

INTERVENCIÓN GRUPAL PARA EL CAMBIO DE ACTITUDES VITALES EN PERSONAS MAYORES

ANGEL MARCILLA FERNÁNDEZ*,
ISABEL ÁVILA CARRETERO

y

MARIA JOSÉ CASAS GIL
Universidad de Cádiz, España

ABSTRACT

An analysis is presented of the effectiveness of a treatment program for the modification of attitudes in elderly people. The work was carried out in Cadiz (Spain), with 24 men and women, 65-75 years old. Participants did not have mental deterioration, and half of them were living in institutions and the other half at home. They were randomly distributed in two groups, experimental and control. The first step was an assessment of the basic vital attitudes through an 11 item questionnaire. The intervention program was applied to the experimental group and not to the control group. It lasted 4 months, in weekly sessions of one and half hour per day. Results showed significant differences in the experimental group but not in the control group, between pre and post-test. The relevance of this type of work for quality of life in old age, is pointed out.

Key words: old age, prevention, attitude modification, intervention

RESUMEN

Se presenta un análisis de la efectividad de un programa de tratamiento para la modificación de las actitudes en personas mayores. El trabajo se llevó a cabo en Cádiz (España), con 24 hombres y mujeres, entre

* Correspondencia: ÁNGEL MARCILLA FERNÁNDEZ, Universidad de Cádiz, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación, Campus Río San Pedro s/n, 11510-Puerto Real, Cádiz, España. *E-mail:* angel.marcilla@uca.es

los 65 y los 75 años de edad. Los participantes no tenían deterioro mental y la mitad vivían en instituciones mientras la otra mitad vivían en sus propios domicilios. La investigación se inició con la valoración de las actitudes vitales básicas de los participantes, mediante un cuestionario de 11 ítems. El programa de intervención se aplicó al grupo experimental y no al grupo control. Duró 4 meses en sesiones semanales de una hora y media de duración. Los resultados demuestran diferencias significativas entre las puntuaciones del pretest y el posttest en el grupo experimental mientras que las puntuaciones del grupo control no variaron, lo cual demuestra la eficacia del tratamiento. Se señala la relevancia de este tipo de trabajo para la calidad de vida en la vejez.

Palabras clave: ancianos, prevención, modificación de actitudes, intervención, España.

INTRODUCCIÓN

Nadie duda ya de la importancia actual y futura del fenómeno del envejecimiento de la población y de las consecuencias sociales y políticas que la atención a los mayores tiene en todos los órdenes de la vida. De ahí que, del mismo modo que hace algunas décadas había que intervenir en el fenómeno del "boom" infantil en España, ahora emergen nuevos retos de intervención centrados en la última etapa del ciclo vital (Abellán, Fernández, González y Rojo 1996).

El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad implican el envejecimiento progresivo de la población, de tal manera, que en el caso español, según datos aportados por el Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief, en el año 2000 se superaron los 6 millones de personas mayores de 65 años, lo que representa aproximadamente el 16% del total de la población española, porcentaje que tenderá a aumentar en los años siguientes. El incremento de la esperanza de vida en las personas mayores nos hace pensar que su número aumentará espectacularmente en las próximas décadas, de manera que cabe esperar que a mediados del siglo próximo el porcentaje de personas de 85 años o más se multiplique casi por 6 (Belsky, 2001).

Desde esta perspectiva, la atención biopsicosocial de las personas mayores constituye uno de los retos más importantes que se plantean en nuestro mundo occidental. La salud de los mayores es una de las principales metas de los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud,

que la considera no sólo como ausencia de enfermedad, sino como un estado completo de bienestar físico, mental y social.

Por otra parte, aunque desconocemos en gran medida las causas y los remedios del envejecimiento, existen datos suficientemente contrastados que indican que el mantenimiento de una actividad mental y social es importante para conservar la salud y las funciones vitales en la edad avanzada. Y el papel que desempeñan la posición social, las actitudes personales y el mantenimiento de la actividad y las relaciones personales, pueden ejercer un efecto tan importante sobre la salud como las medidas higiénico-dietéticas.

