

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 32

Habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores

Autor: Losada Baltar, Andrés; Márquez González, María; Pérez Rojo, Gema

Filiación: Univ. Autónoma de Madrid, Fac. de Psicología

Contacto: andres.losada@uam.es

Fecha de creación: 18-02-2005

Para citar este documento:

LOSADA BALTAR, Andrés et al. (2005). "Habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 32. [Fecha de publicación: 18/05/2005].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-habilidades-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003

Índice

1. Introducción
2. Aspectos generales del envejecimiento
3. Actitudes y destrezas para un trabajo multidisciplinar
4. Aspectos clínicos
 - 4.1. Evaluación
 - 4.2. Intervención
5. Uso e interpretación de fuentes y resultados de investigación
6. Conclusiones
7. Lecturas recomendadas
8. Referencias bibliográficas

1. Introducción

La sociedad actual se enfrenta a un aumento significativo de la proporción de personas mayores en comparación con otros grupos de edad, así como a un aumento importante de la esperanza de vida de las personas. Además, hechos como la incorporación de la mujer al trabajo o el distanciamiento geográfico de las familias (por motivos fundamentalmente laborales) hacen necesario un reajuste del modelo tradicional de atención a las personas mayores, pasando de un modelo basado en el cuidado familiar (generalmente por mujeres) a, en el mejor de los casos, un modelo mixto de atención familiar y formal. Por lo tanto, como consecuencia del progresivo aumento del porcentaje de personas mayores frágiles o en situación de discapacidad y la "crisis" del cuidado tradicional, cada vez resulta más necesario contar con especialistas en gerontología conocedores de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del envejecimiento que estén adecuadamente preparados para ofrecer una atención a las personas mayores.

¿Por qué es necesaria la especialización para atender a las personas mayores?. Aunque gran parte de los procedimientos, pautas de actuación y técnicas terapéuticas que han demostrado su validez en otros grupos de edad suelen ser eficaces igualmente en el grupo de las personas mayores, en la mayoría de las ocasiones, con el fin de optimizar los resultados terapéuticos, éstas han de ser adaptadas de acuerdo con determinadas características específicas que definen al colectivo de las personas mayores. De este modo, una de las prioridades de las diferentes disciplinas responsables de la atención gerontológica ha de ser necesariamente el desarrollo y aplicación de intervenciones basadas en la evidencia, en las que se consideren los cambios asociados a la edad en el funcionamiento fisiológico, cognitivo, emocional y social de las personas (Bartels y otros, 2002, 2003).

De acuerdo con este planteamiento, y ante la constatada necesidad de formación en gerontología manifestada por diferentes sectores profesionales e investigadores (AACN, 2000; AGS, 1997; Baerga y otros, 2002; Bryan y otros, 2002; Scharlach y otros, 2002), diferentes disciplinas han elaborado documentos en los que se especifican recomendaciones de actuación para la práctica profesional con las personas mayores en el ámbito social y, de forma especial, en el clínico, así como los conocimientos necesarios para poder desarrollar una adecuada actividad profesional con esta población. Así, por ejemplo, se pueden destacar los documentos-guía elaborados por la Asociación Americana de Escuelas de Enfermería (AACN, 2000, 2004), la Asociación Americana de Psicología (APA, 1998, 2003, 2004), la Asociación Europea de Psiquiatría Geriátrica en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (Gustafson y otros, 2003), la Sociedad Americana de Geriatria (AGS, 1997) y la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2003).

El objetivo final de estas guías o recomendaciones es promover una especialización en la atención a las personas mayores con el fin de promover un ejercicio profesional de alto nivel que favorezca:

- a) Un envejecimiento saludable, tanto en el área física como en la social y psicológica, potenciando la autonomía y participación social de la persona mayor.
- b) Una reducción de la prevalencia y consecuencias negativas de problemas asociados al envejecimiento (dependencia, aislamiento, trastornos emocionales, etc.).
- c) Evitar los fenómenos de estigmatización y discriminación hacia las personas mayores.

Para lograr estos objetivos, es necesario dotar a los profesionales de conocimientos y habilidades básicas necesarias para atender de forma adecuada a las personas mayores, además de los conocimientos específicos de su especialidad profesional. Concretamente, las guías publicadas sobre estas pautas a seguir para conseguir un ejercicio profesional de calidad en el ámbito de la atención clínica a las personas mayores, han propuesto como necesarios conocimientos básicos sobre:

1. Aspectos generales del envejecimiento: patrones de cambios y estabilidad asociados al envejecimiento en el funcionamiento de los sistemas orgánicos y en las capacidades sensoriales, en el funcionamiento cognitivo (atención, memoria, razonamiento), emocional y social; diferenciación entre envejecimiento normal y patológico; estereotipos y actitudes edadistas que pueden afectar a la relación profesional con la persona mayor.

2. Actitudes y destrezas para el trabajo interdisciplinar.

3. Aspectos clínicos asociados al envejecimiento: comprender adecuadamente la naturaleza biopsicosocial de la mayor parte de las manifestaciones clínicas en la persona mayor, así como la necesidad resultante de realizar un abordaje multidisciplinar de dichas patologías; conocer las manifestaciones más frecuentes de fisio- y psicopatologías y los principales cambios en la naturaleza de su presentación (p.ej., comorbilidad entre trastornos y manifestaciones subclínicas). Dentro de las competencias para realizar un trabajo clínico de calidad, se encuentran las siguientes:

3.1. Conocimiento de los instrumentos de evaluación y dominio de habilidades relacionadas: comprender los desafíos específicos que presenta la evaluación de este colectivo y conocer las ventajas y limitaciones de los distintos procedimientos disponibles para ello, así como las adaptaciones posibles a realizar en la metodología evaluativa para su adecuada utilización en este grupo de población.

