

Carme Triadó  
Feliciano Villar  
(coords.)

# PSICOLOGÍA DE LA VEJEZ



Alianza Editorial



**Carme Triadó  
Feliciano Villar  
(coords.)**

# **Psicología de la vejez**

**Alianza Editorial**

Esta obra ha sido publicada con la ayuda de la Dirección General del Libro,  
Archivos y Bibliotecas del Ministerio de Cultura

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaran, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

Edición electrónica, 2014  
[www.alianzaeditorial.es](http://www.alianzaeditorial.es)

© Mercè Boada, José Buz, Belén Bueno, Josep Lluís Conde, David Facal, Javier de la Fuente, María Izal, Adolfo Jarne, Onésimo Juncos, Félix López, Francisco Javier Leturia, Paula Mayoral, Concepción Menéndez, Ignacio Montorio, Ana Belén Navarro, Arturo Xosé Pereiro, Gema Pérez, Sacramento Pinazo, Modesta Pousada, Carmen Solé, Lluís Tàrraga, M.<sup>a</sup> del Carmen Triadó, Feliciano Villar y Jose Javier Yanguas, 2006.

© Alianza Editorial, S. A. Madrid, 2014  
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid  
ISBN: 978-84-206-8855-8  
Edición en versión digital 2014

# Índice

Relación de autores .....	13
Prólogo, <i>Carme Triadó y Feliciano Villar</i> .....	17
<b>Primera parte</b>	
<b>La psicología del envejecimiento</b>	
1. La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y métodos, <i>Carme Triadó y Feliciano Villar</i> .....	23
1. La relevancia social del envejecimiento .....	23
1.1. El envejecimiento satisfactorio .....	25
1.2. La vejez avanzada o cuarta edad.....	29
2. Teorías psicológicas del envejecimiento .....	31
2.1. Psicología del envejecimiento y concepto de desarrollo .....	31
2.2. La multiplicidad teórica de la psicología del envejecimiento.....	35
2.3. El enfoque del procesamiento de la información .....	36
2.4. Epistemología genética y envejecimiento .....	37
2.5. Erikson y las tareas evolutivas .....	39
2.6. El enfoque del ciclo vital .....	42
3. Métodos de investigación en psicología del envejecimiento.....	48
3.1. Diseños de investigación .....	50
3.2. Metodología de investigación.....	53
Cuestiones clave .....	58

Actividades prácticas .....	58
Lecturas recomendadas .....	58
Bibliografía .....	59

**Segunda parte**

**Procesos físicos**

2. Cambios físicos en el envejecimiento, <i>Carme Triadó</i> .....	65
1. Teorías del envejecimiento biológico .....	68
2. Principios básicos del envejecimiento normal.....	69
3. Cambios físicos y su repercusión psicológica .....	71
3.1. Cambios en la apariencia .....	71
3.2. Cambios sensoriales .....	72
3.3. Sistema esquelético-muscular .....	76
3.4. Sistema cardiovascular.....	77
3.5. Sistema respiratorio .....	78
3.6. Otros sistemas corporales .....	79
4. Problemas en el sueño y el dormir .....	79
5. Intervenciones .....	80
6. Conclusión.....	82
Cuestiones clave .....	83
Actividades prácticas .....	83
Lecturas recomendadas .....	83
Bibliografía .....	84
3. Salud, conducta y vejez, <i>Ignacio Montorio, María Izal, y Gema Pérez..</i>	87
1. Salud y dependencia .....	88
2. La percepción de la salud por las personas mayores .....	90
3. Relación entre conducta y salud en las personas mayores .....	91
3.1. Efectos del estado de salud sobre la conducta .....	91
3.2. Efectos de la conducta sobre la salud .....	93
4. Factores psicosociales. La mediación entre conducta y salud.....	94
5. Prevención de la enfermedad.....	98
6. Promoción de la salud .....	99
7. Intervención en problemas de salud en las personas mayores .....	102
8. Conclusiones .....	104
Cuestiones clave.....	106
Actividades prácticas.....	106
Lecturas recomendadas .....	106
Bibliografía .....	107

## Tercera parte

## Cognición

4. Memoria y atención, <i>Modesta Pousada y Javier de la Fuente</i> .....	113
1. La memoria y la atención: qué son y para qué nos sirven .....	114
2. Cambios que experimentan la memoria y la atención durante el envejecimiento.	117
2.1. Estudios transversales.....	117
2.2. Estudios longitudinales .....	124
3. Por qué se producen los cambios .....	127
4. El nivel educativo y su influencia en el deterioro de la memoria.....	131
5. ¿Se puede preservar y/o mejorar nuestra memoria cuando envejezemos? .....	134
Cuestiones clave .....	138
Actividades prácticas .....	138
Lecturas recomendadas .....	138
Bibliografía .....	139
5. Inteligencia y sabiduría, <i>Feliciano Villar</i> .....	141
1. Inteligencia .....	141
1.1. El enfoque psicométrico de la inteligencia .....	141
1.2. La mecánica y la pragmática de la inteligencia .....	148
1.3. Inteligencia y cambios cualitativos .....	154
2. Sabiduría .....	159
2.1. La sabiduría como conocimiento experto.....	159
2.2. Hacia una visión más integradora de la sabiduría .....	163
Cuestiones clave .....	165
Actividades prácticas .....	165
Lecturas recomendadas .....	165
Bibliografía .....	166
6. Lenguaje y comunicación, <i>Onésimo Juncos, Arturo Xosé Pereiro y David Facal</i> .....	169
1. Desarrollo, dificultades y deterioro del lenguaje en la vejez .....	170
1.1. Comunicación y lenguaje. Cognición, interacción social y emoción.....	171
1.2. Dificultades en el procesamiento léxico, sintáctico y discursivo en el envejecimiento normal.....	173
1.3. Deterioro del lenguaje en el envejecimiento patológico .....	175
2. Evaluación de la comunicación y del lenguaje en la vejez .....	180
2.1. Evaluación de las capacidades comunicativas .....	180
2.2. Evaluación del lenguaje .....	181
3. Intervención en la comunicación y el lenguaje.....	182
3.1. Intervención en el envejecimiento normal .....	182
3.2. Intervención en el envejecimiento patológico .....	183
3.3. Nuevas tecnologías en la intervención en comunicación y lenguaje.....	184

Cuestiones clave .....	186
Actividades prácticas .....	186
Lecturas recomendadas .....	187
Bibliografía .....	187

### Cuarta parte

### Personalidad y cambio psicosocial

7. Personalidad y adaptación, <i>Feliciano Villar y Carme Triadó</i> .....	193
1. Los rasgos de personalidad: ¿estabilidad o cambio? .....	195
1.1. Estudios centrados en el cambio: estudios de Kansas City .....	196
1.2. Estudios centrados en la estabilidad: los cinco grandes rasgos de Costa y McCrae.....	198
2. El yo: autoconcepto y procesos adaptativos .....	200
2.1. El yo como contenido: autoconcepto y bienestar .....	200
2.2. El yo como proceso: la autorregulación y la adaptación .....	204
2.3. Envejecimiento y desarrollo del yo .....	209
3. Las historias vitales .....	218
3.1. Historias vitales e identidad .....	218
3.2. Historias vitales y vejez .....	220
3.3. Reminiscencia, reflexión vital y revisión vital .....	222
Cuestiones clave .....	225
Actividades prácticas .....	225
Lecturas recomendadas .....	226
Bibliografía .....	226
8. Sexualidad y afectividad, <i>Félix López</i> .....	231
1. La negación de la sexualidad en la vejez .....	232
2. Necesidades interpersonales en la vejez .....	234
3. La fisiología sexual en la vejez .....	236
3.1. Cambios en la mujer .....	237
3.2. Cambios en el hombre .....	238
3.3. Cambios en la respuesta sexual humana.....	240
4. Lo que hay que saber de la conducta sexual en la vejez .....	240
4.1. Los estudios sobre la sexualidad en la vejez.....	241
4.2. Los factores de los que depende la vida sexual en la vejez .....	245
5. Modelo de intervención sobre sexualidad en la vejez .....	247
Cuestiones clave .....	249
Actividades prácticas .....	249
Lecturas recomendadas .....	250
Bibliografía .....	250



9. Relaciones sociales, <i>Sacramento Pinazo</i> .....	253
1. Las relaciones sociales y el papel del apoyo social .....	253
1.1. La evolución de la actividad social y las relaciones sociales .....	253
1.2. El apoyo social .....	255
2. La relación con la pareja.....	260
2.1. Vida en pareja: el paso del tiempo y el reencuentro con la pareja.....	261
2.2. Vida en solitario: cuando muere la pareja.....	263
3. La relación con los hijos, ¿solidaridad intergeneracional? .....	265
3.1. La ayuda a los padres .....	265
3.2. La ayuda de los padres .....	268
4. La relación con los nietos .....	269
4.1. Diferentes formas de relación abuelos-nietos. Actividades conjuntas .....	270
4.2. Factores facilitadores de la relación .....	272
4.3. El papel mediador de la generación intermedia en la relación abuelos-nietos ..	277
5. Relaciones con los amigos y vecinos .....	278
Cuestiones clave .....	280
Actividades prácticas .....	280
Lecturas recomendadas .....	281
Bibliografía .....	282
10. Jubilación y tiempo libre, <i>Ana Belén Navarro, José Buz, Belén Bueno y Paula Mayoral</i> .....	287
1. La jubilación .....	288
1.1. El proceso de jubilación y sus determinantes .....	288
1.2. Planificación de la jubilación .....	294
1.3. Jubilación tardía .....	297
2. Tiempo libre y vejez.....	299
2.1. Aspectos psicológicos de la ocupación del tiempo libre .....	299
2.2. La salud y el nivel de actividad tras la jubilación.....	300
2.3. En qué ocupan el tiempo libre nuestros mayores.....	301
3. Conclusiones .....	304
Cuestiones clave .....	306
Actividades prácticas .....	306
Lecturas recomendadas .....	306
Bibliografía .....	307
11. Muerte, duelo y atención psicológica a enfermos terminales ancianos, <i>Concepción Menéndez</i> .....	311
1. La muerte como concepto y como acontecimiento en nuestra cultura actual ...	312
1.1. Perspectivas sobre la muerte y el morir .....	313
1.2. La muerte en otras culturas .....	314
2. La conciencia y el afrontamiento de la muerte .....	314

2.1. Actitudes y ansiedad ante la muerte .....	314
2.2. El proceso de la muerte en enfermos terminales .....	318
3. Morir en la enfermedad terminal .....	321
3.1. La asistencia al enfermo terminal: los cuidados paliativos .....	322
3.2. Muerte digna, eutanasia y encarnizamiento terapéutico .....	325
4. El duelo .....	328
4.1. La elaboración del duelo .....	330
4.2. Intervenciones terapéuticas en el duelo .....	332
Cuestiones clave .....	335
Actividades prácticas .....	335
Lecturas recomendadas .....	335
Bibliografía .....	336

