

VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL ANCIANO DESDE EL PERFECCIONAMIENTO DOCENTE DE PROFESIONALES DE LAS CIENCIAS HUMANAS

*Grupo Académico Hércules **

RESUMEN

En este trabajo presentamos los contenidos correspondientes a las posibilidades de valoración psicológica del anciano en la perspectiva de profesionales que actúan desde las Ciencias Humanas, psicólogo, médico geriatra, médico, A.T.S., educador social, asistente social y terapeuta. Efectuamos una descripción de instrumentos, adaptación castellana, para la realización de esta evaluación, concretamente el Mini-mental State Examination (M.M.S.) de Folstein, el Geriatric Interpersonal Rating Scale (G.I.E.S.) adaptación de Plutchik, Conte y Lieberman (1971), el Philadelphia Geriatric Center Questionnaire (P.C.G.Q.) y el Cuestionario de Valoración Social de Camallonga e Izquierdo (1993).

* El Grupo Académico Hércules está formado por: Eduardo Abalde Paz, Alicia Arias Rodríguez, Carmen Delia García-Fuentes de la Fuente, M^a José Iglesias Cortizas, Paula Mendiri Ruíz de Alde, J. M. Muñoz Cantero. Departamento de Filosofía y Métodos de Investigación en Educación de la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de A Coruña.

I. INTRODUCCIÓN

La importancia de la etapa evolutiva denominada tercera edad hace que ésta tenga amplias repercusiones en todos los ámbitos y que se haya convertido en punto de vista obligado para enfocar la mayoría de las sesiones de las actividades de perfeccionamiento profesionales dedicados a las Ciencias Humanas. El abanico es muy amplio y la interacción de estos profesionales sobre un mismo campo de actuación, hace necesario una perfecta armonización que redunde en la coordinación de estrategias tendentes a una rentabilización de recursos y optimización de resultados.

Ya en la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas celebrada en Viena, en el año 1982 se advierte de la necesidad de tomar medidas para que la transición de la vida activa a la jubilación sea fácil y gradual, haciendo más flexible la edad de derecho a jubilarse indicando la conveniencia de incluir, entre las actividades a programar, cursos de preparación para la jubilación. Iniciativas desde la Comunidad económica Europea, cuya intención es programar acciones para mejorar la situación de personas de edad así lo refrendan, C.E.E. Doc. A. 2-7/ 86.

Solamente en la década de los noventa, en la que nos encontramos, la realización de jornadas, simposia, proyectos de investigación, programas y publicaciones que, desde una u otra perspectiva, tocan el tema, ha aumentado considerablemente.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), recuerda que la salud no significa tan solo ausencia de enfermedad sino un estado completo de bienestar físico, mental y social.

En España diversas organizaciones públicas y privadas desde la acción social y desde los ámbitos económicos, sociológicos, demográficos, educativos, sanitarios y familiares han respondido a esta realidad ya que constata López Franco, (1993), que menos del 5% de los trabajadores de la Comunidad Europea reciben algún tipo de preparación para la jubilación.

La necesidad de contribuir al perfeccionamiento de profesionales en formación está creada. Nosotros pretendemos, con esta comunicación, aportar una opción de puesta en práctica de una de esas sesiones de trabajo incluidas posiblemente en períodos de formación de temporalización más extensa.

La consecución de nuestro objetivo prioritario se centra en informar a los alumnos, futuros o actuales profesionales del ámbito sanitario, psicosocial y educativo de instrumentos, elaborados por distintos autores, para una valoración psicológica del anciano.

Es sabido que este tipo de profesiones responden a perfiles característicos en los que destacan cualidades favorecedoras de las relaciones humanas, se incluyen el llamado *perfil social* de Caprara (1993). Un estudio realizado con futuros profesionales de Ciencias de la Salud realizado por Abalde, García-Fuentes, Iglesias, Jiménez, Menéndez, Mendiri y Muñoz (1997) confirma como cualidades prevalentes, de estos profesionales, la cordialidad, agrado, empatía y amabilidad entre otras similares.

Comenzamos por presentar la conexión del anciano actual con el enclave histórico, reflexionar sobre los problemas que presenta la valoración psicológica en esta etapa evolutiva, los objetivos de la misma y los profesionales a los que les compete para finalizar con las referencias bibliográficas correspondientes. Se incluye un anexo con una temporalización de estos contenidos, en

el caso de ser destinados a su utilización en sesión presencial de gran grupo y un cuestionario para la evaluación de la sesión, Valoración Psicológica del Anciano (V.P.A.C.D.).