3.2. Competencias para la intervención: presentar actitudes y destrezas específicas para la intervención con personas mayores y conocer las principales líneas de actuación terapéutica validadas en este grupo de población, así como las adaptaciones recomendables para optimizar el trabajo terapéutico con personas mayores.

4. Uso e interpretación de fuentes y resultados de investigación: disponer de las actitudes y destrezas necesarias para estar actualizado y en formación continua tanto en lo referente a contenidos como a procedimientos en un área profesional en proceso de expansión constante como es la gerontología y el trabajo con personas mayores.

Para la redacción de este documento se ha seguido la estructura marcada en el documento publicado por la APA "Guidelines for Psychological Practice with Older Adults" (American Psychological Association, 2004). Se pretende ofrecer mediante él una síntesis de los conocimientos, actitudes y habilidades básicas englobadas en los puntos anteriores. Es necesario señalar, como se hace en los diferentes documentos relativos a la formación especializada en atención a las personas mayores, que existen diferentes niveles de especialización que variarán en función de la disciplina a la que se pertenezca (ver, por ejemplo, AGS, 1997; Molinari y otros, 2003). Los conocimientos, actitudes y destrezas que se van a recoger en el presente trabajo son los considerados de carácter básico y necesario para realizar tareas que son compartidas o deben ser conocidas por diferentes disciplinas (por ej., medicina, enfermería, psicología, trabajo social, etc.). Es importante advertir que no se está proponiendo que sea necesario un conocimiento exhaustivo y profundo de todas y cada una de las áreas de contenidos que se van a exponer a continuación. La recomendación es, más bien, disponer de un esquema de las múltiples dimensiones y áreas implicadas en la salud y calidad de vida del individuo que envejece, de cara a estar en mejor disposición tanto para intervenir desde un ámbito específico como para coordinar la propia actuación con la de profesionales de otras disciplinas igualmente importantes en la atención a este colectivo.

2. Aspectos generales del envejecimiento

Además de disponer de conocimiento actualizado sobre los avances científicos específicos desarrollados en cada disciplina, para realizar una actividad profesional adecuada con las personas mayores es necesario contar con conocimientos básicos sobre el desarrollo adulto, el proceso de envejecimiento y las personas mayores como grupo de población con características específicas. Algunos de estos contenidos básicos hacen referencia a los siguientes aspectos: a) las características sociodemográficas del grupo poblacional de las personas mayores; b) la fisiología del envejecimiento normal y los principales cambios asociados a éste en los sistemas y tejidos orgánicos y en las capacidades sensoriales; c) las principales teorías psicosociales sobre el desarrollo adulto y sus patrones de cambio y continuidad, contemplados desde una perspectiva del ciclo vital en virtud de la cual la etapa de la vejez se conciba como plenamente integrada en y resultante de la trayectoria vital de cada individuo; d) la influencia de los factores contextuales y culturales en el moldeamiento de las trayectorias individuales de envejecimiento; e) conocer los trastornos o problemas de salud física y psicológica más frecuentes en la vejez; f) aspectos legales y éticos relacionados con la etapa final de la vida (AGS, 1997).

Los cambios asociados al proceso de envejecimiento son complejos y de naturaleza variada, multicausales y multidireccionales, y no siempre implican pérdidas, sino que pueden ir asociados a ganancias. El profesional ha de ser capaz de desarrollar un enfoque biopsicosocial que le capacite para identificar y reconocer la importancia de las distintas dimensiones (biológica, psicológica y social) implicadas en las manifestaciones del envejecimiento normal y anormal, así como las principales vías de interacción entre estas dimensiones. Los cambios asociados al envejecimiento físico y psicológico han sido objeto de exhaustivos trabajos tales como los de Izal y Montorio (200), Montorio e Izal (1999), Belsky (1996), Whitbourne (1998), a los cuales se remite al lector interesado. En cuanto a la dimensión social del envejecimiento, su consideración supone la necesidad de situar a la persona mayor en su contexto familiar concreto y en su entorno social y ambiental inmediatos, de cara a poder comprender de forma adecuada la dinámica de muchos de los problemas más frecuentes de las personas mayores. Esta contextualización de las necesidades y problemas de la persona mayor convierte a la familia y el entorno social en herramientas fundamentales que el profesional ha de conocer y saber integrar en las vías de atención que se consideren adecuadas en cada caso.

Además de la interiorización de un enfoque biopsicosocial del envejecimiento, existen otros aspectos esenciales que deben ser asumidos por los profesionales que trabajan con personas mayores. Uno de ellos es la gran heterogeneidad de las trayectorias individuales de envejecimiento, esto es, la enorme variabilidad entre personas (diferencias interindividuales) en los patrones de cambio y estabilidad asociados al envejecimiento (Izal y Montorio, 1999). Las personas no maduran y envejecen de la misma forma, sino que cada individuo presenta una trayectoria evolutiva única debido a la influencia de su herencia genética, de su historia de aprendizaje, de su estilo de vida e historia particular. Asumir que no todas las personas mayores son iguales y desarrollar un enfoque individualizado y personalizado de atención a la persona mayor es un requisito básico para desarrollar un ejercicio profesional de calidad.