**Quinta parte**

**Envejecimiento y psicopatología**

12. Trastornos mentales en la vejez, <i>Josep Lluís Conde y Adolfo Jarne</i> ....	341
1. Trastornos de ansiedad .....	342
1.1. Datos epidemiológicos y formas clínicas más frecuentes .....	342
1.2. Etiología y factores de riesgo.....	344
1.3. Diagnóstico, evaluación y tratamientos .....	345
2. Trastornos afectivos: depresión .....	346
2.1. Datos epidemiológicos y formas clínicas más frecuentes .....	347
2.2. Etiología y factores de riesgo.....	349
2.3. Duelo y depresión .....	351
2.4. Depresión y suicidio.....	351
2.5. Depresión y deterioro cognitivo .....	352
2.6. Diagnóstico, evaluación y tratamientos .....	352
3. Trastornos cognitivos: delirium .....	355
3.1. Datos epidemiológicos, factores de riesgo y etiología.....	355
3.2. Diagnóstico, evaluación y tratamientos .....	356
4. Trastornos psicóticos.....	357
4.1. Datos epidemiológicos y formas clínicas más frecuentes .....	357
4.2. Etiología y factores de riesgo.....	359
4.3. Diagnóstico, evaluación y tratamientos .....	359
Cuestiones clave .....	361
Actividades prácticas .....	361
Lecturas recomendadas .....	361
Bibliografía .....	362
13. Vejez y demencias, <i>Mercè Boada y Lluís Tárraga</i> .....	365
1. ¿Qué es la demencia? .....	366

2. Magnitud del problema: epidemiología e impacto social.....	368
3. Bases biológicas: del genotipo al fenotipo .....	368
4. Aspectos clínicos evolutivos de la enfermedad de Alzheimer.....	369
5. Exploración neurológica y neuropsicológica en la demencia: componentes básicos .....	370
6. Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer .....	375
6.1. Modelos psicosociales y estrategias no farmacológicas .....	376
6.2. Enfermedad de Alzheimer y potencial de aprendizaje .....	378
6.3. Tratamientos de psicoestimulación.....	379
7. Conclusiones .....	382
Cuestiones clave .....	383
Actividades prácticas .....	383
Lecturas recomendadas .....	383
Bibliografía .....	384

Sexta parte

**Intervención psicológica en el envejecimiento normativo**

14. Intervención psicosocial con personas mayores, <i>Javier Yanguas y F. Javier Leturia</i> .....	389
1. El modelo de intervención psicosocial.....	390
1.1. Influencia del entorno en la calidad de vida de las personas mayores.....	390
1.2. Carácter integral de intervención.....	391
2. Intervención cognitiva en al vejez .....	394
2.1. Objetivos de la rehabilitación .....	395
2.2. Programas o métodos de intervención cognitiva .....	395
3. Apoyo informal en el cuidado de las personas con demencia .....	400
3.1. Modelos teóricos de estrés aplicados al proceso de cuidado .....	400
3.2. Programas de intervención para cuidadores de enfermos con demencia.	402
4. Funcionamiento emocional.....	404
4.1. Intervenciones en emociones.....	406
5. Intervención en el área social.....	409
6. Intervención en el área de la salud.....	410
7. Intervención en el cuidado y apoyo personal .....	413
8. Intervención en el área de tiempo libre.....	413
9. Intervención en el contexto y el ambiente .....	414
10. Importancia del personal cualificado .....	414
Cuestiones clave .....	416
Actividades prácticas .....	416
Lecturas recomendadas .....	416
Bibliografía .....	417

15. Intervención psicoeducativa con personas mayores, <i>Feliciano Villar y Carme Solé</i> .....	423
1. Sentido e inicios de la educación en la vejez .....	423
2. Tipos de intervención educativa .....	425
3. El aprendiz mayor .....	427
3.1. El aprendiz mayor y la compensación de déficit .....	428
3.2. Más allá de los déficit .....	430
3.3. Implicaciones para la educación de adultos: cuestiones y principios básicos .....	432
4. Los programas educativos para personas mayores .....	437
4.1. Compensación y crecimiento .....	439
4.2. Programas educativos para mayores: algunos ejemplos .....	442
Cuestiones clave .....	447
Actividades prácticas .....	447
Lecturas recomendadas .....	448
Bibliografía .....	448

# Relación de autores

El libro cuenta con la participación de profesores de Universidades españolas, docentes e investigadores, en temas de envejecimiento, además de con algunos profesionales de prestigio que trabajan e investigan en el ámbito de la psicología de la vejez.

**Carme Triadó (coord.)**

Catedrática de Psicología Evolutiva

Universidad de Barcelona

Coordinadora GIG (Grupo de Investigación en Gerontología)

**Feliciano Villar (coord.)**

Profesor titular de Psicología Evolutiva

Universidad de Barcelona

Investigador del GIG

**Mercè Boada**

Neuróloga

Hospital Universitari Vall d'Hebron

Directora médica de la Fundación ACE (Alzheimer Centro Educacional)

**José Buz**

Profesor titular de Psicología Evolutiva

Universidad de Salamanca

**Belén Bueno**

Profesora titular de Psicología Evolutiva  
Universidad de Salamanca

**Josep Lluís Conde**

Profesor asociado de Psicología Básica  
Universidad de Barcelona  
Investigador del GIG

**David Facal**

Profesor de Psicología Evolutiva  
Universidad de Santiago de Compostela

**Javier de la Fuente**

Profesor titular de Psicología Básica  
Universidad de Barcelona

**María de Izal**

Profesora titular de Psicología Biológica y de la Salud  
Universidad Autónoma de Madrid

**Adolfo Jarne**

Profesor titular de Psicopatología  
Universidad de Barcelona

**Onésimo Juncos**

Profesor titular de Psicología Evolutiva  
Universidad de Santiago de Compostela

**Félix López**

Catedrático de Psicología de la Sexualidad  
Universidad de Salamanca

**Javier Leturia**

Fundación Matia. INGEMA (Instituto Gerontológico Matia)

**Paula Mayoral**

Profesora asociada  
Universidad Autónoma de Madrid

**Concha Menéndez**

Profesora titular de Psicología Evolutiva  
Universidad de Barcelona  
Investigadora del GIG

**Ignacio Montorio**

Profesor titular de Psicología Biológica y de la Salud  
Universidad Autónoma de Madrid

**Ana Belén Navarro**

Psicóloga y gerontóloga  
Universidad de Salamanca

**Arturo Xosé Pereiro**

Profesor titular de Psicología Evolutiva  
Universidad de Almería

**Gema Pérez**

Profesora de Psicología Biológica y de la Salud  
Universidad Autónoma de Madrid

**Sacramento Pinazo**

Profesora titular de Psicología Social  
Universidad de Valencia  
Investigadora del GIG

**Modesta Pousada**

Profesora de Psicología  
Universitat Oberta de Catalunya

**Carme Solé**

Profesora titular de Psicología de la Educación  
Universidad Ramón Llull  
Investigadora del GIG

**Lluís Tárraga**

Psicólogo  
Director Fundación ACE (Alzheimer Centro Educativo)

**Javier Yanguas**

Psicólogo  
INGEMA (Instituto Gerontológico Mati)





# Prólogo

La vejez ha sido un tema de interés ya desde la Antigüedad clásica. Son innumerables los filósofos, con Cicerón y su *De senectute* a la cabeza, que han tratado la vejez, quizá porque su discusión remite a la esencia misma del ser humano, a su fragilidad y su resistencia, a su inherente temporalidad y su querencia de permanencia, y también a la necesidad de encontrar un nuevo sentido a la vida cuando las inquietudes y valores de momentos vitales anteriores quizá ya no son tan útiles.

Sin embargo, a pesar de esta relevancia filosófica, los estudios científicos sobre la vejez y el proceso de envejecimiento tardaron en aparecer y, cuando lo hicieron, estuvieron especialmente centrados en el ámbito médico y sanitario, especialmente dedicados a los problemas y patologías que se presentaban en la vejez. Sólo a partir de mediados del siglo pasado podemos hablar de la presencia de una psicología de la vejez consolidada desde un punto de vista académico e institucional, lo que ha constituido la base para el actual auge en el número de estudios y publicaciones científicas en este ámbito que estamos contemplando en las últimas décadas, así como para consolidación de la psicología y los psicólogos como actores relevantes en la intervención con personas mayores.

El libro pretende recoger este auge y seleccionar aquellos temas y cuestiones principales que definen el estado actual de la psicología del envejecimiento y la vejez, exponiendo conocimientos teóricos y aplicados. Su objetivo principal es ser una herramienta docente útil, tanto para los estudiantes de psicología o de disciplinas afines que se acercan por primera vez a un conoci-

miento especializado sobre este tema, como para los profesores que buscan un manual completo, actualizado y que disponga instrumentos para trabajar los temas tratados en el aula y fuera del aula. Por otra parte, los profesionales que trabajan con personas mayores también pueden encontrar en su lectura algunas claves para comprender a estas personas y optimizar el diseño de ciertas intervenciones.

La perspectiva desde la que se plantea el libro es netamente evolutiva y, de acuerdo con ello, hemos intentado establecer vínculos entre la vejez y lo que sucede en momentos anteriores de la vida (en buena medida, asumiendo que se envejece tal y como se ha vivido antes) y especialmente, subrayar los cambios que experimenta la persona en las últimas décadas de la vida, evitando considerar la vejez como una etapa homogénea y estable. Por ello, en muchos capítulos se identifican distintos momentos dentro de la vejez, diferenciando, por ejemplo, una vejez avanzada o cuarta edad (más allá de los 80 años) que tiene características que contrastan con las presentes en momentos anteriores de esta etapa. Una segunda dimensión enfatizada en el libro es la consideración de la vejez desde una perspectiva relativamente optimista, en la que el crecimiento, la ganancia o el mantenimiento son procesos que pueden coexistir e incluso superar en muchos momentos a las pérdidas con las que tradicionalmente se ha identificado esta etapa de la vida. De esta manera, se ha tratado de diferenciar claramente lo que podríamos denominar envejecimiento normativo (que en muchos casos se convierte en un verdadero envejecimiento satisfactorio) de aquellas formas de envejecer caracterizadas por la dependencia y la presencia de patologías incapacitantes. Por todo ello, el libro es en gran medida tributario de la perspectiva de estudio de la vejez llamada del ciclo vital. Esta perspectiva, iniciada desde la psicología en los años 70 por Baltes y otros psicólogos evolutivos, pretende, fundamentalmente, ampliar el objeto de estudio de una psicología evolutiva tradicionalmente anclada en la infancia a los procesos de cambio psicológico que ocurren en las personas a lo largo de su vida, desde el nacimiento hasta la muerte.

Sin embargo, y sin renunciar a una perspectiva evolutiva que creemos que puede ser especialmente útil por su carácter integrador, si por algo se caracteriza el estudio de la vejez y el envejecimiento es por su carácter multidisciplinar. Por ello, este tema de estudio reclama necesariamente la aportación y convergencia de otras perspectivas, ya sea de otros campos psicológicos (especialmente la psicología social, la psicología básica o la psicopatología) o incluso de otras disciplinas ajenas pero con implicaciones en lo psicológico (p. ej. las ciencias médicas o las ciencias de la educación). En alguna medida, también esto se ha tenido en cuenta a la hora de planificar la obra que el lector tiene entre manos.

Así, tras un primer capítulo en el que se tratan de exponer las principales teorías que describen y explican los cambios psicológicos en la vejez, así como los principales métodos de estudio e investigación en este campo, el li-

bro se organiza a partir de tres grandes temáticas. La primera, en la que se incluyen la mayoría de los capítulos, aborda cuestiones relativas al cambio normativo en diferentes dominios psicológicos (cambio físico y salud, cambio cognitivo y cambio de la personalidad y psicosocial). Las restantes dos temáticas, que ocupan un espacio menor, tienen que ver con aspectos relacionados con la patología por una parte (capítulos 12 y 13) y con la intervención y optimización del envejecimiento por otra (capítulos 14 y 15).