II. CICLO VITAL, PROGRAMACIÓN GENÉTICA DE LA VEJEZ Y ENVEJECIMIENTO POR DESGASTE

En el referente llamado ciclo vital tiene un lugar el envejecimiento. Tendemos a situar la etapa 65-75 como momento de comienzo del declive por motivos de edad.

Desde una dimensión histórica la consideración no es la misma. En la mayoría de las civilizaciones antiguas se constata la existencia de una asamblea de ancianos que aportan la certeza de una dinámica de justicia equitativa y actuación de medida ya que se confiere, a esta asamblea de ancianos, una función consultiva, a veces legislativa e incluso judicial. En algunas civilizaciones recibía su propio nombre obsérvese sino la *gerusia* en Esparta, que ejercía como asesora del monarca y órgano esencial del gobierno encargada también de todo lo relacionado con la política exterior.

Desde el punto de vista fisiológico existen dos formas de dar respuesta a las causas de la decadencia física. Bergener, Ermini y Stahelin (1985); Whitbourne (1986) indican como tales las teorías de *programación genética de la vejez* o conjunto de teorías que sostienen la existencia de un límite temporal inamovible para la reproducción de las células humanas. Y las llamadas teorías del *envejecimiento por desgaste* que sugieren que las funciones mecánicas del cuerpo dejan de trabajar eficazmente, y éste, en efecto se desgasta.

Existen personas que se adhieren a uno u otro grupo de estas teorías pero señala Feldman (1995) que ninguna de las dos dan respuesta a algunos enigmas. Cómo se puede explicar si no el desigual envejecimiento y supervivencia de las mujeres sobre los hombres, señalado por algunos autores entre cuatro y diez años.

El punto de encuentro puede estar en la consideración de la psicología del desarrollo que abarca todo el curso de la vida ya que, en cada etapa, la persona experimenta una confrontación con las tareas vitales de acuerdo con la edad correspondiente. De todas formas el campo de las ciencias humanas y las teorías que le subyacen contemplan a la persona como una realidad incubada siempre con caminos abiertos para desarrollar determinadas potencialidades. De aquí se desprende una idea dinámica por la que actúan factores provocadores de cambios. En este sentido está la aportación de Egea (1990) quien afirma que el viejo es un resultado mientras que el niño es un planteamiento.

Desde el punto de vista físico, en la investigación sobre el tema, se detecta que los procesos que permiten ejercitar las capacidades sensoriales decaen con la edad es decir, los ancianos presentan mermadas sus facultades de visión, oído y gusto. Idéntico fenómeno sucede con las capacidades motoras.

Otros autores centran los factores determinantes de longevidad en los factores ambientales. Así Weg (1983) señala la dieta equilibrada, la exposición mínima a toxinas provenientes del tabaco, pesticidas y productos químicos industriales, la menor cantidad de tensión vital, competencia e infelicidad y llevar una actividad vigorosa desde la infancia.

En estudios realizados en España también se evidencian componentes sociales que dificultan una buena adaptación de los mayores a su ciclo vital correspondiente. Así lo demuestra el estudio realizado por Bazo (1990) sobre población española con una muestra de 412 personas mayores de 65 años ; en él se evidencian algunos indicadores sociales de la población anciana. Según esta autora, la vejez en sí misma no es amenazadora para las personas ancianas sino que son los estereotipos negativos sobre ella los que hacen que la ancianidad sea mal vista, mal aceptada, rechazada tanto por jóvenes como por mayores de tal forma que se dan las actuales situaciones discriminatorias y se les somete a los estigmas de la decrepitud.

Transcribimos ahora algunos de los datos de este estudio con los indicadores sociales correspondientes.

INDICADORES	%
Viven solos	18%
Viven la pareja solos	46%
Nadie que se ocupe de ellos	26%
Aislamiento informativo	7 a 26%
Contacto diario con hijos	12%
Desearían no haberse jubilado	52%
Viven en casas antiguas	43%
Carencia de ascensor	42%
Deficiente luz	32%
Deficiente ventilación	16%
Carecen de agua caliente	7%
Carecen de agua corriente	2%
Sanitarios insuficientes	12%
Carecen de calefacción	21%

Otro estudio llevado a cabo por el INSERSO en España pone de manifiesto que un 42% de mujeres y un 15 % de hombres viven solos. Estos datos revelan que una gran parte de nuestros mayores desarrollan esta etapa evolutiva de su vida en unas circunstancias diametralmente distintas a las que le acompañaron en el resto de los ciclos vitales.