Igualmente, existen evidentes diferencias en el funcionamiento de la persona en diferentes áreas (diferencias intra-individuales), de lo que se desprende la necesidad de realizar un enfoque global de análisis del funcionamiento de la persona mayor que permita conocer tanto las áreas de cambio como las áreas cuyo funcionamiento se encuentra preservado de los efectos del envejecimiento (Izal y Montorio, 1999). En la atención a la persona mayor importan tanto las pérdidas como las ganancias o los recursos de funcionamiento preservados, que constituyen herramientas básicas para la intervención tanto terapéutica como preventiva. De este modo, un requisito básico para una adecuada atención a la persona mayor es renunciar a asumir la inevitabilidad del declive generalizado asociado al envejecimiento. En este sentido, uno de los aspectos de mayor importancia a la hora de tratar con personas mayores es saber diferenciar entre **envejecimiento normal** y **envejecimiento patológico**. El primero se refiere al patrón de cambios biológicos, psicológicos y sociales que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo (p.ej, encanecimiento del pelo). El segundo remite a los cambios que son consecuencia de la enfermedad y no forman parte del envejecimiento normal (p.ej., cataratas).

Aunque tradicionalmente la vejez se ha asociado a la incapacidad física, la enfermedad, el deterioro y la senilidad, hoy se sabe que la mayor parte de las personas mayores no presenta un deterioro generalizado y que las nuevas generaciones de adultos que van alcanzando la edad avanzada presentan niveles cada vez mejores de funcionamiento físico y psicológico. Hay que señalar, no obstante, que si bien el envejecimiento no implica necesariamente deterioro y enfermedad, a veces es difícil su distinción. Este tema es tratado en mayor profundidad en la lectura recomendada de Izal y Montorio (2001).

El realizar una adecuada distinción entre envejecimiento normal y patológico puede verse obstaculizado por determinadas creencias y prejuicios acerca de las personas mayores que existen en la sociedad (ver Figura 1.). Los profesionales deben ser conscientes de que estos estereotipos edadistas pueden influir sobre su propio modo de formular y definir los problemas de las personas mayores a quienes atienden, así como en la planificación de posibles vías de solución a dichos problemas. De este modo, los profesionales deben ser capaces de resistir la frecuente tentación de asumir que los síntomas de un trastorno crónico son debidos a una pérdida inevitable asociada al envejecimiento, para ser capaces de persistir en el tratamiento de una persona mayor a pesar de los obstáculos y complicaciones que puedan surgir en el proceso (Whitbourne, 1998). Otros estereotipos sobre las personas mayores que pueden interferir negativamente con un desempeño profesional adecuado son los siguientes: “la dependencia y la senilidad son consecuencias inevitables del envejecimiento”, “la mayoría de las personas mayores son frágiles y enfermas”, “las personas mayores son rígidas, inflexibles y es difícil hacerlas cambiar o aprender algo”, o “las personas mayores están aisladas socialmente y no tienen tanto interés como los jóvenes en tener relaciones afectivas íntimas”, entre otros (APA, 2003). Ser capaz de identificar y controlar en uno mismo este tipo de creencias es un requisito básico para no caer en el llamado nihilismo terapéutico (Goodstein, 1985; Perlick & Atkins, 1984) que lleva a los profesionales a trazar metas y expectativas de cambio injustificadamente bajas o pesimistas con este grupo de población. Aunque en la actualidad se están realizando importantes esfuerzos para favorecer una visión realista de quiénes son las personas mayores, evitando la influencia de creencias y actitudes edadistas, la realidad es que el cambio de las actitudes hacia las personas mayores por parte de los profesionales o estudiantes puede suponer una tarea más difícil incluso que la de proporcionar adecuados conocimientos y habilidades (Rao, 2003). A pesar de la dificultad, éste es un objetivo prioritario que debe contener cualquier iniciativa de formación o especialización en gerontología.

Figura 1. Distinción entre envejecimiento normal y patológico

DIFERENCIAR ENTRE ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLÓGICO

Una parte importante del conocimiento que los especialistas en intervención psicológica en la vejez debe tener es la distinción entre los cambios normales y patológicos en el envejecimiento, y con la asunción de la gran heterogeneidad de este grupo de edad.

Perfil profesional

La diferenciación tiene importantes implicaciones sociales y clínicas. Interpretar como cambios normales cambios derivados en realidad de un proceso patológico como cambios normales, dificultará la puesta en práctica de intervenciones sociales o clínicas que podrían ser eficaces para el mantenimiento de la salud y bienestar de los individuos de más edad.



[Extraído de Izal v Montorio

3. Actitudes y destrezas para un trabajo multidisciplinar

Enfocar el envejecimiento desde un enfoque multidimensional, reconociendo la necesidad de tener en cuenta tanto el funcionamiento biológico como el psicológico y el social de la persona facilitará indudablemente la coordinación del profesional con otros profesionales situados en otras disciplinas de atención a las personas mayores, coordinación que resulta esencial de cara a ofrecer a estas personas una atención de calidad. Una adecuada coordinación interdisciplinar es necesaria tanto para la evaluación como para la implementación de las intervenciones (AGS, 1997). La mejora de la comunicación entre diferentes disciplinas tiene el potencial de facilitar el desarrollo de intervenciones y mejorar su eficacia (Schreiner, Hara, Terakado y Ikegami, 2004).

Uno de los requisitos para una adecuada coordinación interdisciplinar es que los profesionales tengan claras sus funciones (delimitación del perfil profesional), siendo capaces de defender su importancia y potencial utilidad en un lenguaje comprensible para las otras disciplinas implicadas en la atención a los mayores. Esta asunción de las competencias profesionales conlleva asimismo que el profesional ha de ser

consciente de los límites de su competencia (“¿sobrepasa esto los límites de mis funciones? ¿hasta qué punto estoy capacitado/a para realizar esta acción concreta?”). Cuando una demanda sobrepasa dichos límites, el profesional debe disponer de un esquema mental sobre cuáles son las competencias de resto de profesionales especializados en otras áreas de atención a la persona mayor (“¿qué hacen otros profesionales especializados en mayores?”). En los casos en que el profesional reconozca cuándo una demanda concreta excede los límites de su competencia profesional, ha de conocer las vías para derivar a las personas a otros profesionales más capacitados para atender su demanda. Obviamente, un requisito previo para que se produzca de modo adecuado la derivación a otros profesionales es que el profesional que ha de derivar reconozca la importancia y utilidad de esas otras líneas de actuación que se salen fuera de su ámbito de competencias (APA, 2004).