Así, el segundo capítulo del libro se detiene brevemente en los cambios físicos importantes en esta etapa de la vida, haciendo hincapié en la repercusión psicológica que tienen para la calidad de vida y el bienestar de las personas de esta etapa. Esta discusión continúa en buena medida en el capítulo 3, centrado principalmente en los conceptos de salud, dependencia y prevención.

En la actualidad uno de los temas que ha generado un número considerable de investigación y debate desde la psicología es el referido a la cognición en la vejez, quizá el ámbito en el que se ha planteado de manera más clara la dualidad entre declive por una parte y mantenimiento o ganancia por otra. Por ello este apartado se organiza en tres capítulos en los que los autores/as nos exponen el a veces complejo estado actual de la investigación, tanto en procesos cognitivos básicos (memoria y atención se tratan en el capítulo 4) como en lenguaje y comunicación (capítulo 6), primando la perspectiva dominante en este ámbito, el procesamiento de la información. Más allá de esta perspectiva, los estudios sobre inteligencia, creatividad y sabiduría, tratados en el capítulo 5, abren nuevas posibilidades a procesos no sometidos a un declive irreversible durante el envejecimiento.

El estudio de la personalidad y los cambios psicosociales se organizan en cinco capítulos. El primero de ellos, el capítulo 7, está dedicado a los cambios en la personalidad, recogiendo tanto las aportaciones de la perspectiva de los rasgos al debate entre el cambio y la estabilidad en la vejez como, especialmente, otras con más implicaciones evolutivas y que giran alrededor del concepto de adaptación. El capítulo 8, dedicado a la sexualidad, contempla su relación con la afectividad y expone con claridad las necesidades y cambios en este ámbito en la vejez, más allá de prejuicios y estereotipos. Los capítulos de relaciones sociales (capítulo 9) y jubilación (capítulo 10) describen los cambios que se experimentan en la familia y en la actividad laboral en esta etapa de la vida, y que contemplan por un lado los cambios de roles familiares de las personas mayores (tanto en la pareja como en las relaciones con los hijos y nietos) y por lo que se refiere a la jubilación, las circunstancias de una transición que necesariamente implica una reorganización del tiempo, dando paso a nuevas formas de ocupación y actividades de ocio. Por último, cierra este bloque el último gran acontecimiento normativo que ocurre en la vida de toda persona, la muerte, a la que se dedica el capítulo 11, que incluye también una breve discusión sobre el duelo y las cuestiones éticas que rodean el final de la vida en enfermos terminales.

Aunque este es un libro dedicado fundamentalmente al envejecimiento normativo, en cualquier obra que pretenda exponer de una manera mínimamente completa la psicología de la vejez, es imprescindible que también estén presentes algunos conocimientos sobre patología. En el caso del presente libro, este ámbito está representado por dos capítulos: en el capítulo 12 se repasan de manera bastante sistemática diferentes trastornos mentales que pueden afectar a las personas mayores, aportando, más allá de su descripción, algunas breves pinceladas también respecto a su evaluación y diagnóstico y su tratamiento. El capítulo 13, por su parte, está centrado en las demencias y, más concretamente, en la demencia de Alzheimer, sin duda la más frecuente entre las personas mayores.

Los dos capítulos finales tratan de describir las principales líneas de intervención en la vejez. Uno, el capítulo 14, está referido a la intervención psicosocial por la relevancia que tiene cuando se trabaja en ámbitos de atención y tratamiento a las personas mayores. El libro se cierra desde un punto de vista netamente optimista, tratando en el capítulo 15 la intervención educativa en la vejez, que abre nuevas posibilidades de crecimiento y mejora en una etapa considerada por muchos como fundamentalmente de declive.

En suma, nuestro propósito ha sido organizar un libro que presente los principales temas que desde la psicología nos dan a conocer la vejez, ofreciendo una herramienta útil para los estudiantes de psicología, para profesionales que trabajan con y para las personas mayores y también para todo aquel interesado en esta apasionante etapa de la vida. Nuestra intención ha sido recopilar el conocimiento acumulado, pero sobre todo también exponer las contradicciones y problemas inherentes a cualquier campo de investigación, que hacen de la provisionalidad una característica definitoria del conocimiento científico y que definen nuevas cuestiones de estudio y aplicación que orientarán el futuro de esta disciplina.

Para finalizar, nos gustaría agradecer a todos los autores y autoras participantes su colaboración entusiasta, su esfuerzo y tiempo invertidos en este proyecto común y su comprensión del sentido de su aportación dentro del conjunto de una obra colectiva. De ese empeño se van a beneficiar directamente los lectores del libro, que van a contar con capítulos escritos por autores con una amplia experiencia y trayectoria docente e investigadora en cada tema. De ese empeño también nos hemos visto beneficiados los coordinadores, que hemos encontrado un gran placer en colaborar con personas tan variadas, pero a la vez tan comprometidas y apasionadas en la comprensión de un territorio común que nos une: la vejez y las personas mayores.

Carme TRIADÓ y Feliciano VILLAR  
Barcelona, invierno de 2006

**Primera parte**

# **La psicología del envejecimiento**



# 1. La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y métodos

Carme Triadó y Feliciano Villar

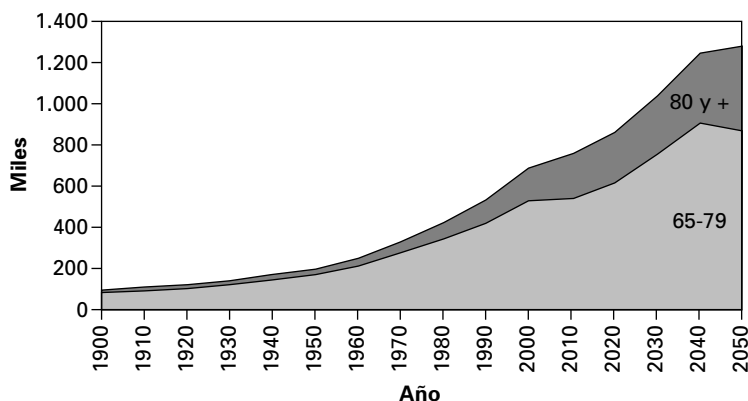
El objetivo de este primer capítulo es presentar las temáticas, los desafíos y algunos de los principales conceptos con los que trabajan los investigadores y profesionales interesados en la psicología del envejecimiento. A partir de este interés, se han ido desarrollando teorías y modelos explicativos que pretenden describir, explicar y predecir los cambios psicológicos que experimenta la persona en la segunda mitad de la vida. En este capítulo expondremos los principales, acabando con los métodos de investigación que más se han utilizado en este ámbito de estudio.

## 1. La relevancia social del envejecimiento

Frecuentemente se alude a los cambios demográficos como un factor que explica el gran crecimiento de los estudios realizados sobre el envejecimiento y las personas mayores en las últimas décadas, crecimiento que se observa desde prácticamente todas las disciplinas científicas.

Aunque quizá no es el único factor que explica el interés por la vejez, lo que sí es indudable es que el envejecimiento de la población es una de las tendencias demográficas más sólidas en nuestras sociedades. Por ejemplo, en el año 2000, el porcentaje de personas de 65 años representaba el 16,7 % de la población española (uno 6,6 millones de personas; véase figura 1.1), un porcentaje similar al de los países de nuestro entorno (la media de la Unión Europea se sitúa en 16,2 %). Cuando examinamos las proyecciones, vemos que

**Figura 1.1. Evolución de la población mayor española 1900-2000 y proyección hasta el 2050**



estos porcentajes tienden ser cada vez mayores. En el año 2050, un 19,8 % de la población española tendrá 65 años o más, lo que supone 7,8 millones de personas mayores. En la Unión Europea (contando sólo los 15 países que la formaban en el año 2000) el porcentaje promedio será del 20,2 %.

Esta tendencia es incluso mayor si nos fijamos en datos de la población mundial. En el año 2000, aproximadamente el 10 % de la población mundial era mayor de 60 años. Este porcentaje se estima que será del 22 % en el 2050 (HelpAge Internacional, 2002).

La esperanza de vida, definida como el número promedio de años que estadísticamente se espera que una persona viva a partir de cierto momento, se ha incrementado enormemente en nuestro país. Este factor es, junto con el descenso de la natalidad, lo que explica el crecimiento de los mayores tanto en números absolutos como en peso relativo dentro de la población. Así, en 1996 la esperanza de vida al nacer era de 78,3 años como promedio, aunque en mujeres es más alta que en los hombres (81,9 frente a 74,7). Esta diferencia hace que a medida que avanza la edad el número de mujeres supera cada vez más al de hombres. Si hasta los 60 años el número de hombres es casi igual al de mujeres, entre las personas de 75 años la proporción es de 1,5 a 1 a favor de las mujeres y entre los de 90, de más de 2,5 a 1.

Esta diferencia entre hombres y mujeres se refleja también en formas de vida diferentes. Así, por ejemplo, mientras el 80,9 % de los hombres mayores de 65 años están casados y viven con su pareja, esta situación sólo describe la forma de vida del 46,8 % de las mujeres, debido principalmente a que en ellas la viudedad es un fenómeno mucho más frecuente (Imsero, 2002). De esta manera, la soledad es un fenómeno que afecta mucho más a ellas que a ellos. Entre las mujeres mayores también los niveles de pobreza son mayores y la frecuencia con la que ejercen de cuidadores de su pareja es también mucho



más elevada. Por todo ello, el género es un factor a tener necesariamente en cuenta al hablar del envejecimiento y de los mayores (Freixas, 1997).

Junto con el género, otro aspecto a tener en cuenta es la propia edad. Hemos de pensar que al hablar de la vejez estamos refiriéndonos a un periodo que para muchas personas puede abarcar hasta 30 años, casi un tercio del ciclo vital. Así, entre las personas mayores, el grupo que más está creciendo es el de los mayores de 80 años, tendencia que se espera que continúe y se acentúe en el futuro. Según los datos del informe 2002 (Imsero, 2002), en el año 2000 este grupo representaba el 3,8 % de la población española (aproximadamente 1,5 millones de personas), mientras que las proyecciones para el 2020 lo sitúan en el 5,7 % de la población (prácticamente 2,5 millones) y en el 2050 se prevé que sean el 10,1 % (más de cuatro millones; véase figura 1).

Paradójicamente, estos datos sobre el aumento de la población mayor y la expectativa de vida, que aparentemente representan una muy buena noticia para el ser humano, en numerosas ocasiones no se interpretan de este modo. Especialmente desde un punto de vista político, el discurso sobre la vejez no es de celebración por los avances conseguidos, sino de preocupación ante los problemas y desafíos futuros que se plantean, especialmente desde un punto de vista económico (viabilidad de los sistemas actuales de pensiones, financiación del gasto sanitario, etc.) y social (cuidados y la atención a la dependencia, cambios en la estructura familiar, etc.).

Estas circunstancias han favorecido que el interés de diversas disciplinas científicas en el envejecimiento se haya centrado en dos aspectos que en cierta medida son complementarios y nos gustaría destacar, debido a que tienen implicaciones muy importantes desde muy diversos puntos de vista. En primer lugar, y desde una perspectiva optimista, un tema central en la investigación gerontológica actual es el estudio de las formas satisfactorias de envejecer, con la intención de identificar los factores que las determinan para así poder promoverlas y estimular que la vejez se experimente de forma activa y productiva para uno mismo y para la sociedad. En segundo lugar, otra temática especialmente relevante es la de la vejez avanzada o cuarta edad, esa última porción del ciclo vital más allá de los 80 u 85 años en la que las condiciones del envejecimiento se vuelven extremadamente adversas y en la que la probabilidad de enfermedad, de soledad y necesidad de cuidados aumenta enormemente.