El deterioro de la actividad vital se manifiesta en niveles que van desde lo más complejo a lo más simple y básico de la vida diaria. Se va perdiendo capacidad para llevar a cabo tareas adaptativas complejas, de resolver problemas de la vida cotidiana, de comunicarse y de tener cuidado de uno mismo. Esta pérdida de independencia implica la necesidad de proteger a los mayores y asistirlos. La sociedad cada día tiene más conciencia de estas dimensiones personales y sociales y también los propios interesados, a los cuales debemos facilitarles los medios necesarios para su estado de bienestar.

Actualmente, la actitud terapéutica con estas personas es preventivo-paliativa, tanto desde la perspectiva farmacológica como psicosocial.

Según datos del Gabinete de estudios Sociológicos Bernard Krief, en nuestro entorno, sólo un

11,2% de los médicos de atención primaria y un 14% de los neurólogos y geriatras, no emplean tratamiento farmacológico alguno. El resto emplean principalmente los antagonistas del calcio, los vasodilatadores cerebrales y los estimulantes y antipsicóticos, según la sintomatología de los pacientes como tratamiento en los casos de deterioro cognitivo.

En cuanto al tratamiento psicosocial, estos especialistas se refieren a conceptos vagos y generales, como apoyo familiar, actividad física, terapia ocupacional, actividades socioculturales, ayudas, educación y formación, asistencia social, etc., actividades en general que hacen referencia al mantenimiento de una actividad física, intelectual y social, pero sin planteamientos metodológicos precisos y con objetivos poco definidos al respecto, a pesar de la inclinación hacia la terapéutica psicosocial sobre la farmacológica. Todo lo cual nos indica la necesidad de un abordaje multidisciplinar desde el cual se consideren los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la compleja dinámica del envejecimiento humano (Díaz, Mielgo, Ramos y Ortiz 1998, Leturia, 1999).

Desde nuestra perspectiva psicosocial, la formación y cambio de actitudes es una tarea ardua y más en personas mayores, que tienen muy limitada su plasticidad y muy estructurados sus pensamientos, sentimientos y hábitos comportamentales, tras su larga experiencia vital (Yangués, Leturia y Uriarte 1998).

Son muchos los profesionales experimentados que dudan de la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas con las personas de avanzada edad por esta razón. Sin embargo, las recomendaciones, las palabras de ánimo y las orientaciones de toda índole acompañan generalmente a todo tratamiento especializado, porque se intuye no sólo la necesidad que tiene la persona de ser atendida y escuchada, sino también lo saludable que puede ser la palabra desde una posición de autoridad y de prestigio, como es la del especialista.

Porque el cambio de actitudes en ancianos es difícil, pero posible y necesario, nos planteamos

esta meditada y valorada intervención con un grupo de personas mayores, pero no demasiado, suficientemente motivadas, con buen nivel sociocultural y sin otros problemas psicofísicos que los propios de la edad, dentro de la dinámica propia de su entorno y grupo de referencia.

OBJETIVOS

En este contexto, y desde esta perspectiva psicosocial de formación y cambio de actitudes, pretendemos cubrir un triple objetivo, relacionado con medidas preventivas y de intervención con los mayores:

- 1) Diseñar un instrumento sencillo de evaluación sobre hábitos y actitudes de bienestar general.
- 2) Establecer un procedimiento grupal de intervención a través del cual corregir, mantener e incrementar las actitudes y hábitos de bienestar general en personas mayores.
- 3) Valorar la eficacia del programa de intervención.

METODOLOGÍA

Para cubrir estos objetivos, hemos seleccionamos once principios de comportamiento personal, que nos han parecido indicadores de buena salud biopsicosocial, los cuales van a constituir el eje de la evaluación previa, de la aplicación del programa después y de la valoración final sobre su utilidad como instrumento de cambio.

Estos principios, que se exponen más adelante, consideramos que pueden ser representativos de actitudes vitales básicas que pueden mostrar los mayores en mayor o menor medida, como indicadores de su comportamiento habitual de salud y calidad de vida. Estos indicadores vitales se vienen utilizando como criterios orientativos por parte de muchos profesionales que trabajan con personas mayores. Por nuestra parte, lo que pretendemos aportar es la valoración de los mismos,

mediante la elaboración de un cuestionario, la selección de una muestra, condicionada por razones laborales y de proximidad, el diseño y la implementación de un programa de intervención y la valoración final de los cambios de actitud.