A lo anterior se une el que además de vivir solos:

- Tienen más de 75 años el 32%, no reciben atención de nadie 41% de los hombres y el 59% de las mujeres.
- Tienen ingresos bajos el 53%.
- Problemas de salud el 51%.
- Carencia de afecto y comunicación 82%.
- Sufren importantes sentimientos de soledad el 68%.

También constata De la Gándara (1995) que más de cinco millones de mayores en España, se debaten entre la soledad y el desamparo, la penuria económica y la pobreza más escandalosa.

La problemática de la atención de los ancianos en la familia y el mantenimiento de los mismos en el seno de la misma resulta evidente hasta el punto de ser considerada como señala Hernández (1993) una nueva realidad socio-familiar.

Publicaciones sobre el tema constatan la idoneidad que confiere, a cualquier sistema de trato con mayores, el verse incluidos en ámbitos sociales que dinamicen sus actividades diarias, incluso de ocio, Rodríguez Cabrero (1997) enfatiza la participación social de personas mayores.

Otra reflexión sobre las mismas carencias es la que evidencia Pérez Ortiz (1998), al tratar sobre las necesidades verbalizadas y/o sentidas por las personas mayores y su relación con la infraestructura económica y el entramado social.

Desde la perspectiva de las Ciencias Humanas existe una gran cantidad de posibilidades de atención y trato a personas mayores, cuestión que no resulta exclusiva para ellas sino que representan necesidades que todos precisamos tener cubiertas para poder funcionar correctamente según las etapas vitales en que nos encontremos.

López Franco (1993) indica las siguientes:

- * Necesidad de afecto.
- * Necesidad de pertenencia.
- * Necesidad de logro.
- * Necesidad de independencia.
- * Necesidad de reconocimiento.
- * Necesidad de autoestima.

La necesidad de *afecto* es requerida como fundamental en cualquier momento del ciclo vital. Está muy relacionada con la de *pertenencia* que consiste en sentirse vinculado a un grupo, o familia determinado. Algunos autores defienden la teoría contraria o de la desvinculación cuyo correlato es que el envejecimiento implica cambio y deterioro en el orden social que lleva a la persona a desear reducir los contactos sociales y los compromisos buscando tranquilidad y un cierto aislamiento.

Constatamos la existencia de otra teoría contraria a la de la desvinculación cual es la llamada de actividad-compromiso cuyos postulados consisten en afirmar:

- a) Que la vejez no difiere mucho de la edad mediana, por eso muchas personas se resisten a abandonar su actividad, buscando por el contrario formas de reafirmarse en ella y emplearse en tareas alternativas.
- b) Sólo si la persona sigue comprometida se sentirá útil y feliz y lo contrario sería abocarse al descontento.

Siguiendo con la explicación de las necesidades anteriormente enunciadas continuamos con la necesidad de *logro* o necesidad que tiene toda persona en cualquier etapa de la vida de sentirse capaz de realizar algo. Respecto a la necesidad de *independencia* supone paliar con medios técnicos las limitaciones que acaecen por la propia dinámica vital. El *reconocimiento* es preciso que vaya más allá de la actuación real, que se centre en la cualidad de ser personas.

Por necesidad de *autoestima* se considera también imprescindible el autoconcepto según la definición de la autora del estudio de necesidades, consiste en un sistema organizado y dinámico, de creencias aprendidas, actitudes y opiniones que cada persona sustenta como verdaderas sobre sí misma o sobre su existencia personal. Así entendido comporta cuatro dimensiones:

Dimensión cognitiva o identidades que una persona se asigna a sí misma

Dimensión evaluativa o connotación ponderativa que atribuimos a esas identidades.

Dimensión comportamental que mueve y dirige el comportamiento.

Autoestima se nace con ella y se va conformando a lo largo de la vida y esta es maximizada o minimizada por el entorno y los medios de comunicación social.

III. VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL ANCIANO: INSTRUMENTOS

Nos encontramos evaluando la última etapa del ciclo vital llamada vejez o ancianidad. Existen unos problemas comunes que con toda seguridad se nos plantearán:

- * Poca posibilidad de contar con informes para realizar valoraciones comparativas cuestión que nos lleva a la falta de puntos de referencia personalizados, sólo contaremos con aquellos que nos aporten los perfiles estándar de esta etapa de la vida.
- * Tendremos pocas pasividades para la observación directa, será preciso trabajar con autoinformes, pautas de observación, escalas de estimación con la dificultad que ello conlleva.