### 1.1. El envejecimiento satisfactorio

El reconocimiento del potencial de las personas mayores se ha concretado en el planteamiento de nuevos conceptos y nuevos dominios de investigación gerontológica, entre los que destaca por su popularidad lo que se ha venido en llamar «envejecimiento satisfactorio» (*successful aging*). Este concepto nace de la distinción entre unos patrones de envejecimiento patológico (ca-

racterizado por la patología grave y la dependencia en algún grado) y un patrón de envejecimiento normativo, en los que no hay enfermedad grave ni dependencia, aunque quizá sí un aumento del riesgo a padecerlas asociado a la edad. Dentro de este último grupo, los niveles de funcionamiento físico y psicológico, así como la actividad social, se mantienen en niveles elevados e incluso, en algunos sentidos, pueden mejorar: es el denominado envejecimiento satisfactorio, que contradice los estereotipos tradicionales asociados a las personas mayores y la vejez (véase cuadro de texto). Su estudio no solamente prueba la presencia de modos sanos de envejecer al alcance de una mayoría de personas, sino también nos puede permitir conocer cuáles son los factores que determinan este éxito y que evitan que la persona se deslice prematuramente hacia un envejecimiento patológico.

Al abordar el envejecimiento satisfactorio desde una perspectiva psicológica, una de las primeras cuestiones a aclarar es cuáles son los criterios o indicadores que utilizamos al etiquetar como «satisfactorios» ciertos modos de envejecer. Su concreción permitirá avanzar en la definición de este concepto y, al mismo tiempo, ayudará a diferenciar estos modos «mejores» de envejecer y que, por lo tanto, se han de potenciar y promover, de otros modos que podrían considerarse «peores» o mucho menos deseables. Pese a la importancia de la cuestión, diferentes autores han propuesto distintos criterios que caracterizarían el envejecimiento con éxito. En concreto, tradicionalmente se ha recurrido a criterios de dos tipos:

- Unos criterios objetivos, que hacen referencia a características claramente medibles y que, en una medida u otra, comparan a las personas en una escala de rendimiento o de funcionalidad. Por ejemplo, la mayoría de los indicadores de salud física, de estado cognitivo o de actividades que es capaz de realizar la persona serían de este tipo.
- Unos criterios subjetivos, que implican la opinión y los valores de la propia persona. Estos criterios a veces pueden incluir aspectos de tipo cualitativo, y más que representar un rendimiento o capacidad hacen referencia a aspectos emocionales o evaluativos tal y como son experimentados por uno mismo. La felicidad, la satisfacción vital o el sentido de control personal serían buenos ejemplos de este tipo de indicadores.

Por ejemplo, Rowe y Kahn (1987), los investigadores que propusieron el concepto de envejecimiento satisfactorio, lo definen utilizando criterios de tipo objetivo. Para ellos, envejecer satisfactoriamente implica tres elementos: una baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades asociadas a ellas (es decir, presencia de salud física), una capacidad funcional alta, tanto desde un punto de vista físico como cognitivo (es decir, capacidad para realizar las actividades cotidianas necesarias para el autocuidado y la vida autónoma), y una implicación activa con la vida.

### LOS ESTEREOTIPOS DE LAS PERSONAS MAYORES Y LA VEJEZ

Los estereotipos son representaciones mentales genéricas, simplificadas y ampliamente compartidas sobre determinado objeto o categoría social. Con respecto a la vejez y las personas mayores, tradicionalmente se ha asumido que las características estereotípicas que les asociamos son negativas, exagerando aspectos que o bien son propios sólo de una minoría de personas mayores o bien tienen poca o ninguna base en los hechos. Por ejemplo, algunas de estas características frecuentemente atribuidas a las personas mayores son que todas son muy parecidas, que están enfermas y dependen de otras personas, que presentan algún tipo de deterioro cognitivo, que son incapaces de aprender cosas nuevas, que se vuelven rígidas y difíciles de tratar, que son conservadoras y cerradas al cambio, que están socialmente aisladas o que lo que desean es sobre todo descansar tras años de duro trabajo (Branco y Williamson, 1982, APA, 1998).

Estos estereotipos negativos de las personas mayores parecen estar ampliamente extendidos (Kite y Wagner, 2001; Hummert y cols. 2002) y se han encontrado además en grupos de edad muy diversa, desde niños (Falchikov, 1990) hasta las propias personas mayores (Chaspeen, Schwarz y Park, 2002).

Los estereotipos negativos de las personas mayores son peligrosos porque pueden funcionar como una profecía que se cumple a sí misma: si esperamos incapacidad y dependencia, es probable que nos comportemos de manera que la fomentemos, reduciendo las oportunidades para que los mayores se comporten de manera diferente a nuestros prejuicios sobre ellos. Si los propios mayores asumen estos estereotipos negativos de la vejez como ciertos, su funcionamiento cognitivo, su salud o incluso su deseo de vivir en ciertas situaciones pueden verse afectados (Levy, 2003). En ocasiones, los estereotipos también derivan en prácticas discriminatorias contra los mayores, como por ejemplo el uso con ellos por defecto de un habla infantil, la menor atención a sus problemas de salud, el acceso limitado a tratamientos y terapias o las menores posibilidades de ser elegidos para ciertos cargos o posiciones de liderazgo debido a su edad. Este conjunto de prejuicios y comportamiento discriminatorio ha sido llamado **edadismo** (Palmore, 1999; Montoro, 1998).

Algunos autores argumentan que, más que un único estereotipo negativo de los mayores, existirían varios estereotipos, algunos (la mayoría quizá) negativos, pero también otros positivos (Hummert, 1999). Por ejemplo, entre estos estereotipos positivos aparece el que califican como «edad de oro»: sería una imagen de persona mayor activa, sana, sociable, independiente, bien informada, productiva, viajera y orientada al ocio. Una imagen, como vemos, muy vinculada al envejecimiento satisfactorio.

Envejecer satisfactoriamente no solamente es estar libre de enfermedades graves, ni siquiera disponer también de un buen funcionamiento físico y mental que permita a la persona realizar sin problemas y de manera autónoma las

actividades cotidianas. Estos dos ingredientes han de permitir, además, que la persona sea capaz de implicarse activamente en la vida, a partir del desarrollo de un patrón de actividades determinado. De acuerdo con Rowe y Kahn (1997), este patrón se relaciona con dos tipos fundamentales de actividad. El primero es el mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, de una **actividad social** que permita a la persona mayor obtener tanto apoyo instrumental (dar y recibir asistencia y cuidado directo, resolver algunos problemas cotidianos, proveer de transporte, intercambio de recursos económicos, etc.) como apoyo socioemocional (expresión de afecto, respeto y comprensión). El segundo tipo es el mantenimiento de **actividades productivas**, entendiendo por actividades productivas no únicamente aquellas que tienen una retribución económica, sino aquellas que, en general, son capaces de contribuir, de una u otra manera, al mantenimiento y promoción de la sociedad o al propio crecimiento personal (Caro y Sánchez, 2005).

Otros autores, sin embargo, abogan por la inclusión dentro de este concepto del «buen envejecer» de criterios que tengan que ver con la valoración subjetiva y el significado que la propia persona mayor atribuye al estado en el que se encuentra. En este sentido, la presencia de altos niveles de **bienestar** es uno de los criterios más aludidos como componente del envejecimiento satisfactorio. En ocasiones este bienestar se asocia a una experiencia subjetiva de felicidad o satisfacción, con sentimientos de relajación, de ausencia de problemas y de presencia de sensaciones positivas, mientras que en otras se vincula al proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas, con los desafíos y con un cierto esfuerzo por superarlos y conseguir metas valiosas que dan sentido a nuestra vida (véase capítulo 7).

Así, tanto los criterios objetivos como los subjetivos son necesarios en la definición del envejecimiento satisfactorio desde un punto de vista psicológico. Si sólo consideramos unos y no otros, aparecen problemas (Baltes y Baltes, 1990):

- Los criterios subjetivos ayudan a definir el envejecimiento satisfactorio teniendo en cuenta la visión y sistema de valores de las propias personas mayores, evitando así posibles intentos de imponer una sociedad estandarizada y basada en contenidos y metas establecidas por una minoría supuestamente experta.
- Los criterios objetivos son necesarios porque nos proporcionan unos objetivos claros y estables que pueden guiar la intervención en este ámbito y evitan que se considere que todo está bien si la persona mayor así lo considera. Este tipo de criterios objetivos evita lo que se ha denominado la «paradoja del bienestar» (Mroczek y Kolarz, 1998), es decir, el hecho de que aun en situaciones muy desfavorables y que deberían ser claramente mejoradas, las personas puedan contemplar su situación de forma optimista y satisfactoria.

Esta complementariedad de los aspectos objetivos y subjetivos ha llevado a la mayoría de los investigadores a reconocer que el envejecimiento satisfactorio es un concepto cuyo estudio necesita de un enfoque que integre ambos tipos de criterios. Por otra parte, autores como Baltes (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1998) destacan también como ingrediente fundamental del envejecimiento satisfactorio la capacidad de la persona para poner en marcha procesos destinados a conseguir o mantener en el tiempo los diferentes criterios y cualidades del buen envejecer que hemos comentado. Obviamente, a lo largo de la vida las condiciones y las circunstancias que experimentamos son cambiantes y, en el caso de las últimas décadas de la vida, tarde o temprano la persona ha de afrontar la presencia de ciertas pérdidas o limitaciones, ante las que se responde con esfuerzos destinados a sostener las condiciones objetivas y subjetivas que se juzgan esenciales. Esta capacidad adaptativa de las personas, esencial para ajustarse a los entornos dinámicos en los que desarrollamos nuestra vida, sería otro ingrediente a la hora de definir qué es envejecer bien.

### 1.2. La vejez avanzada o cuarta edad

Si el concepto de envejecimiento satisfactorio subraya la idea de que la actividad, la productividad, el mantenimiento de niveles óptimos de bienestar o incluso la adquisición de nuevas ganancias son posibles en la vejez, el concepto de vejez avanzada o cuarta edad subraya, en contraste, la idea de que hay un límite en el optimismo y de que en ciertas edades la pérdida se convierte en inevitable y dominante. La vejez avanzada no es simplemente la continuación de la vejez, unos años extra de los que podemos disfrutar gracias a los avances médicos, sino un periodo con características diferentes mucho menos benévolas.

En cuanto a la definición de la cuarta edad, como todo concepto que remite a una idea de etapa, situar su inicio cronológico es una tarea ambigua y compleja, que puede estar sujeta a variaciones culturales (probablemente la edad de inicio sea diferente en los países industrializados que en los países pobres) o históricas (quizá el inicio de esta cuarta etapa se esté retrasando en los países avanzados). Baltes y Smith (2003), por ejemplo, proponen un criterio demográfico para situar ese inicio: el momento en el que la mitad de las personas de la misma generación que han llegado a mayores (por ejemplo, a los 60 años) ya ha fallecido. Tomando este criterio, en los países desarrollados esta cuarta edad comenzaría entre los 80 y los 85 años. Obviamente, este criterio poblacional esconde mucha variabilidad, y los mismos autores afirman que, desde un punto de vista puramente individual, la vejez avanzada comienza cuando los cambios biológicos asociados al envejecimiento implican un aumento de la fragilidad del anciano y un riesgo de discapacidad, cuando no una discapacidad clara. En algunas personas la vejez avanzada puede co-

menzar de forma abrupta (tras una embolia o una caída, por ejemplo), en otros es más progresivo, a medida que aparecen o se agravan una o varias enfermedades crónicas.