Otro requisito para conseguir una adecuada coordinación interdisciplinar es que el profesional demuestre, además de respeto hacia el trabajo y competencia de otros profesionales, habilidades para comunicarse con ellos, así como capacidad para integrar evaluaciones realizadas desde distintos ámbitos profesionales o niveles de análisis. En referencia a este tema, y aplicándolo al campo de la geropsicología, Molinari y otros (2004) recomiendan que un profesional debe ayudar a que el resto de profesionales entienda la información especializada resultante de su trabajo y debe conocer los procesos de trabajo en equipo.

Los beneficios de una adecuada coordinación interprofesional han sido destacados en la literatura. Así, por ejemplo, Ballard y otros (2002) señalan que a través de un programa de coordinación interprofesional se redujo el consumo de fármacos neurolépticos en personas con demencia y algunos aspectos de la utilización de servicios sanitarios. Indudablemente, la consecución de este objetivo requiere de actuaciones institucionales que van más allá de las competencias, actitudes y conocimientos del profesional aislado.

4. Aspectos clínicos

Además de disponer de conocimientos básicos sobre cuáles son las patologías más frecuentes en este grupo de edad, los profesionales deben conocer los procesos de interacción entre los componentes biológico, psicológico y social en la etiología de los problemas asociados a esta edad (Gustafson y otros, 2003), así como las peculiaridades que presentan las manifestaciones clínicas de las personas mayores. Algunas de estas peculiaridades son las siguientes: a) la profunda interrelación entre la salud psicológica y la física en este grupo de edad y cómo pueden interactuar ambas dimensiones para generar una escalada hacia la dependencia; b) la tendencia de las personas mayores a informar de sintomatología física para expresar problemas emocionales; c) la elevada comorbilidad entre los problemas de salud física y mental (por ej., Alzheimer y depresión), así como entre los propios trastornos psicopatológicos; y d) la frecuente manifestación de sintomatología subclínica, o sea, que no llega a cumplir los criterios de ningún diagnóstico clínico pero interfiere igualmente con la calidad de vida de la persona mayor.

Especialmente en el ámbito clínico, los profesionales se deben esforzar en entender la diversidad del proceso del envejecimiento, comprendiendo cómo pueden influir sobre la experiencia y expresión de problemas de salud factores socioculturales como, por ejemplo, el género, la cultura de pertenencia, el nivel educativo, el estado socioeconómico, el estado funcional o el entorno físico en el que reside la persona (APA, 2004). Igualmente, ha de analizarse cada trastorno en el contexto de la trayectoria vital de cada individuo, como algo plenamente integrado en la secuencia de acontecimientos y vivencias particulares de cada persona mayor. Así, un determinado trastorno puede ser recurrente en la vida de la persona o por el contrario haberse iniciado en la vejez, en función de lo cual las líneas de atención a desarrollar pueden ser diferentes.

Asimismo, el profesional de atención a personas mayores debe demostrar capacidad y habilidad para utilizar información detallada de la presentación clínica y de la fenomenología de los problemas, de su historia natural y del pronóstico habitual, con el fin de diagnosticar, tratar y supervisar adecuadamente. Las habilidades y destrezas concretas que se consideran necesarias para poder ejercer un trabajo clínico de calidad se desarrollan en los siguientes apartados que analizan separadamente el proceso de evaluación e intervención con personas mayores.

4.1. Evaluación

El profesional de atención a personas mayores debe tener conocimientos teóricos y prácticos sobre los métodos de evaluación habitualmente empleados para evaluar las áreas física, afectiva, cognitiva, funcional, social, económica y ambiental (entorno físico) de las personas mayores (AGS, 1997; APA, 2004), así como sobre las ventajas y limitaciones de cada tipo de metodología. Además, deberá estar familiarizado con las peculiaridades de la evaluación de este grupo de población. En este sentido, la elevada coocurrencia de problemas físicos y psicológicos, y la íntima relación de éstos con el entorno (tanto social como físico) plantea el importante desafío de ser capaz de hacer un análisis global y multidimensional de los problemas de las personas mayores. En este sentido, el profesional ha de ser capaz de interpretar adecuadamente las frecuentes quejas somáticas e identificar los factores psicosociales potencialmente implicados en ellas.

Por otro lado, se deben conocer los problemas que presenta la aplicación de determinados instrumentos de evaluación o procedimientos de evaluación que han sido diseñados con población joven o de mediana edad y no están adaptados a la población mayor, así como los instrumentos desarrollados específicamente para su aplicación en la población mayor y que han demostrado tener una adecuada fiabilidad y validez en esta población, cuyo empleo es siempre más aconsejable que el de los anteriores (p.ej. Escala de Depresión Geriátrica; Yesavage y otros, 1982; Escala de Satisfacción Filadelfia; Lawton y Brody, 1969).

