrategias mnésicas internas (método de la cadena, lugares, palabras gancho, categorización y agrupación) y externas (notas, objetos recordatorio).

■ **Sesión nº 9**  
**Sexualidad (psicólogo)**

Se comentan los cambios que se producen a nivel físico y en la respuesta sexual.



A continuación se forman pequeños grupos y sus integrantes opinan sobre los estereotipos negativos acerca de la sexualidad. Posteriormente aportan esta información y se discute de forma conjunta.

■ **Sesión nº 10**  
**El proceso de luto y la muerte**

Se indica en qué consisten el proceso de luto (fases, intensidad y duración en función de algunas características, reacciones anormales ante una pérdida). También se explican las fases por las que pasa una persona enferma en estado terminal (negación, rabia, pacto, depresión y aceptación).

■ **Sesión nº 11**  
**Recursos asistenciales en el exterior (trabajadora social)**

La trabajadora social indica qué tipo de recursos asistenciales hay para la gente mayor (residencia, ayuda a domicilio, servicio de telealarma, espacios de ocio) y también económicos (prestaciones contributivas y no contributivas) y se refiere a los profesionales a que se pueden dirigir.

## 5. Evaluación

Tanto al inicio como al final del programa de intervención se pasan los siguientes cuestionarios:

■ **Cuestionario de estereotipos** formado por 39 ítems. El que el sujeto tiene que señalar una respuesta de entre las siguientes:

1. Estoy de acuerdo; 2. Estoy en desacuerdo; y 3. Estoy muy en desacuerdo. Ha sido constituido *ad hoc* mediante ítems contenidos en el Cuestionario sobre estereotipos, mitos y falacias sobre la vejez de Montorio e Izal (1994) y se han añadido otras creencias erróneas de carácter sexual (Buendía).

■ **Cuestionario de conocimientos** elaborado también *ad hoc* y que está formado por 19 preguntas con cuatro alternativas de respuesta cada una; los participantes deben indicar la más indicada. Han sido elaboradas por los diversos profesionales que intervienen en el programa y tienen relación con los contenidos impartidos. Se refieren a: 6 preguntas de salud física; 3 de educación deportiva; 4 de psicología; 2 de sexualidad; 2 de proceso de luto y muerte; y 2 de servicios sociales.

■ Finalmente se les distribuye un *cuestionario sobre el grado de satisfacción con el programa*, en éste tienen que puntuar los ítems del 1 al 5, de acuerdo con los siguientes criterios:

1. No me gustó; 2. Me gustó un poco; 3. Me resulta indiferente; 4. Me gustó bastante; y 5. Me gustó mucho. Evalúan el programa globalmente, cada una de las sesiones desarrolladas, los profesionales que intervienen y el ambiente (compañeros, lugar y horario). Además, hay un espacio en blanco donde han de señalar y justificar razonadamente aquella actividad que más les ha gustado y también la que menos. Por último, se deja un espacio para indicar sugerencias que nos permitan mejorar la calidad del programa en el futuro.

Félix Herraiz Gonzalo  
Psicólogo CPHB

---

## Bibliografía

- **Belloc, N.B., Breslow, L. i Hochstmin, J.R.** (1971) *Measurement of Physical Health in a General Population Survey*. En *American Journal of Epidemiology*, 93, pág. 328-336.
- **Buendía, J.** (1994) *Envejecimiento y psicología de la salud*. España Editores SA. Siglo XXI. Madrid.
- **Fazio, L.** (1987) *Sexualitat and aging. A community wellness program. Special Issue: Community for the health impaired elderly*. En *Physical and occupational therapy in Geriatrics*. Vol. 6 (1), pág. 59-69.
- **Fernández-Ballesteros, y col.** (1992) *Mitos y realidades de la vejez y la salud*.: SG Editores Fundación Caja Madrid. Barcelona.
- **Masters. W.H. y Jhonson, V.E.** (1966) *Human Sexual Response*. Little. Brown. Boston.
- **Montorio, I e Izal, M.** (1990) *Cuestionario sobre estereotipos, mitos y falacias sobre la vejez*. U.A.M. Edición experimental.
- **Pérez, J.** (1996). *Jubilació i vida activa*. En Pla de Preparació per a la jubilació activa. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Barcelona.
- **Pleiffer, E., Verwoerd, T.A. i Wang, H.S.** (1968) *Sexual behavior in Aged Men and Women I. Observations on 354 Community Volunteers*. En *Archives of General Psychiatry*, 19, pág. 753-758.
- **Rivas, R.M. i Fernández, P.** (1996) *El proceso de evaluación en la educación para la salud*. En *Manual de evaluación y psicología de la Salud*. España Editores SA. Siglo XXI. Madrid.
- **Rowland, K. i Haynes, S.N.** (1978) *A sexual enhancement program for elderly couples*. En *Journal of sex and marital therapy*. Sum. Vol. 4 (2), pág. 91-113.
- **Salleras, L.** (1978) *Principis i mètodes d'Educatió Sanitària*. Ajuntament de Barcelona. Unitat Operativa de Salut Pública. Barcelona.
- **White, Ch. B. i Catania, J.A.** (1982) *Psychoeducational intervention for sexuality with the aged, family members of the aged, and people who work with the aged*. En *International of Aging and Human Development*. Vol. 15 (2), pág. 121-138.
- **Zarit, J. i Zarit, S.** (1989) *Envejecimiento molar: Fisiología y psicología del envejecimiento normal*. En *El envejecimiento y sus trastornos*. Ed. Martínez Roca. Barcelona.