Así, el criterio de fragilidad, entendida como la aparición de discapacidad (o riesgo alto de discapacidad) y la disminución drástica de la capacidad de recuperación en caso de pérdida, es un criterio importante en la definición de esta cuarta edad. Aun así, tampoco todos los autores definen la fragilidad de la misma manera. Smith y Baltes (1997), por ejemplo, encuentran que aproximadamente el 80 % de las personas mayores de 85 años presenta pérdidas significativas en al menos tres de las seis áreas funcionales que analizan en su estudio (visión, oído, fuerza, actividades necesarias para vivir de manera autónoma, enfermedades físicas crónicas y capacidades mentales). De manera similar, en Estados Unidos se estima que aproximadamente un tercio de las personas mayores de 85 todavía son lo suficientemente sanas para vivir autónomamente en la comunidad, un tercio necesita algún tipo de ayuda para desarrollar una vida cotidiana autónoma y el tercio restante son personas discapacitadas y con grado muy elevado de dependencia. Según diversos estudios, la prevalencia de la demencia y otras enfermedades neurodegenerativas afecta aproximadamente a una de cada tres personas mayores de 85 años (Ebly, Parha, Hogan y Fung, 1994; Helmchen y cols., 1999). Como es bien sabido, éstas son enfermedades que afectan de manera radical la calidad de vida y autonomía de la persona.

Por otra parte, y como ya hemos comentado, desde un punto demográfico la vejez avanzada o cuarta edad va a tener un peso cada vez más relevante. Sin embargo, pese a esta importancia, es un periodo de la vida al que tradicionalmente se le ha prestado poca atención, especialmente si nos referimos a personas muy mayores que viven en la comunidad y no a aquellas que están institucionalizadas. En la mayoría de los estudios en los que participan personas mayores, éstas se suelen definir como «de 65 años en adelante», sin mayor diferenciación. Según algunos autores (Coleman y O'Hanlon, 2004) este relativo olvido también se debe a que es un periodo de la vida difícil de estudiar, en el que la situación de las personas muchas veces les impide participar en estudios y, cuando lo hacen, son aquellos con una salud física y psicológica especialmente buena, lo que quizá puede contribuir a ofrecer una visión demasiado optimista de este periodo. Por otra parte, hemos visto como la actividad, la autonomía, la salud, la productividad o la implicación con la vida, aspectos que tradicionalmente han sido patrimonio de la juventud, se intentan promover también en la vejez a partir del concepto de envejecimiento satisfactorio. Esto, quizá, puede contribuir a dejar de lado a los más mayores, a aquellos que, más tarde o más temprano, difícilmente van a superar los criterios (especialmente los objetivos) para ser considerados personas que envejecen satisfactoriamente.

Claramente, la cuarta edad va a suscitar cada vez más interés con el paso del tiempo. Los desafíos que plantea desde múltiples puntos de vista son muy serios. Es un periodo de la vida en el que las necesidades de todo tipo se mul-

tipifican y generalizan a una mayoría de personas, situándolas ante una situación extrema en la que podemos observar los límites de nuestra capacidad adaptativa y de supervivencia. Al mismo tiempo, los recursos (económicos, tecnológicos, humanos y sociales, etc.) que podemos invertir para paliar esas necesidades presentan una eficiencia relativa mucho menor que la observable en otros momentos de la vida, en los que la inversión de recursos menores proporcionan beneficios más palpables. Ello implica decisiones políticas y éticas que no son fáciles, como comentan Baltes y Smith (2003). Para estos autores, se puede dar la paradoja de que una inversión masiva de recursos en esta etapa de la vida contribuya a aumentar algo la longevidad (en todo caso no mucho más de los niveles actuales), pero que al mismo tiempo aboque a cada vez más personas a situaciones terminales en las que se reducen las posibilidades de vivir y morir con dignidad.

## 2. Teorías psicológicas del envejecimiento

### 2.1. Psicología del envejecimiento y concepto de desarrollo

Paralelamente a la cada vez mayor relevancia social del envejecimiento, en las últimas décadas el interés científico en el estudio de ese proceso ha experimentado un crecimiento exponencial, al que no es ajena la psicología. Y, dentro de la psicología, quizá es la Psicología Evolutiva la más directamente relacionada con este estudio, ya que es precisamente la interesada en los cambios que suceden a lo largo de la vida. Sin embargo, el tratamiento evolutivo del envejecimiento no es el único en abordar los cambios psicológicos en las últimas décadas de la vida y, aún hoy, comparte su estudio con otras perspectivas de gran tradición en este ámbito, como son las de corte psicobiológico, las psicopatológicas o las relacionadas con la evaluación psicológica.

En comparación con los primeros estudios evolutivos sobre el niño y el desarrollo en las primeras décadas de la vida, que aparecen a finales del siglo XIX, el estudio psicológico del envejecimiento surge de manera relativamente tardía. Así, los primeros precedentes los encontramos en las décadas de los 20 y 30 del pasado siglo. Por ejemplo, en Estados Unidos Stanley Hall publica en 1922 su obra *Senescence, the last half of life*, que es considerada el primer manual sobre envejecimiento desde una perspectiva psicológica. De manera similar, en Europa destaca el trabajo de Charlotte Bühler, quien en los años 30 llevó a cabo diversas investigaciones científicas sobre la trayectoria psicológica del ser humano a lo largo del ciclo vital. Sin embargo, estos trabajos pioneros tuvieron escasa continuidad, y al menos hasta después de la Segunda Guerra Mundial no podemos hablar de una Psicología Evolutiva del envejecimiento con líneas de estudio sólidas e institucionalizadas a partir de la creación de cátedras, centros de investigación, asociaciones científicas y revistas especializadas (Birren y Schroots, 2001).

Esta relativa tardanza en configurarse como ámbito de estudio propio dentro de la Psicología Evolutiva estriba, al menos en parte, en el dominio de un concepto de desarrollo que dejaba escaso margen al interés por la vejez. El concepto tradicional de desarrollo supone, en líneas generales, aplicar el modelo biológico de crecimiento al cambio de las estructuras y funciones psicológicas del individuo. Es decir, al igual que se produce un aumento evidente en las potencialidades biológicas de la persona durante las primeras décadas de la vida, sus estructuras y funciones psicológicas también experimentan este crecimiento, y es precisamente eso lo que tiene que describir y explicar la Psicología Evolutiva. Así, desde este concepto de desarrollo interesan únicamente los cambios que tienen las siguientes características:

- Cambios de carácter unilateralmente positivo, es decir, sólo se entiende por desarrollo aquellos cambios que suponen una ganancia para el organismo, incrementando su capacidad de adaptarse al medio y capacidad de supervivencia.
- Cambios en las estructuras y funciones del individuo que se dan correlacionados con la edad y paralelos al crecimiento y maduración biológica. De esta manera, el desarrollo es un proceso ordenado en el que cada uno de los pasos supone un requisito para poder dar el siguiente que, en todo caso, supondrá una optimización en comparación con los anteriores.
- Cambios que suponen el progreso de todas las dimensiones del individuo, existiendo ciertas normas o hitos que todas las personas alcanzan a aproximadamente las mismas edades.

En suma, el desarrollo se contempla como un despliegue de las potencialidades de la persona que culmina en un momento de progresión máxima, típicamente al final de la adolescencia o en la adultez, momento en el que la persona presenta unos parámetros de funcionamiento óptimos. Esta meta a alcanzar es el punto de comparación que permite conocer si el sentido de determinado cambio evolutivo es o no «desarrollo»: sólo lo será si permite acercarse a ese momento de funcionamiento óptimo.

Como comenta Flavell (1970), este modelo de desarrollo se ajusta de manera óptima a los cambios que tienen lugar en la infancia, pero es muy difícil de aplicar a aquellos cambios que se dan más allá de la adolescencia. Desde este modelo, el desarrollo se entiende que es propio de unas ciertas fases del ciclo vital y no de otras. La consecuencia es la restricción del desarrollo psicológico del individuo a aquellas etapas en las que se da maduración o crecimiento físico, es decir, a la infancia y adolescencia, y el relativo olvido del estudio de las fases vitales posteriores desde la Psicología Evolutiva.

Esta concepción maduracionista del desarrollo que hemos venido comentando provoca que cuando se estudia el envejecimiento desde la psicología se haga, al menos hasta los años 70, desde un punto de vista también madura-



cionista asimilándolo a deterioro y declive. El propio carácter del concepto tradicional de desarrollo, paralelo al crecimiento físico-biológico, favorece la tendencia a conservar el paralelismo al estudiar las últimas etapas de la vida. Así, mientras el desarrollo implica maduración y progreso, el envejecimiento, siguiendo la misma lógica, debería implicar involución y deterioro. El resultado de esta importación del concepto biológico de envejecimiento (y, en general, de la visión biológica del ciclo vital) al estudio de las funciones y estructuras psicológicas es un modelo de ciclo vital humano con forma de U invertida (Lavouvie-Vief, 1982), con tres fases bien diferenciadas:

- Una primera fase, desde el nacimiento hasta el final de la adolescencia, caracterizada por la aparición, mejora y progresión general en todas las funciones y estructuras psicológicas del individuo. Estos cambios positivos se etiquetarían como «desarrollo».
- Una fase intermedia, mal definida, con límites relativamente difusos, en la que esas estructuras y funciones se mantendrían en un nivel óptimo y más o menos estable, sin cambios demasiado significativos.
- Una última fase, que comprendería las décadas finales de la vida, con un punto final claro (la muerte), pero sin un punto de inicio demasiado concreto, en la que experimentaría un declive de todas esas estructuras y funciones que habían aparecido y progresado en las primeras fases, declive que se acentuaría con el paso de los años. Estos cambios negativos se etiquetarían como «envejecimiento».

Esta perspectiva, que asocia envejecimiento únicamente a déficit, parece ajustarse razonablemente bien a la comprensión de algunos ámbitos del envejecimiento humano, especialmente los relacionados con el envejecimiento cognitivo (véanse capítulos 4 y 5). Por otra parte, considerar el envejecimiento psicológico como un proceso de declive paralelo al envejecimiento biológico (y, quizá provocado por él) ha configurado la psicología del envejecimiento como un ámbito de estudio multidisciplinar, en el que se tienen muy en cuenta los procesos biológicos subyacentes. Por otra parte, también ha potenciado su perfil aplicado, prestando un especial interés a los problemas que rodean el envejecimiento y cómo mitigarlos o eliminarlos. Sin duda estas características son parte de las razones que han impulsado la importancia que tienen en este ámbito de estudio las perspectivas psicobiológicas, psicopatológicas y de evaluación.

Sin embargo, pensar de que el envejecimiento equivale únicamente a declive es una simplificación, cuando no una reproducción de algunos de los prejuicios comentados en apartados anteriores (véase cuadro). En los últimos años de la década de los 70 una serie de autores estadounidenses (Schaie, Nesselroade) y europeos (Baltes, Thomae) manifestaron desde el ámbito de la Psicología Evolutiva su insatisfacción con los presupuestos del concepto clásico de desarrollo, proponiendo una nueva perspectiva que tuviera en cuenta la evolución de la persona a lo largo de todo el ciclo vital.