Instrumento

El cuestionario, a través del cual hacemos una valoración de hábitos y actitudes como medida antes y después de la intervención, es sencillo, corto y comprensible y consta de los siguientes ítems, que puntúan con 0, 1, 2 y 3 puntos (nada, poco, algo, mucho), en función del grado de aceptación o asentimiento hacia sus contenidos (Tabla 1).

TABLE 1
Cuestionario

	Nada	Poco	Algo	Mucho
1. Cuido mi imagen y presentación personal				
2. Procuro no encerrarme en casa				
3. Intento no encerrarme en mí mismo				
4. Hago ejercicio físico regularmente				
5. Me siento útil, dentro de mis posibilidades				
6. Evito hablar de la edad, los achaques y las enfermedades				
7. Cultivo el optimismo y el sentido del humor				
8. Trato de ser útil a mí mismo y a los demás				
9. Procuro estar siempre ocupado				
10. Mantengo buenas relaciones humanas con los que me rodean				
11. Evito pensar que cualquier tiempo pasado fue mejor				

Considerando el criterio anterior de valoración de cada uno de los ítems, la puntuación total de un sujeto podrá oscilar entre 0 y 33 puntos.

Estos ítems han sido elaborados en función de una serie de normas o actitudes vitales que pueden tener en mayor o menor medida las personas mayores y que generalmente son aceptadas por los profesionales que trabajan con estos grupos como criterios a tener en cuenta, tanto en la evaluación del bienestar personal, como en la intervención para obtenerlo o mantenerlo. Estas normas de atención y cuidados preventivos con los mayores, que nos han servido de punto de referencia son las siguientes:

1. Cuidar la imagen y presentación personal, considerando cómo se ve uno y cómo lo ven los demás.
2. Procurar no encerrarse en casa, cuidando las relaciones interpersonales.
3. Intentar estar ocupado y no centrarse constantemente en uno mismo.
4. Hacer ejercicio físico regularmente, paseando y haciendo una tabla de gimnasia adaptada a las circunstancias personales.
5. Evitar actitudes que nos puedan hacer sentir inútiles, como llevar la cabeza inclinada, evitar la mirada, inclinar la espalda, arrastrar los pies.
6. Eliminar los temas de conversación relacionados con la edad, los achaques, las enfermedades y los que fallecen.
7. Cultivar el optimismo y el sentido del humor, intentando en todo momento ser positivo.
8. Tratar de ser útil a uno mismo y a los demás con consejos, sonrisas, actitudes amables, actitudes de colaboración.
9. Trabajar física y mentalmente, porque la ociosidad no conduce a nada bueno.
10. Mantener vivas y cordiales las relaciones humanas especialmente con los más próximos.
11. Centrarse en el aquí y ahora, evitando pensar que cualquier tiempo pasado fue mejor o en lo que pueda ocurrir más adelante.

Participantes

La muestra es intencional y reducida a 24 participantes, hombres y mujeres, entre 65 y 75 años, sin nivel de deterioro aparente, que viven en ambientes familiares, institucionales o solos y que voluntariamente y con agrado desearon participar en la experiencia propuesta de evaluación e intervención grupal durante los tres meses de tratamiento.

La selección de este grupo de personas se realiza con el apoyo y el conocimiento directo de familiares en unos casos y de las monitoras en otros, que conocen y trabajan directamente, en mayor o menor medida con los mayores, tanto en régimen abierto como cerrado.

La asignación de los participantes a cada uno de los grupos, experimental y de control, se lleva a cabo procurando la máxima homogeneidad de los mismos, en cuanto a las variables edad, sexo y régimen abierto o cerrado, considerando que el resto de variables que configuran la muestra (estado civil, nivel cultural, motivación, nivel socioeconómico, etc.) están distribuidas aleatoriamente en ambos grupos (Tabla 2).