- * A lo anterior debe añadirse una posible falta de cooperación de la persona anciana y la ansiedad que el anciano presentará ante las pruebas será otro elemento distorsionador de la evaluación.

Aún así en principio conviene plantearse los siguientes objetivos tal como indica Fernández Ballesteros (1994).

- Plantear el diagnóstico con objeto de observar si hay disfunción intelectual.
- Distinguir lo que es normal en el anciano y lo que concierne al conocimiento de los cambios evolutivos.
- Discernir, de existir declive, si éste se debe a causas irreversibles o bien a alteraciones secundarias.
- Planificación de tratamientos, en el caso del personal médico o de intervenciones y terapias en el caso del personal de la Psicología.
- Valoración de los tratamientos e intervenciones para mensurar posibles efectos de fármacos o de terapias.

Otro aspecto a tener en cuenta es el del personal humano que la llevará a cabo. Sería preciso contemplar absolutamente todos los factores intervinientes y no despreciar la información que llegue por distintos canales. En este sentido, señalan Kane & Kane (1993) que la valoración del anciano en los cuidados de larga duración (L.T.C.) o en la asistencia a largo plazo (A.L.P.), es la clave para beneficiarse de ellos.

De este modo se establece que la jerarquía del personal evaluador sería en primer lugar el especialista en Geriátrica, en segundo lugar el especialista no geriatra, el médico, el A.T.S., en quinto el asistente social y el psicólogo en tercer lugar el gestor y en cuarto lugar intervendría el evaluador del programa aplicado.

Existen diversas categorías de medición para el proveedor del A.L.P. pero por motivos manifiestos nos limitaremos en este caso a aquellos que valoran la función mental cognitivo y afectiva, los que evalúan el funcionamiento social y aquellos considerados multidimensionales.

Es conveniente consignar que existen instituciones que se dedican a la A.L.P. y que dirigen sus esfuerzos hacia la elaboración de instrumentos de diagnóstico. Por citar algunas que han sido pioneras y a las que hoy en día le siguen instituciones con sede en España e interrelacionadas con otras del extranjero, mencionamos: Hebrew Rehabilitation Center for Aged (Boston). La Philadelphia Geriatric Center para mayores de 75 años donde reseñan cada instrumento con su historia. La Older Americans Research and Service Center (O.A.R.S.) de la U. de DuKe (1978) y los Bancos de instrumentos de la U. De Missouri en Kansas City.

En España los Servicios de Geriátrica y los equipos multidisciplinares cuentan con traducción o mejor dicho adaptación de algunos instrumentos ya elaborados. Optamos por referenciar tres de ellos de los cuales constan las referencias bibliográficas:

A. El Mini-mental State Examination (M.M.S.) de Folstein que es un instrumento que sólo mide el funcionamiento cognitivo, contempla ítems de orientación, temporal y cronológica, memoria inmediata, atención y cálculo, memoria remota y lenguaje. Al final del instrumento se valora de forma sencilla con unas mínimas instrucciones y resulta la severidad del deterioro mental con tres caracterizaciones: levemente deteriorado, moderadamente deteriorado y gravemente deteriorado. Los pacientes aquejados de algún tipo de depresión, al mejorar también mejoran en los resultados de la escala. Ocupa un tiempo de diez minutos y es de aplicación individual.

B. El Geriatric Interpersonal Rating Scale (G.I.E.S.) Adaptado de Plutchik, Conte y Lieberman (1971) mide también razonamiento cognitivo por medio de 16 ítems. El instrumento es de aplicación individual.

C. El instrumento llamado Philadelphia Geriatric Center Questionnaire (P.G.C.Q.) evalúa el estado mental y es adecuado para pacientes que viven en residencias u hospitales. Consta de 35 ítems, es de aplicación individual y en el propio instrumento aparece la forma de valoración otorgándose un punto por cada respuesta correcta. También se anota la tabla para la clasificación con cinco categorías entre 0 y 35 repartido de la siguiente forma:

0= pérdida total; 1-10 = pérdida severa; 11-20= pérdida moderada; 21-33= pérdida leve;

34-35= sin deterioro.