El objetivo fundamental que se plantea desde esta perspectiva, pronto llamada enfoque del ciclo vital, es reintegrar dentro del campo de estudio de la Psicología Evolutiva todas las etapas vitales, reclamando la vida entera como unidad de análisis evolutivo sin enfatizar determinadas edades por encima de otras y con un mismo esquema explicativo común a todas ellas. Según el que es quizá su máximo portavoz, el enfoque del ciclo vital

implica el estudio de la constancia y el cambio en el comportamiento a través de toda la vida (ontogénesis), desde la concepción hasta la muerte. La meta es obtener conocimientos acerca de los principios generales del desarrollo vital y acerca el grado y condiciones de la modificabilidad y plasticidad individual del desarrollo.

(Baltes, 1987; p. 611)

Para permitir esta ampliación del campo de estudio han propuesto una redefinición del concepto de desarrollo. Este nuevo concepto de desarrollo presentaría, entre otras, las siguientes características (Baltes, 1987):

- Multidimensionalidad: los procesos de cambio no afectan de la misma manera a todas las dimensiones del ser humano. En determinado momento evolutivo algunas pueden presentar ganancias mientras, simultáneamente, en otras pueden darse procesos de cambio negativo o pueden permanecer estables. Por otra parte, se deja de considerar que existen etapas vitales de «cambio» (positivo en la infancia, negativo en la vejez), mientras otras son de «estabilidad» (madurez). Cambio y estabilidad son parámetros presentes a lo largo de todo el ciclo vital.
- Énfasis en las diferencias individuales: el desarrollo ya no se concibe como un proceso normativo, sino que, además de reconocer las diferencias intraindividuales, también se reconocen las diferencias interindividuales, producto del intento de adaptarse a las condiciones particulares de vida que afectan al individuo. Esta capacidad plástica del ser humano se mantiene en todas sus etapas vitales, incluida la vejez.
- Desarrollo como co-ocurrencia de pérdidas y ganancias: lejos de entenderse sólo como ganancia, el desarrollo en cualquier momento del ciclo vital es el conjunto de ganancias (cambios hacia una optimización adaptativa de determinada dimensión) y pérdidas (cambios que suponen un deterioro o empeoramiento de la capacidad adaptativa en cierta dimensión). Ningún cambio evolutivo en ninguna etapa es sólo ganancia o sólo pérdida.
- Énfasis en una multicausalidad en el desarrollo, que permitan tener en cuenta no únicamente factores de tipo biológico, sino también las variables de tipo ambiental, social y cultural capaces de configurar la trayectoria evolutiva de las personas.

La aparición de los enfoques del ciclo vital ha supuesto un giro de los estudios del envejecimiento hacia términos más optimistas, potenciando el

estudio de los recursos adaptativos de los seres humanos, la capacidad para superar o compensar ciertas pérdidas asociadas a la edad e incluso la posibilidad de experimentar ciertas ganancias hasta edades muy avanzadas.

### 2.2. La multiplicidad teórica de la psicología del envejecimiento

Una teoría es un conjunto de conceptos y relaciones entre conceptos que pretende describir, explicar y predecir cierta parcela de la realidad. Por una parte, las teorías integran y explican fenómenos y datos que de otra manera no tendrían sentido. Por otra, son capaces de predecir nuevas relaciones entre fenómenos y actúan como guía para plantearse nuevos interrogantes susceptibles de ser respondidos a partir de la realización de estudios científicos. Por ello no es extraño que, en gran medida, la madurez de una disciplina o área de estudio se juzgue a partir de la presencia en ella de teorías coherentes y sistemáticas.

Sin embargo, la psicología en general y la Psicología Evolutiva en particular, se caracterizan por no poseer un marco conceptual unificado que permita describir, explicar y predecir el comportamiento humano y su cambio a lo largo de la vida. Esta situación, lógicamente, se ve reflejada también en las teorías sobre el envejecimiento psicológico: más que una teoría, disponemos de múltiples teorías fragmentarias que presentan diferentes niveles de generalidad (las hay más globales, con la pretensión de dar cuenta de numerosos fenómenos, mientras otras presentan un ámbito de aplicación mucho menor) y también cierta especialización que las hace aplicables a determinado dominio evolutivo y no a otro. Así, por ejemplo, disponemos de teorías que pretenden explicar el cambio cognitivo en la segunda mitad de la vida, mientras otras se centran en el ámbito de la personalidad o en los cambios psicosociales.

Con independencia de ello, algunas teorías proporcionan una visión del envejecimiento como un proceso continuo, sin sobresaltos, en el que es difícil situar el inicio de los cambios en estructuras y funciones, ya que aparecen como evolución de estructuras y funciones muy parecidas que existían con anterioridad. Otras, conciben el envejecimiento como una sucesión de cambios más o menos abruptos, como una secuencia de saltos cualitativos que suponen la aparición o pérdida de nuevas propiedades, de nuevas estructuras o funciones. Desde el primer punto de vista es difícil distinguir etapas o momentos diferenciados dentro del envejecimiento. Desde el segundo, el envejecimiento se puede describir como una secuencia de etapas cualitativamente diferentes entre sí.

Una última dimensión importante a la hora de caracterizar una teoría evolutiva es la medida en la que concibe el cambio como algo provocado por fuerzas internas al individuo o por fuerzas externas a él. Entre las teorías que han optado por una explicación de los cambios de dentro a fuera se encuentran, obviamente, las innatistas y orientadas biológicamente. Para ellas, el cambio es un despliegue de potencialidades que ya se encuentran programa-

das de alguna manera desde el nacimiento. En el otro polo se encuentran aquellas teorías y modelos que conciben los cambios evolutivos motivados por fuerzas externas al individuo, fruto de influencias ambientales, sociales o culturales del contexto en el que ese individuo se sitúa.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos que permiten posicionar unas teorías y modelos respecto a los otros, vamos a describir brevemente algunos de los que más impacto han tenido y tienen en la psicología del envejecimiento. Escogeremos cuatro: el enfoque del procesamiento de la información, la epistemología genética, la teoría de Erikson (y otras relacionadas, basadas todas en los acontecimientos vitales) y la perspectiva del ciclo vital.

### 2.3. El enfoque del procesamiento de la información

La perspectiva del procesamiento de la información es, desde los años 80, uno de los modelos dominantes en el estudio del envejecimiento cognitivo. Aunque también existen aplicaciones del modelo fuera de este ámbito y, sobre todo, aunque el uso de un lenguaje computacional, que procede de este modelo, ha invadido ámbitos no estrictamente cognitivos (en los dominios afectivo, social y de la personalidad), la importancia de estas derivaciones no cognitivas es, comparativamente, mucho menor.

Desde el procesamiento de la información se concibe la mente humana como un sistema que se comporta de manera similar a como lo hacen los ordenadores: un sistema que dispone de elementos que recogen información del medio, que es capaz de operar con ella, de transformarla e integrar en estas operaciones información que ya estaba almacenada en el propio sistema previamente, y que finalmente tiene medios para tomar decisiones y emitir respuestas. En la elaboración de modelos que simulan el funcionamiento de la mente humana, desde el procesamiento de la información se utilizan conceptos como los siguientes:

- El concepto de información como representación simbólica sobre la que opera el sistema cognitivo. Estas representaciones pueden ser de muy diferente naturaleza (espaciales o proposicionales, implícitas o explícitas, declarativas o procedimentales, etc.).
- El concepto de operación o proceso. Desde esta perspectiva, el sistema actúa a partir de la agregación de una serie de unidades básicas de operación que actúan de manera organizada sobre las representaciones: esta actividad cognitiva es el procesamiento de la información. De esta manera, un objetivo de la investigación prioritario desde este enfoque es la determinación de los procesos específicos que intervienen en la resolución de determinada tarea, problema, o situación, y cómo se organizan esos procesos para producir determinado comportamiento, respuesta o rendimiento observable.

- Se asume que el sistema procesador de información humano presenta ciertas limitaciones. Estas limitaciones pueden ser al menos de dos tipos (Flavell, Miller y Miller, 1993): por una parte el número de unidades de información a las que se puede atender o que pueden ser procesadas simultáneamente es limitado, por otra los procesos de codificación, comparación, recuperación, etc. (en general, cualquier proceso cognitivo) necesitan tiempo para ejecutarse y habitualmente han de hacerlo de manera secuencial. Cuando un problema requiere trabajar simultáneamente con más información de la que puede ser procesada al mismo tiempo por el sistema o se le imponen demandas a un ritmo que excede la capacidad del sistema para operar, aumenta la probabilidad de que se fracase en la tarea.

A partir de estos conceptos fundamentales, y tomando el ordenador como fuente inspiradora de hipótesis, se concibe el envejecimiento cognitivo como una progresiva restricción en los límites de procesamiento del sistema cognitivo humano. Es decir, a medida que se envejece las limitaciones del sistema procesador de información son cada vez mayores, lo que compromete en mayor medida la integridad y eficiencia del rendimiento que puede obtenerse.

De esta manera, el envejecimiento se convierte, desde el modelo de procesamiento de la información, en un proceso fundamentalmente de déficit, de pérdida, de declive. Un proceso que, por otra parte, es inverso al que se propone para el desarrollo en la infancia desde este mismo modelo. Al igual que el modelo se emplea para describir y explicar progresos en la infancia, cuando se traspone al estudio del envejecimiento, se trata de explicar por qué los mayores presentan un rendimiento cognitivo menor que los jóvenes.

En la explicación e integración de todas estas diferencias, obtenidas en situaciones experimentales muy variadas, se ha intentado identificar uno o unos pocos factores que cambien con la edad y que puedan ser responsables de esas diferencias (véase capítulo 4).

### 2.4. Epistemología genética y envejecimiento

Como es bien conocido, la teoría de Piaget se centra en el desarrollo de la inteligencia desde el nacimiento hasta la adolescencia. Proporciona una serie de estadios secuenciales por los que pasan las capacidades cognitivas de cada persona y que suponen la aparición de una estructura intelectual superior que subsume a las anteriores. El desarrollo, desde este punto de vista, es irreversible y unidireccional: para llegar a una cierta etapa es necesario haber pasado por las anteriores.

La última etapa piagetiana es la de las operaciones formales. Una vez adquirida en la adolescencia, se supone que sería la propia del pensamiento adulto. Sin embargo, al tratar de evaluar el estadio en el que se sitúan adultos y

mayores, los resultados obtenidos sugieren que estas personas no sólo en general tienen más dificultades de las previstas para resolver tareas correspondientes a los estadios superiores, sino que las dificultades parecían aumentar a medida que eran más mayores. Este efecto aparece, por ejemplo, en tareas de conservación, de adopción de perspectivas o de clasificación (Blackburn y Papalia, 1992). La explicación que se da a estos hallazgos y que intenta unificarlos es la llamada **hipótesis de regresión**, según la cual existiría un declive asociado a la edad y la secuencia de este declive sería inversa a la mostrada en el desarrollo cognitivo infantil. Es decir, a medida que envejecemos se perderían antes aquellas capacidades adquiridas más tardíamente y que son también las más avanzadas, mientras que aquellas de más temprana adquisición, más básicas y sencillas, perdurarían hasta edades más avanzadas.