TABLA 2
Participantes

Variables	Grupo experimental	Grupo control
Edad	12 (entre 65 y 75 años)	12 (entre 65 y 75 años)
Sexo	6 hombres y 6 mujeres	6 hombres y 6 mujeres
Régimen	6 abierto o 6 cerrado	6 abierto y 6 cerrado
Otras (estado civil, nivel cultural, equivalente motivación, nivel socioeconómico)	Distribución equivalente	Distribución equivalente

Procedimiento

El trabajo se llevó a cabo en el entorno del Hospital de la Misericordia en Cádiz, en donde existe un ala para personas mayores, residentes

habitualmente en el mismo y con los cuales se realizan actividades ocupacionales, a las que se incorporan a veces personas que viven con sus familias o solas.

Las sesiones que se propusieron hacer semanalmente con un grupo seleccionado en función de las características de la muestra fueron bien acogidas, como parte de este plan de acción.

El proceso se inicia con una valoración en la primera sesión (pretest) sobre sus actitudes vitales básicas, mediante el cuestionario de 11 ítems (Tabla 1) que aplicamos tanto al grupo experimental como al grupo de control.

La implementación del programa sobre el grupo experimental, mientras que el grupo de control continúa con su régimen habitual, tiene lugar en los meses de diciembre, enero, febrero y marzo del presente curso, en sesiones semanales de una hora y media de duración con la siguiente estructura:

- a) Breve exposición del tema de la semana, por parte de uno de los psicólogos sobre uno de los tópicos a considerar, insistiendo en su bondad y cómo se puede poner en práctica.
- b) Opiniones, comentarios y actitudes de los participantes en relación al tema expuesto.
- c) Debate grupal, dirigido por los psicólogos.
- d) Compromisos de potenciar y aplicar estas normas y criterios al comportamiento diario en cada una de sus vidas.
- e) Revisiones periódicas y seguimiento de los objetivos individuales y grupales, aclarando dudas, resolviendo problemas y alentando a cada uno de los participantes.

El proceso finaliza con una nueva aplicación del cuestionario (postest), la cual se lleva a cabo en la última sesión para comprobar si ha habido cambios y en qué medida, tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

Diseño

Es un diseño cuasiexperimental de dos grupos homogéneos, uno experimental y otro de control con pretest, intervención, postest sobre actitudes y hábitos personales. Ambos grupos son lo más homogéneos posible, como comentamos anteriormente. La diferencia entre uno y otro es que, mientras todo transcurre de manera parecida en el conjunto de la muestra, el grupo experimental trabaja en sesiones de grupo con su dinámica apropiada, mientras el grupo de control no tiene esta oportunidad. Por lo cual, al final del experimento las diferencias entre ambos grupos, si es que existen, se deberán probablemente a la eficacia del programa de intervención.

RESULTADOS

El análisis de los datos obtenidos del pretest y postest, tanto en el grupo experimental como en el grupo de control se llevó a cabo mediante el paquete estadístico SPSS 8.0 para Window.

Como nuestro objetivo es valorar si hay diferencias entre ambos grupos utilizamos la T de Wilcoxon en el caso de muestras relacionadas (pretest-postest con grupo de control y pretest-postest con grupo experimental) para analizar el efecto del tratamiento (Figuras 1 y 2), intentando dar contestación a las siguientes preguntas:

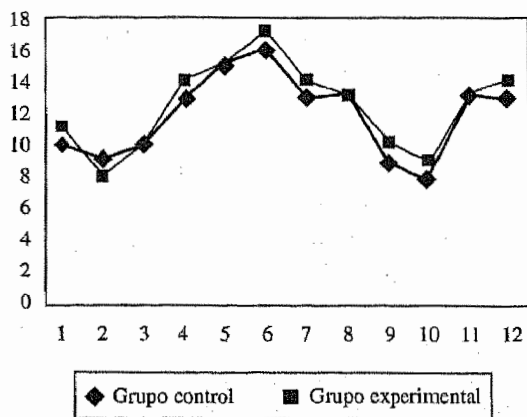


Figura 1. Resultados, pretest, grupos experimental y control

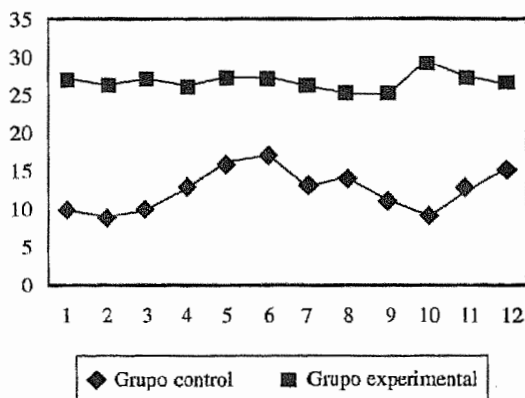


Figura 2. Resultados, postest, grupos experimental y control

a) ¿Existen diferencias entre el grupo control y experimental en los resultados del pretest?