También deben ser conocidas y tenidas en cuenta en los procesos de evaluación algunas características específicas que definen a las personas mayores, y que pueden afectar al proceso de evaluación. En este sentido, el profesional ha de estar familiarizado con las múltiples vías de influencia que los cambios cognitivos asociados a la edad pueden tener sobre los procesos de comunicación y de autoinforme implicados en la entrevista (Schwarz, Park y Knaueper, 1999). Como señalan Izal y Montorio (1999), son varias las características que deben considerarse siguiendo las recomendaciones planteadas por estos autores. En primer lugar, cambios cognitivos asociados al envejecimiento, tales como limitaciones en la memoria a corto plazo (p.ej., efectos de recencia: quedarse con la última opciones de tres posibles porque es la que se recuerda mejor) (Montorio, 1994, Izal y Montorio, 1999), limitaciones para concentrarse, mayor tendencia a la fatigabilidad o sesgos de respuesta como la aquiescencia (tendencia a decir que sí a las preguntas del entrevistador), la deseabilidad social (responder de forma socialmente aceptable) han de ser conocidos por el profesional que evalúa, de cara a, en la medida de lo posible, controlarlos, o al menos tenerlos en cuenta a la hora de interpretar los datos de la evaluación. Igualmente, hay que tener en cuenta el posible efecto que puede tener sobre cualquier proceso de evaluación el consumo de determinados medicamentos (p.ej., ansiolíticos) que pueden estar tomando la personas mayores. Conocer metodologías alternativas al autoinforme (pruebas de ejecución, informe de familiares, observación, etc) y saber emplearlas es siempre recomendable.

En segundo lugar, el profesional que trabaja con personas mayores ha de ser sensible a los casos en que, debido a características específicas de determinadas personas, sea necesario realizar adaptaciones concretas de los instrumentos o procedimientos de evaluación, y también ha de ser capaz de flexibilizar dichos procedimientos de evaluación y realizar las adaptaciones con el objetivo de maximizar la comprensión por parte de la persona mayor. En este sentido, resulta fundamental ser sensible a las dificultades sensoriales (auditivas y visuales) de las personas mayores y conocer estrategias para compensar dichas dificultades. Dada la frecuente presencia de dificultades de visión o de audición o limitaciones en la capacidad de concentración entre las personas mayores, se recomienda como norma general realizar las evaluaciones en contextos con condiciones adecuadas de iluminación y aislados de ruido, imprimir el material de evaluación en letra de mayor tamaño y mantener el contacto visual y un volumen adecuado de la voz. Más ejemplos de la capacidad para optimizar la evaluación de personas mayores con dificultades de algún tipo serían acompañar las opciones de respuesta de determinado instrumento con dibujos o escenas que ilustren el significado de cada opción para los casos en que la persona no sepa leer, y desplazarse hasta el domicilio de una persona mayor cuyos problemas de movilidad le impiden acudir al centro. Una revisión más exhaustiva de cómo pueden afectar los problemas de salud y los cambios sensoriales y cognitivos asociados al envejecimiento al proceso de evaluación de las personas mayores, así como un análisis de las adaptaciones recomendables en dicho proceso y en la metodología de evaluación puede encontrarse en Montorio e Izal (1999).

En tercer lugar, los profesionales deben demostrar las habilidades de comunicación deseables en cualquier entrevistador, tales como, por un lado, la empatía, la escucha activa, el respeto (de creencias y opiniones y también del ritmo y estilo de conversación de cada persona), la paciencia y comprensión, junto a algunas habilidades específicamente indicadas para optimizar la comunicación con las personas mayores. La capacidad para comunicarse de forma efectiva con las personas mayores incluye numerosas competencias relacionadas tanto con el contenido como con la forma o estilo de comunicación que se emplea. En cuanto al contenido, es recomendable cuidar el lenguaje que se utiliza, evitar las jergas o términos técnicos, emplear términos que la persona mayor pueda conocer y comprender y, en general, simplificar y hacer claro el contenido del mensaje sin rebajar la relevancia del mismo, y evitando siempre infravalorar la capacidad de comprensión de la persona mayor. Una recomendación útil en este sentido es evitar “agobiar” a la persona con un listado excesivo de preguntas o con un exceso de información.

Para terminar, en cuanto a la forma y estilo, hablar de forma clara y pausada, sin prisa, evitando que la persona perciba indicios de que se tiene prisa, y demostrando escucha activa en todo momento resulta una habilidad fundamental en la comunicación con las personas mayores, sobretodo cuando se tiene en cuenta el miedo que presentan muchas personas mayores a “agobiar” al profesional con sus problemas, resultar una carga para él o “robarle” su tiempo. Por otro lado, la capacidad para redirigir de forma cuidadosa la conversación y centrar la atención de la persona en el foco del interés evaluador cuando éste se aleja de él, evitando que la persona perciba que se le está interrumpiendo o que su conversación no interesa al evaluador, son también habilidades de gran relevancia en el trabajo con personas mayores. Conocer las potenciales áreas de mayor sensibilidad (incontinencia, sexualidad, problemas de autonomía...residencias...) para las personas mayores y ser cuidadoso y respetuoso a la hora de evaluarlas es muy importante. En numerosas ocasiones en las que la persona mayor se muestra ansiosa o temerosa por desconocer el motivo de la evaluación y sospechar razones ocultas de la misma o simplemente por no estar familiarizada con procesos de evaluación, el profesional ha de ser capaz de tranquilizar a la persona explicándole los objetivos de la evaluación, anticipando en qué va a consistir, garantizando la confidencialidad de la información y transmitiéndole en todo momento sensación de control sobre el proceso. Para ello, la persona tiene que saber que el desarrollo del proceso de evaluación tiene como requisito básico el que ella esté de acuerdo y consienta en que éste tenga lugar. La firma de un consentimiento informado es aconsejada.