D. Finalmente presentamos el Modelo de Valoración Social de Camallonga e Izquierdo tomado de la publicación de Salgado y Alarcón (1993). Este instrumento sigue en su distribución las pautas de sus autores de valoración social de la cual indican que es el manejo de los problemas funcionales y mentales de modo que comprometan lo menos posible el funcionamiento social. Por tanto el instrumento consta de 20 ítems de los cuales 5 pertenecen al apartado Relaciones y actividades, 11 a Soporte físico o humano que necesita y 4 a Recursos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abalde Paz, E.; García-Fuentes de la F., C. D.; Iglesias Cortizas, .M. J.; Jiménez Pariente, L.; Menéndez Martín, .E.; Mendiri Ruiz, P.; Muñoz Cantero, J. M. (1997): Perfil Personal perfil profesional en profesionales de Ciencias de la Salud. *La orientación educativa y la intervención psicopedagógica integradas en el curriculum*. Valencia. AEOP (Comp.)
- Bergener, M., Ermini, M, y Stahelein, H.B.(Eds). (1985), febrero). *Thres-holdsin aging*. The 1984 Sandoz Lectures in Gerontology, Basel, Suiza.
- Comunidad Económica Europea: Documento A.7/ 86. Diario Oficial de las Comunidades Europeas n? c. 148/61-148/65, de 14 de mayo de 1986, publicado el 16 de junio de 1986.
- Camallonga e Izquierdo: Valoración social del paciente anciano. En Salgado F.y Alarcón (1993): *Valoración del paciente*. Barcelona. Ed. Masson S.A.
- De la Gándara Martín, Jesús J. (1995): *Envejecer en soledad*. Madrid. Editorial Popular, S.A.

- Egea, F. (1990): El proyecto de vida en la tercera edad, p. 429. En Hayflick y otros: *Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico*. Madrid. Ed. Libro del año.
- Feldman, R. S. (1995): *Psicología*. México. Ed. McGRAW-HILL..
- Fernández Ballesteros, R. (1994): *Introducción a la evaluación psicológica II*. Madrid. Ed. Pirámide S.A.
- López Franco, E. (1993): Orientación para la madurez personal en la tercera edad. *Revista de orientación educativa y vocacional*, Vol. 4, N. 5. pp 133-145.
- Hernández Rodríguez, G. (1993): La ancianidad una nueva realidad sociofamiliar. En *Políticas de familia. Perspectivas Jurídicas y de servicios sociales en diferentes países*. pp 475-493. U. Pontificia de Comillas. Madrid.
- Perez Ortiz, L. (1998): *Las necesidades de las personas mayores Vejez, economía y sociedad*. Ed. M° de Trabajo y Asuntos Sociales. Inersero.
- Rodríguez Cabrero, G. (1997): *Participación social de personas mayores*. Inersero.
- Weg, R.B.(1983): *Changing physiology of aging*. In D. S. Woodruff. J.E.Birren.

ANEXO I

PROGRAMACIÓN DE LA SESIÓN

TEMPORALIZACIÓN : 60 minutos

Presentación de la sesión y de la dinámica de trabajo: 10 minutos.

Exposición de contenidos: 30 minutos.

Coloquio: 10 minutos

Reflexión y valoración de la sesión: 10 minutos

OBJETIVOS

1. Informar a los alumnos/ profesionales de las técnicas e instrumentos adecuados para la Valoración psicológica del anciano.
2. Dar a conocer algunas publicaciones de interés reseñadas por medio de bibliografía comentada.
3. Familiarizarlos con ellos .
4. Provocar un cambio de impresiones sobre los mismos.

CONTENIDOS

Los que constan en la comunicación.

PROCEDIMIENTOS, RECURSOS Y MATERIALES DIDÁCTICOS

Exposición de contenidos en gran grupo.

Coloquio sobre los contenidos y sobre los instrumentos.

Retroproyector y transparencias.

Cuestionario de valoración de la sesión.

ANEXO II.(V.P.A.C.D.)

CUESTIONARIO

SESIÓN DE VALORACIÓN PSICOLÓGICA DEL ANCIANO.

1- Valore la importancia de la sesión.	1	2	3	4	5
2- Valore en qué medida considera que los instrumentos entregados en el anexo suponen una ayuda o una novedad para la valoración psicológica del anciano	1	2	3	4	5

3- Destaque, indicando su número, los ítems más adecuados de los siguientes instrumentos:

a- M.M.S. (FOLSTEIN)

b- G.I.R.S.

c- P.G.C.Q.

4- Indique iniciativas en este campo existentes en España y en Galicia.

5- Señale algún aspecto destacable de la sesión y sugiera lo que, a su juicio, haya quedado incompleto.