La hipótesis de regresión dista mucho de tener pruebas empíricas inequívocas y de ser aceptada por la totalidad de los investigadores que se dedican al tema, así como tampoco presenta soporte teórico alguno desde la teoría de Piaget. En su teoría no se contemplan en modo alguno «regresiones» generalizadas. Cada etapa supone una reestructuración total del sistema cognitivo (la consecución de un nuevo equilibrio), lo que es ciertamente incompatible con «marchas atrás». Pero aun cuando los datos empíricos sobre rendimiento de los mayores resultaran indiscutiblemente menores que los de otras edades, todavía se podrían encontrar buenas razones para poner en duda que esos datos pudiesen ser interpretados como «regresiones» y mucho menos como muestra de pérdidas irreversibles de carácter biológico (McDonald y Stuart-Hamilton, 2002). Los factores de tipo generacional son sin duda los más obvios en este sentido: al haber sido extraídos de estudios transversales, los datos aportados no garantizan que no estén reflejando en realidad diferencias respecto a niveles educativos, de salud, etc., entre jóvenes y mayores. Por otra parte, a partir de este tipo de estudios no podemos saber si los mayores han perdido capacidades cognitivas que antes tenían o, por el contrario, demuestran una falta de capacidades que nunca tuvieron.

Sin embargo, la aplicación de las ideas de Piaget al desarrollo más allá de la adolescencia no se limita sólo a la hipótesis de regresión. En los años 80, una serie de investigadores propusieron un nuevo estadio de desarrollo que caracterizaría el tipo de pensamiento que muestran los adultos: el pensamiento postformal. A diferencia del pensamiento operatorio formal y su énfasis en la abstracción y la lógica como elementos que caracterizan el análisis de problemas cerrados y con variables claramente identificadas, los pensadores postformales serían especialmente hábiles en la solución de los ambiguos problemas de la vida cotidiana, unos problemas extremadamente complejos en los que estarían implicados factores emocionales y sociales difícilmente reducibles a entidades abstractas con las que operar de manera exclusivamente lógica. Como veremos en el capítulo 5, este estadio postformal se caracterizaría por el relativismo, la aplicación de un pensamiento dialéctico, una habilidad para extraer de situaciones ambiguas aquellos aspectos

clave que definen el problema y por una mayor integración entre emoción y cognición.

El pensamiento postformal es una manera de extender más allá de la adolescencia y el fin de la maduración biológica la idea clásica de desarrollo como sólo ganancia. No obstante, a pesar de su relevancia para el estudio del pensamiento adulto, es más dudoso que lo sea cuando lo que interesa es el aprendizaje mayor. Desde esta perspectiva ni se contemplan diferencias evolutivas dentro de la adultez ni metas evolutivas ajenas al progreso y la ganancia. Esto, cuando tenemos en cuenta a las personas mayores y el proceso de envejecimiento, donde la probabilidad de experimentar ciertas pérdidas aumenta (o al menos lo hace la probabilidad de no experimentar ganancias claras), limita su utilidad como marco de referencia para comprender el aprendizaje en las últimas décadas de la vida.

### 2.5. Erikson y las tareas evolutivas

La teoría de Erikson destaca por ser una de las primeras que afronta el desarrollo desde una perspectiva que incluye todo el ciclo vital humano.

Aunque Erikson se encuadra dentro de la corriente psicoanalítica, su teoría se aleja bastante de la propuesta original de Freud. Según Wrightsman (1994) sus diferencias con la ortodoxia freudiana se centran básicamente en dos puntos:

- Mientras Freud se centra sobre todo en la dinámica del inconsciente, Erikson lo hace en el yo como entidad unificadora que asegura la coherencia del comportamiento de la persona. Para él, la función del yo no es tanto la de evitar ansiedades, sino asegurar el mantenimiento de un comportamiento efectivo, y su teoría es una propuesta de cómo el yo evoluciona y adquiere cada vez más competencias a lo largo de la vida.
- Erikson rechaza el énfasis en los impulsos sexuales y las fuerzas biológicas como determinantes del comportamiento. Para él, es la sociedad la que funciona como guía en las elecciones del individuo. Su teoría es fundamentalmente una teoría de la relación del yo con el contexto social que le circunda y sus demandas.

Erikson (1982) entiende el desarrollo como una secuencia de ocho etapas normativas predeterminadas. Cada una de esas etapas confronta al individuo con una crisis o dilema de carácter psicosocial. Si el individuo supera con éxito esa crisis, agrega una nueva cualidad a su yo que le fortalece y le pone en disposición de afrontar nuevas crisis. Si, por el contrario, la crisis no es bien resuelta, dejará residuos neuróticos en la persona y, de alguna manera, dificultará el afrontamiento de nuevas crisis y la incorporación de las nuevas cua-

lidades que se ponen en juego en ellas. Este polo amenazante que se pone en juego en cada una de las etapas es, para Erikson, necesario para crecer. Las cualidades susceptibles de ser adquiridas sólo tienen sentido (y son valoradas por la persona) si no son dadas por supuestas, sino que implican ciertas dificultades y tienen un opuesto que es necesario evitar.

En la segunda mitad de la vida Erikson sitúa dos etapas (véase también capítulo 7):

- La **generatividad** sería el tema de la media edad, y se relaciona con el compromiso de la persona por la creación y mantenimiento de algo que vaya más allá de él mismo, que de alguna manera vaya a sobrevivirnos. Las competencias asociadas al ejercicio de la generatividad son la responsabilidad y el cuidado. La persona que no es capaz de lograr esta generatividad puede caer en su contrario, el estancamiento, que supone focalizarse sólo en uno mismo, valorando la seguridad y comodidad personal por encima de la asunción de nuevos desafíos vitales.
- La **integridad** está vinculada a la vejez, y se relaciona con la evaluación de la propia vida como todo lo significativo que ha merecido la pena ser vivido, lo que a su vez permite aceptar la propia finitud y la muerte. Lograr esta integridad promovería la adquisición de la sabiduría. Por el contrario, una resolución negativa de la crisis propia de esta etapa conllevaría un arrepentimiento y remordimientos en relación a decisiones tomadas en el pasado.

Como vemos, la teoría de Erikson considera aspectos de pérdida y de ganancia al mismo tiempo, como resoluciones posibles de unas encrucijadas normativas. Por lo tanto, aunque cada edad tiene un cierto tema o dilema típico, el envejecimiento no es normativo, ya que se contempla como un proceso abierto que puede suponer tanto pérdida como ganancia en función de cómo la persona sea capaz de afrontar y resolver cada una de las encrucijadas. Puede haber maneras de envejecer ciertamente muy negativas, dominadas por el aislamiento, el estancamiento, con sentimientos de culpa, depresivos y con temor a la muerte, pero también puede haber trayectorias de envejecimiento altamente positivas, como cuando el individuo es capaz de expandir su capacidad creativa, de comprometerse con su entorno y de asumir los errores y éxitos que ha cometido conservando, pese a todo, un sentimiento de satisfacción en relación con su propio devenir evolutivo.

Esta idea eriksoniana de cuestiones psicosociales propias de determinadas edades que las personas han de resolver a medida que se hacen mayores tuvo su eco en el importante concepto de **tarea evolutiva**. Para Havighurst (1972) las tareas evolutivas se entienden como un reto, objetivo o meta que la sociedad espera que la persona cumpla en determinado intervalo de edad. Su ejecución satisfactoria por una parte aumenta el sentido de competencia y la



estima de la persona dentro de su comunidad y, por otra, sirve como preparación para afrontar futuras nuevas tareas.

Featherman, Smith y Peterson (1990) identifican tres componentes en el concepto original de tarea evolutiva. En primer lugar, para poder completar con éxito una determinada tarea la persona tiene que haber alcanzado previamente un cierto nivel de madurez biológica, física y psicológica. En segundo lugar, las tareas son impuestas por una sociedad y cultura, secuenciándolas por edades y niveles madurativos. Por último, a través de un continuo proceso de socialización, el cumplimiento de las diferentes tareas tiende a convertirse en una aspiración del propio individuo, en sus metas vitales a lo largo de la vida.

Al igual que Erikson, Havighurst (1972) divide la vida en una serie de periodos y asigna a cada uno de ellos una serie de tareas evolutivas. Estas etapas, con sus logros asociados (y en comparación con las de Erikson) podemos observarlas en la tabla 1.1. De esta manera, las tareas evolutivas implican una estructuración a priori del ciclo vital que explica el parecido en el desarrollo evolutivo de las personas (incluso en el desarrollo más allá de la adolescencia) que pertenecen a la misma cultura. Obviamente, debido a la determina-

**Tabla 1.1. Etapas de Erikson y las tareas evolutivas de Havighurst en la segunda mitad de la vida**

Edad	Erikson	Havighurst
30-60 años	Generatividad frente a estancamiento.	Favorecer la asunción de responsabilidades y bienestar de los hijos. Lograr una responsabilidad cívica adulta. Alcanzar y mantenerse en unas cotas profesionales satisfactorias.
	Cualidad resultante: Cuidado.	Desarrollar actividades de ocio adultas. Relacionarse con la pareja en tanto persona. Aceptar y ajustarse a los cambios fisiológicos de la mediana edad. Adaptarse al envejecimiento de los padres.
Más de 60 años	Integridad frente a desesperanza.	Adaptarse a una fuerza física y salud en declive. Adaptarse a la jubilación y redireccionar la energía hacia nuevos roles y actividades. Desarrollar un punto de vista sobre
	Cualidad resultante: Sabiduría.	la muerte y adaptarse a la muerte de la pareja y viudedad. Ajustar y establecer un hábitat físico de vida satisfactorio.

ción psicosocial de las tareas evolutivas, es plausible no sólo que sean diferentes de una comunidad a otra, sino que dentro de una misma comunidad existan cambios históricos en el tipo de demandas y retos que ha de afrontar la persona en determinadas edades. Por ello, es probable que las tareas propuestas por Havighurst en los años 70 no sean exactamente las mismas que las que se plantean en las sociedades actuales en edades similares.

### 2.6. El enfoque del ciclo vital

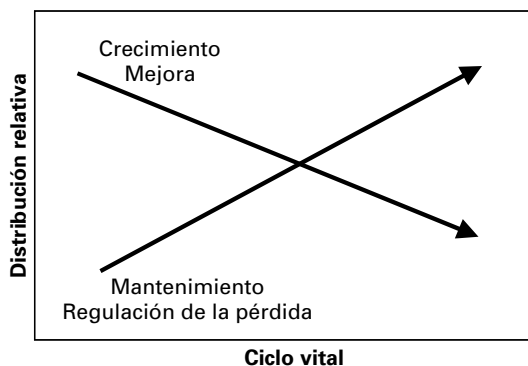
El enfoque del ciclo vital es uno de los marcos de comprensión del envejecimiento más importantes en la actualidad y que más investigación genera. Más que ser una teoría, el enfoque del ciclo vital es un conjunto de principios generales sobre el desarrollo a lo largo de la vida que pueden ser aplicados en la elaboración de modelos más concretos que den cuenta del cambio en periodos vitales y/o ámbitos evolutivos más específicos (Villar, 2005).

El objetivo principal que motivó la aparición de esta perspectiva es la crítica de la visión clásica del desarrollo, que como hemos visto anteriormente, se asocia sólo a ganancia y se limita a las primeras décadas de la vida. En su lugar se propone un concepto de desarrollo más complejo y diverso en el que se pueda incluir el cambio a lo largo de toda la vida. En epígrafes anteriores hemos visto como desde el ciclo vital esto se lleva a cabo enfatizando aspectos como la multidireccionalidad, las diferencias individuales y la concurrencia de pérdidas y ganancias en todos los momentos de la vida. Para Baltes (Baltes, Lindenberger, Staudinger, 1998), el desarrollo incluye tres aspectos o metas:

- El crecimiento, que supondría la visión tradicional del desarrollo como ganancia y consecución de niveles de funcionamiento cada vez más eficientes o complejos.
- El mantenimiento, entendido bien como los intentos destinados a sostener el nivel de funcionamiento actual en situaciones de riesgo o bien como el retorno a niveles previos de funcionamiento tras haber experimentado una pérdida.
- La regulación de la pérdida, entendida como la reorganización del funcionamiento en niveles inferiores tras una pérdida que hace imposible el mantenimiento de niveles anteriores.