Las habilidades recién descritas son importantes tanto en la relación con la persona mayor como con las familias, que en la mayoría de las ocasiones son protagonistas de la evaluación. En esos casos, conocer las necesidades y dificultades más habituales en los cuidadores (p.ej., reticencia a buscar ayudas externas a la familia) es una competencia recomendable. Otro desafío especial en este sentido es la identificación de todas las fuentes posibles de apoyo familiar y social, de posibles

situaciones de abuso o negligencia en el cuidado de la persona mayor y de los recursos, fortalezas específicas y habilidades potencialmente compensatorias en las que poder basar una acción interventiva.

4.2. Intervención

Gran parte del trabajo con personas mayores ha de estar dirigido a objetivos de prevención y promoción de la salud mental y física y la calidad de vida, más que a la superación de problemas concretos. El profesional que trabaja con mayores no debe perder de vista este énfasis en lo preventivo, transmitiéndoselo a las personas mayores con las que trabaje y estando al día de las distintas líneas de acción preventiva y de promoción del envejecimiento saludable presentes en el entorno local. Cuando ya se ha presentado el problema y el objetivo pasa a ser de intervención, el profesional ha de conocer las implicaciones del envejecimiento (cambios fisiológicos, cognitivos y sociales) en las indicaciones terapéuticas, las adaptaciones necesarias de los distintos procedimientos de intervención y la implantación de las mismas (p.ej., adaptaciones de la terapia cognitivo- conductual de la depresión con personas mayores; Izal, Márquez, Losada y Montorio, 2003), siempre asumiendo las diferencias interindividuales existentes en las personas mayores y facilitando que la intervenciones sean lo más individualizadas (centradas en la persona) posibles. La planificación de metas realistas y con significado para las personas mayores, la disminución del ritmo de administración de contenidos en las intervenciones y la flexibilidad en su implementación (p.ej., acudir al domicilio de la persona) son pautas de gran utilidad en cualquier acción interventiva con personas mayores. Éstas y otras recomendaciones para optimizar la intervención con personas mayores este sentido pueden encontrarse en Montorio e Izal (1999). Sin duda, el disponer de una motivación intrínseca por el trabajo con personas mayores y encontrar atractivo el trabajo con este colectivo es un esencial factor facilitador de una buena práctica profesional de atención a estas personas.

Además de a la enfermedad, demanda o problema concreto por el que consulte la persona mayor o su familia, se debe tener la capacidad de hacer un análisis de carácter más global, presentando atención a todos los aspectos conductuales y socio-ambientales implicados o relacionados de alguna forma con dicho problema, teniendo siempre presentes las consideraciones éticas o legales que puedan afectar al tratamiento de la persona (AGS, 1997). De nuevo, el abordaje de cada demanda desde un enfoque biopsicosocial desde el que se puedan identificar las interacciones entre el bienestar emocional y físico de las personas implicadas en cada situación es un requisito básico para poder intervenir de forma efectiva. En este sentido, por ejemplo, conocer aspectos básicos de los efectos secundarios de los medicamentos indicados para los trastornos de salud más frecuentes entre las personas mayores puede ser de gran ayuda. En las situaciones de dependencia, es necesario mantener una visión adecuada de este fenómeno en la que se tengan en cuenta todos los aspectos conductuales y sociales (exceso de dependencia) que contribuyen al problema. En este sentido, se debe reconocer la importancia de las

familias o de personas del entorno de los mayores en el apoyo a las personas mayores y planificar intervenciones en las que éstos participen. Para ello, los profesionales deben valorar los conocimientos y habilidades de los familiares necesarios para atender a las personas mayores y se deben implicar en la educación y supervisión de la implementación de las intervenciones por parte de éstos (AACN, 2000).

Cuando las líneas de intervención se plantean objetivos de aprendizaje y/o psicoeducativos, el profesional debería contar con una base importante de habilidades y recursos pedagógicos para facilitar el aprendizaje de las personas mayores. Para optimizar el aprendizaje y comprensión de los contenidos, suele ser recomendable una fase inicial de exploración de las propias actitudes y estereotipos de las personas mayores hacia su propio proceso terapéutico o de aprendizaje, puesto que en muchas ocasiones son las propias personas mayores las que plantean obstáculos de tipo *edadista*, teniendo escasas expectativas de aprendizaje o superación de problemas concretos. También es importante desde el inicio de cualquier intervención con personas mayores concienciar a estas personas del *papel activo* que han de ejercer en el proceso de intervención. De forma previa a la intervención, los terapeutas han de tomarse el suficiente tiempo para educar a los pacientes en los propios procedimientos de intervención de modo que comprendan adecuadamente de qué forma la terapia psicológica puede resultarles de utilidad.

En la línea de lo comentado respecto a las actitudes para el trabajo interdisciplinar, el profesional debe conocer la red de servicios, instituciones u organizaciones del entorno de la persona mayor que ofrecen distintos tipos de servicios a las personas mayores (por ej., centros de día, residencias, centros de servicios sociales, clínicas de memoria, asociaciones de afectados, etc.) con el fin de facilitar, en la medida de lo posible, un aprovechamiento de los recursos existentes y un trabajo conjunto de colaboración con éstas que permita un abordaje multinivel de la demanda o problema concreto. Además, también es aconsejable tener conocimientos suficientes para poder elaborar soluciones prácticas alternativas cuando éstas vías o recursos de acción o atención no estén disponibles.

Por último, la atención a las personas mayores requiere de profesionales que puedan realizar su ejercicio profesional respetando la dignidad de la persona mayor, lo que implica que, además las habilidades técnico-prácticas profesionales, los profesionales deben saber reconocer las actitudes, valores y expectativas propias y de los demás hacia el trabajo con personas mayores y conocer cuál puede ser su impacto sobre el proceso de evaluación y de intervención y sobre las personas mayores y sus familias (AACN, 2000; APA, 2004; Godfrey, 2000).