Los resultados ($p < 0,518$) indican que no hay diferencias significativas en las actitudes iniciales entre el grupo experimental y el grupo de control, lo cual nos asegura la homogeneidad de los grupos antes de llevar a cabo la intervención (Figuras 1 y 2).

b) ¿Existen diferencias en los resultados del pretest y postest en el grupo de control?

Los resultados ($p < 0,739$) indican que no existen diferencias significativas, es decir, las actitudes en torno a los once indicadores vitales se mantienen sin cambios a lo largo de los cuatro meses del estudio, (Figuras 1 y 2).

c) ¿Existen diferencias en los resultados del pretest y postest en el grupo experimental?

Los resultados indican que sí existen diferencias claramente significativas y contrastadas a favor de las puntuaciones actitudinales postest ($p < 0,002$), lo cual nos hace pensar en la efectividad del tratamiento (Figuras 1 y 2).

d) ¿Existen diferencias en las puntuaciones del postest entre el grupo experimental y de control?

El contraste entre las puntuaciones de ambos grupos indica que sí existen diferencias, claramente significativas a favor del grupo experimental ($p < 0,000$), lo cual nos confirma nuevamente la efectividad de la intervención. (Figuras 1 y 2).

CONCLUSIONES

Existe una preocupación creciente en nuestro entorno por estudiar y buscar soluciones a los problemas derivados del aumento creciente de un sector de la población, las personas mayores, que está adquiriendo dimensiones desconocidas hasta ahora. Desde una perspectiva psicosocial hemos propuesto un instrumento de evaluación e intervención de actitudes vitales, que se encuentran en la base de las disposiciones personales que pueden contribuir a una mejor calidad de vida en personas que por su edad tienden a recluírse y minusvalorarse.

Los resultados obtenidos sobre estas actitudes básicas en los grupos experimental y de control eran muy similares antes de la intervención propuesta. Sin embargo, estas puntuaciones se modifican significativamente en el grupo experimental al cabo de los tres meses de tratamiento, apuntando cam-

bios positivos en cada uno de los factores trabajados, mientras que permanecen prácticamente inalterables las actitudes del grupo control en estos mismos factores.

La bondad del instrumento como procedimiento de evaluación e intervención para formar y modificar actitudes en personas mayores desde los resultados obtenidos nos parece incuestionable. Sin embargo, son muchos los interrogantes que nos hacemos y que probablemente se hagan muchos de los interesados por esta problemática de atención, prevención y tratamiento psicosocial de personas mayores: ¿Por qué unos resultados tan positivos, cuando resulta tan difícil modificar actitudes en los mayores?, ¿Hasta qué punto son generalizables estos resultados?, ¿Funcionaría de la misma manera este programa con grupos de más edad, cuando la motivación es escasa, en niveles culturales y socioeconómicos más desfavorecidos o cuando existen mayores impedimentos físicos y psicológicos? ¿Cuánto tiempo permanecerá este cambio de actitud? Estos y otros interrogantes parecidos nos quedan en el aire y constituyen nuevos retos para seguir trabajando desde la investigación y desde la práctica en un campo que cada vez nos reclama más atención y respuestas más fundamentadas.

REFERENCIAS

- Abellán A., Fernández F., González V. y Rojo F. (1996). *Envejecer en España. Manual estadístico sobre el envejecimiento de la población*. Madrid: Fundación Caja Madrid.
- Belsky J. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Díaz M., Mielgo A., Ramos C. y Ortiz M. (1998). *Programas en residencias. V congreso estatal de intervención social*. Madrid. Colegio Oficial de Psicólogos.
- Leturia F. (1999). El proceso de adaptación en centros residenciales para personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 34, 105-182.
- Yangues J., Leturia M. y Uriarte A. (1998). *Intervención psicosocial en gerontología. Manual práctico*. Madrid: Cáritas Española.