5. Uso e interpretación de fuentes y resultados de investigación

Debido al cada vez mayor interés prestado por las instituciones públicas y privadas al campo de la gerontología, la investigación y la práctica en éste área viene sufriendo en los últimos años un importante crecimiento y avance. Por este motivo, son muchas las fuentes a través de las cuáles los profesionales pueden acceder a documentación sobre prácticas efectivas para las diversas problemáticas asociadas al envejecimiento, siendo Internet el recurso más accesible y completo para acceder a revistas, informes, protocolos de actuación, sociedades y demás fuentes dedicadas al avance de la práctica en gerontología (p.ej., Madan y Bodagh, 2002). Generalmente, la información contenida en estas fuentes hace referencia a estudios en marcha o finalizados en los que se informa de qué resultados se han obtenido y los métodos a través de los cuáles se ha llegado a tales resultados, proporcionando los autores de estos trabajos las conclusiones más importantes de los trabajos y, en la mayoría de los casos, el alcance y limitaciones de tales resultados. Los profesionales deben disponer de un conocimiento básico sobre investigación. Esto es, deben ser capaces de comprender los métodos de investigación, evaluar y priorizar las comunicaciones científicas, integrar el conocimiento científico en la práctica profesional y demostrar un compromiso para continuar con el desarrollo profesional y estar actualizados en un mundo en el que el conocimiento crece de forma cada vez más acelerada (AGS, 1997; Gustafson y otros, 2003).

6. Conclusiones

En este documento se revisan de forma cualitativa, general y no exhaustiva diferentes aspectos y competencias que han sido señalados por asociaciones de especialistas en áreas relacionadas con la gerontología como fundamentales cuyo cumplimiento debe ser necesario para el desarrollo de la actividad profesional con las personas mayores. Es importante señalar que los aspectos aquí señalados son generales e inespecíficos de una disciplina concreta. Con el fin de que estos aspectos se implementen en la actividad profesional, los documentos elaborados por las asociaciones señaladas destacan la necesidad de incorporar en los currículums formativos de sus profesionales evaluaciones formativas y sumativas de los programas de formación, que han de estar basados en prácticas basadas en la evidencia, deben de ser clínicamente relevantes, tienen que constar de criterios explícitos de evaluación y han de ser revisados regularmente (ver, por ejemplo, Gustafson y otros, 2003). Además, estos procedimientos de formación deben mantenerse durante a lo largo de la vida profesional de los profesionales, dado que "los conocimientos básicos, los procedimientos terapéuticos y diagnósticos y los protocolos de manejo de todas las enfermedades humanas cambian y progresan" (SEGG, 2003). Los profesionales deben aumentar su conocimiento, su entendimiento y sus habilidades con respecto al trabajo con personas mayores a través de una educación, entrenamiento, supervisión y consulta continua (APA, 2004). Deben existir objetivos concretos, una metodología especificada para la educación y formación y un método de evaluación de la consecución de los objetivos

(AGS, 1997). Además, se deben realizar importantes esfuerzos para reducir las consecuencias de la tradicional barrera existente entre la práctica profesional y la investigación, que limita en gran medida una adecuada atención a las personas, ya que supone un fracaso a la hora de incorporar los descubrimientos científicos y las prácticas basadas en la evidencia en la práctica habitual (Bartes y otros, 2002). Como se ha comprobado en diferentes trabajos, el reciclaje de los profesionales a través de cursos de perfeccionamiento y mejora permite aumentar el conocimiento y la práctica de los profesionales, aumentando de esta manera la confianza de los profesionales para responder a las problemáticas a las que se enfrentan (Bourgeois y otros, 2003; Bryan y otros, 2002; Schindel-Martin y otros (2003). La mayor capacitación de los profesionales para atender a las demandas de las personas mayores contribuirá además a disminuir la frecuencia con que estos profesionales experimentan el síndrome del quemado (burnout), que se ha convertido en una barrera importante para el desarrollo de una atención adecuada a este colectivo (p.ej., Baker y Pallet-Hehn, 1997).

7. Lecturas Recomendadas

American Psychological Association (1998). What practitioners should know about working with older adults. Publicado en Professional Psychology: Research and Practice (1998), Vol. 29, No. 5, 413-427. <http://www.apa.org/pi/aging/practitioners.pdf>

American Psychological Association (2004). Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. American Psychologist, 59(4), 236-260.

Belsky, J.K. (1996): Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones. Masson, S.A. Barcelona.

Fernández-Ballesteros, R. (1992): Mitos y realidades sobre la vejez y la salud. Barcelona: S. G Editores.

Izal, M. Y Montorio, I. (1999). Gerontología Conductual. Madrid: Síntesis

Izal, M. y Montorio, I. (2001). Psicología del Envejecimiento. Estabilidad y cambio. UOC. En A. Moreno (coord.). Psicología del desarrollo II. Adolescencia, madurez y vejez
Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

National Institute on Aging.(2004). Working with Your Older Patient: A Clinician's Handbook.

<http://www.niapublications.org/pubs/clinicians2004/CliniciansHandbook.pdf>

Montorio I, e Izal M. (1999). Optimizando la evaluación e intervención psicológicas en personas mayores. En: Izal M, Montorio I. Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Madrid: Síntesis.

Whitbourne, S.K. (1998). Physical Changes in the Aging Individual: Clinical Implications. En I.H. Nordhus, G.R. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt (Eds.), Clinical Geropsychology. Washington: American Psychological Association.

8. Referencias bibliográficas:

AACN (2000). Older Adults: Recommended Baccalaureate Competencies and Curricular Guidelines for Geriatric Nursing Care. American Association of Colleges of Nursing. <http://www.aacn.nche.edu/Education/gercomp.pdf>

AACN (2004). Nurse Practitioner and Clinical Nurse Specialist Competencies for Older Adult Care. American Association of Colleges of Nursing. <http://www.aacn.nche.edu/Education/APNCompetencies.pdf>

AGS (1997). American Geriatrics Society (AGS) Position Statement. Guidelines for fellowship training in geriatrics. Recommendations from American Geriatrics Society. <http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/fellowship.pdf> [consultado en julio de 2004].

APA (1998). What practitioners should know about working with older adults. American Psychological Association. <http://www.apa.org/pi/aging/practitioners.pdf>

APA (2003). Guidelines for Psychological Practice with Older Adults. American Psychological Association. http://www.apa.org/pi/aging/guidelines_olderadults.pdf

APA (2004). Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. American Psychologist, 59(4), 236-260.

Baerga, R., Castro, N., Orta, B., González, E., Cruz, A., Vázquez, J. y Oliver, M. (2002). The need for training in gerontology and geriatrics among the staff providing services at a geriatric care institution. Puerto Rico Health Sciences Journal, 21(4), 337-341.

Ballard, C., Powell, K., James, K. y otros (2002). Can psychiatric liaison reduce neuroleptic use and reduce health service utilization for dementia patients residing in care facilities?. International Journal of Geriatric Psychiatry, 17, 140-145.

Bartels, S.J., Dums, A.R., Oxman, T.E., Schneider, L.S., Areán, P.A., Alexopoulos, G.S. y Jeste, D.V. (2002). Evidence-Based Practices in Geriatric Mental Health Care. Psychiatric Services, 53(11), 1419-1431.

Bartels, S.J., Dums, A.R., Oxman, T.E., Schneider, L.S., Areán, P.A., Alexopoulos, G.S. y Jeste, D.V. (2002). Evidence-based practices in geriatric mental health care: an overview of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Clinics of North America*, 26, 971-990.

Belsky, J.K (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson, SA

Bourgeois, M.S., Dijkstra, K., Burgio, L.D. y Allen, R.S. (2003). Communication skills training for nursing aides of residents with dementia: The impact of measuring performance. *Clinical Gerontologist*, 27(1-2), 119-138.

Bryan, K., Axelrod, L., Maxim, J., Bell, L. y Jordan, L. (2002). Working with older people with communication difficulties: an evaluation of care worker training. *Aging & Mental Health* 6 (3), 248-254.

Godfrey, A. (2000). What impact does training have on the care received by older people in residential homes?. *Social Work Education*, 19(1), 55-65.

Goodstein, R. K. (1985). Common clinical problems in the elderly: Camouflaged by ageism and atypical presentation. *Psychiatric Annals*, 15, 299-312.

Gustafson, L., Burns, A., Katona, C., Bertolote, J.M., Camus, V., Copeland, J.R.M. y otros (2003). Skill-based objectives for specialist training in old age psychiatry. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 686-693.

Izal, M., Márquez, M., Losada, A. y Montorio, I. (2003). Una revisión sobre las intervenciones cognitivo-conductuales en problemas de depresión en la edad avanzada. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(1), 34-45.

Izal, M. y Montorio, I. (2001). *Psicología del Envejecimiento. Estabilidad y cambio*. UOC. En A. Moreno (coord.). *Psicología del desarrollo II. Adolescencia, madurez y vejez*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.

Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9, 179-186.

Molinari, V., Karel, M., Jones, S., Zeiss, A., Cooley, S.G., Wray, L., Brown, E. y Gallagher-Thompson, D. (2003). Recommendations About the Knowledge and Skills Required of Psychologists Working With Older Adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(4), 435-443.

Madan, S., y Bodagh, I.Y. (2002). Dedicated to elderly care: geriatric medicine on the internet. *Age & Ageing*. 31(1),70-4.

Montorio I, e Izal M. (1999). Optimizando la evaluación e intervención psicológicas en personas mayores. En: Izal M, Montorio I. Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación. Madrid: Síntesis.

Perlick, D., & Atkins, A. (1984). Variations in the reported age of a patient: A source of bias in the diagnosis of depression and dementia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 812-820.

Rao, R. (2003). Dignity and impudence: How should medical students acquire and practise clinical skills for use with older people?. *Medical Education*, 37, 190-191.

Scharlach, A., Simon, J. y Dal Santo, T. (2002). Who is providing social services to today's older adults?. Implications of a survey of aging services personnel. *Journal of Gerontological Social Work*, 38(4), 5-13.

Schindel-Martin, L., Morden, P., Cetinski, G., Lasky, N., McDowell, C. y Roberts, J. (2003). Teaching staff to respond effectively to cognitively impaired residents who display self-protective behaviors. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 18(5), 273-281.

Schreiner, A.S., Hara, N., Terakado, T. e Ikegami, N. (2004). Attitudes towards end-of-life care in a geriatric hospital in Japan. *International Journal of Palliative Nursing* (10(4), 185-193.

Schwarz, N., Park, D. y Knaueper, B. (1999). *Cognition, aging, and self-reports*. Hove, England: Psychology Press/Erlbaum (UK) Taylor & Francis.

SEGG (2003). Comisión de Formación Continuada en Geriátría y Gerontología. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. <http://www.segg.es/segg/pdf/loUltimo/comisionFormacionContinuada.pdf> [Consultado en agosto de 2004]

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey MB, Leirer VO: Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research* 17: 37-49, 1983.

Whitbourne, S.K. (1998). Physical Changes in the Aging Individual: Clinical Implications. En I.H. Nordhus, G.R. VandenBos, S. Berg y P. Fromholt (Eds.), *Clinical Geropsychology*. Washington: American Psychological Association.