Aunque los tres aspectos están presentes a lo largo de toda la vida, la energía y los recursos que la persona emplea en cada meta del desarrollo cambian a lo largo de los años. Así, el desarrollo es básicamente crecimiento en los primeros años de la vida. Poco a poco, el mantenimiento y la regulación de la pérdida van ganando peso hasta que en las últimas décadas acaparan la mayoría de los recursos, aunque siempre hay posibilidad de que la ganancia esté también presente (véase figura 1.2).

**Figura 1.2. La distribución de la importancia de las diferentes metas del desarrollo cambia a lo largo del ciclo vital, aunque todos están presentes en todas las etapas**



Por otra parte, desde la perspectiva del ciclo vital también se ofrece una nueva visión de los determinantes del desarrollo, es decir, de los factores que influyen en la configuración de las trayectorias evolutivas personales. Más allá de la tradicional división entre biología y cultura, Baltes (1987) plantea la existencia de tres tipos de influencia principales:

- **Influencias normativas relacionadas con la edad:** son aquellos factores biológicos o socioambientales que afectan a todos los individuos de una determinada comunidad en ciertos momentos determinados de su vida, en ciertos intervalos de edad. Son los factores que hacen que todos los individuos de esa comunidad se parezcan entre sí. Factores de este tipo son, por ejemplo, el proceso de maduración biológica, la inmersión de la persona en sistemas educativos con currícula estandarizados o, si nos alejamos de las primeras décadas de la vida, el proceso de envejecimiento físico o la jubilación obligatoria a una edad determinada.
- **Influencias normativas relacionadas con la historia:** son aquellos factores biológicos o socioambientales que suceden en cierto momento histórico y afectan sólo a individuos de determinada generación o de manera diferencial a personas de diferentes generaciones. Son los responsables de que las personas de una misma generación se parezcan y compartan ciertas características. Las creencias sobre cómo educar a los hijos, el proceso de innovación tecnológica, las guerras, o la aparición de nuevas enfermedades serían factores de este tipo.
- **Influencias no normativas:** son aquellos factores biológicos o socioambientales que afectan sólo a cierto individuo o grupo muy concreto de individuos dentro de una determinada comunidad. Serían los responsables de que, pese a todo, las personas de la misma edad y la mis-

ma generación sigan diferenciándose entre sí. Este tipo de factores son, obviamente, menos predecibles y susceptibles de control, y entre ellos podríamos citar, por ejemplo, las características genéticas idiosincrásicas o acontecimientos vitales tan variados como quedarse huérfano de manera temprana, tener un trabajo que permita viajar por el mundo, contraer una enfermedad grave o que te toque la lotería.

Como vemos, en este esquema el aspecto social y cultural es al menos tan importante como el biológico y es capaz de influir en nuestra vida de las tres maneras: homogeneizando las trayectorias vitales (de manera similar a las tareas evolutivas que hemos visto en páginas anteriores), diferenciando a unas generaciones de otras y ofreciendo un conjunto de experiencias personales que nos hacen únicos. Por otra parte, el papel de la cultura es especialmente importante para que las tres metas de desarrollo (ganancias, mantenimiento, regulación de la pérdida) puedan seguir apareciendo en las últimas décadas de la vida, cuando los recursos biológicos tienden a orientarnos claramente a la pérdida. A partir de los conocimientos y los instrumentos que la cultura pone a nuestra disposición, podemos compensar (al menos en parte y hasta cierto momento) esas pérdidas y ser capaces, incluso, de promover nuevas ganancias.

Aunque los tres tipos de influencia aparecen durante todo el ciclo vital y ayudan a configurar nuestra trayectoria evolutiva, su importancia no es la misma en todos los puntos del ciclo vital. Baltes (1987) argumenta que durante la infancia los factores más relevantes son aquellos normativos relacionados con la edad, precisamente aquellos que enfatizan la regularidad y homogeneidad de los cambios. Estos factores son relativamente poco importantes durante la vida adulta, y únicamente en la vejez, a causa de la acentuación del declive biológico o la pérdida de ciertos roles, vuelve a aumentar su influencia. Los factores normativos relacionados con la historia, en cambio, son especialmente relevantes en adolescencia y juventud, momentos en los que experimentar ciertos hechos históricos puede marcarnos para toda la vida y determinar nuestra conciencia de pertenecer a determinada generación con una actitud, problemática y oportunidades comunes. Las influencias no normativas, por su parte, incrementan su importancia a medida que pasan los años. En el caso de la vejez, se relacionan, por ejemplo, con el riesgo de enfermedades o de pérdida inesperada de personas queridas, aspectos que pueden determinar el modo en el que se vive esta etapa. Por otra parte, si bien los tres tipos de factores pueden actuar como facilitadores de ganancias o como provocadores de pérdidas en todos los momentos de la vida, a medida que envejecemos el balance se desplaza cada vez más hacia la pérdida.

Un último aspecto especialmente relevante es el papel de la **capacidad adaptativa** del ser humano. El desarrollo, desde este punto de vista, no se entiende únicamente ni como el despliegue de un programa biológico preestablecido ni como la expresión de un conjunto de fuerzas culturales. Más bien, se entiende como un proceso activo en el que el individuo también participa,

dentro de los límites impuestos por ciertas restricciones biológicas y culturales, en la determinación de su propia trayectoria vital. Este papel activo de la persona implica tanto la reacción y el afrontamiento de los cambios que experimentamos (y que pueden ser hasta cierto punto impredecibles) como la planificación de objetivos y la generación de condiciones para conseguir ciertos estados futuros deseados.

De esta manera, desde la perspectiva del ciclo vital se entiende que los seres humanos están dotados de cierta **plasticidad** comportamental, entendida como el nivel de flexibilidad y el potencial de cambio que poseemos para poder abordar las demandas y los desafíos que encontramos a lo largo de la vida (Staudinger, Marsiske y Baltes, 1995). El envejecimiento limita en alguna medida esta capacidad plástica y, a medida que nos hacemos mayores, el rango y el potencial del cambio son progresivamente menores, aunque siempre están presentes en alguna medida. Únicamente en casos extremos (por ejemplo, vejez muy avanzada o aparición de enfermedades neurodegenerativas como las demencias) estos niveles de plasticidad decaen de manera drástica.

Concretando en mayor medida las capacidades adaptativas del ser humano, Baltes y sus colaboradores (Baltes y Baltes, 1990) entienden el desarrollo como la puesta en marcha y coordinación de tres tipos de estrategias o procesos adaptativos: la selección, la optimización y la compensación.

La **selección** se refiere a la elección, consciente o no, de determinados objetivos o dominios de comportamiento como espacio de desarrollo. Hemos de tener en cuenta que nos desarrollamos en un contexto individual y social en el que los recursos son limitados, por lo que no es posible conseguir todo lo que deseamos durante todo el tiempo. Por ello, seleccionar de entre las posibles trayectorias evolutivas una o unas pocas como el foco de nuestro desarrollo resulta no solo inevitable, sino un proceso muy adaptativo. Obviamente, seleccionar determinada trayectoria evolutiva implica, necesariamente, descartar otras alternativas.

En este proceso de selección puede influir cierta canalización biológica (o incluso genética) que restringe el abanico de posibilidades entre las que escogemos o que puede predisponernos hacia la selección de determinados caminos y no otros. Las influencias, sin embargo, no son sólo biológicas: existen presiones sociales y culturales hacia una especialización de nuestra trayectoria vital, y ciertos caminos evolutivos se nos presentan como más deseables que otros. Al llegar a ciertos momentos vitales nos enfrentamos a encrucijadas en las que elegimos (y se nos induce a elegir) unas trayectorias y no otras. Estos factores socioculturales, relacionados con la secuencia característica de tareas evolutivas vinculadas a ciertas edades y con variables como la clase social, el género, los valores familiares, etc., condicionan tanto las alternativas posibles como las trayectorias escogidas.

Desde este punto de vista se distingue entre dos tipos de selección (Freund y Baltes, 1999): la selección electiva, que implica elegir entre ciertas metas o trayectorias evolutivas entre un abanico de posibilidades, y la selección basada

en pérdidas, que es el resultado de una disminución de los recursos necesarios para conseguir nuestras metas o seguir ciertas trayectorias. En este último caso, la selección implica concentrarse en ciertas metas fundamentales y desechar otras menos importantes, redefinir nuestro sistema de prioridades o incluso elegir metas alternativas que todavía son alcanzables con los recursos disponibles.

Aunque ambos tipos de selección aparecen a lo largo del ciclo vital, la adolescencia y juventud son momentos típicos en los que la selección electiva desempeña un papel fundamental, ya que hemos de decantarnos por cierta trayectoria de formación y profesional, por mantener el contacto afectivo con unas personas y no otras, por emplear nuestro tiempo limitado en ciertas tareas de ocio y no en otras, etc. En la vejez, debido a la especial limitación de recursos que supone, la selección basada en pérdidas es un aspecto clave y para muchas personas mayores resulta adaptativo el sacrificio de ciertas metas y ámbitos de desarrollo para continuar apostando por el mantenimiento o incluso crecimiento en otros ámbitos que se valoran en mayor medida.

En suma, la selección es el proceso relacionado con la creación y la elección del rumbo que va a tener nuestro desarrollo y la gestión de los recursos, por naturaleza limitados, de los que disponemos todos los seres vivos (Marsiske, Lang, Baltes y Baltes, 1995). La selección centra el desarrollo en ciertas áreas y hace más manejable el número de desafíos, amenazas y demandas potenciales con los que se va a encontrar la persona.

Por su parte, la **optimización** es el proceso de regular el desarrollo para que se puedan alcanzar los niveles más deseables de funcionamiento. Si la clave de la selección estaba en establecer metas, la clave de la optimización está en los medios y recursos para alcanzar esas metas de la manera lo más eficiente posible. Una vez hemos escogido ciertas trayectorias o dominios evolutivos, la persona ha de explotar los recursos a su alcance (biológicos, psicológicos, socioculturales) para maximizar, dentro de las restricciones en las que nos movemos, su funcionamiento en esas trayectorias o dominios.

Durante toda la vida, la optimización funciona como un proceso que nos hace especialistas o expertos en ciertos ámbitos evolutivos que hemos previamente seleccionado. Esta optimización se consigue a partir de la inversión de tiempo y recursos en la formación o la práctica, para ser cada vez más eficientes. En el mismo sentido, la búsqueda y creación de entornos que potencien las trayectorias evolutivas deseadas también puede considerarse parte de este proceso de optimización. En la vejez, los procesos de optimización orientados hacia el crecimiento y la mejora pueden continuar, pero cada vez son más importantes aquellos orientados hacia otras metas evolutivas, como el mantenimiento de los niveles de excelencia previamente alcanzados en determinado dominio, de manera que ese dominio pueda resistir el aumento de la probabilidad de pérdidas a medida que envejecemos.

Por último, la **compensación** es el proceso relacionado con la respuesta que damos a una ausencia o pérdida de un medio o recurso relevante para la

consecución de nuestras metas evolutivas. La compensación puede implicar procesos y estrategias muy variadas, como por ejemplo:

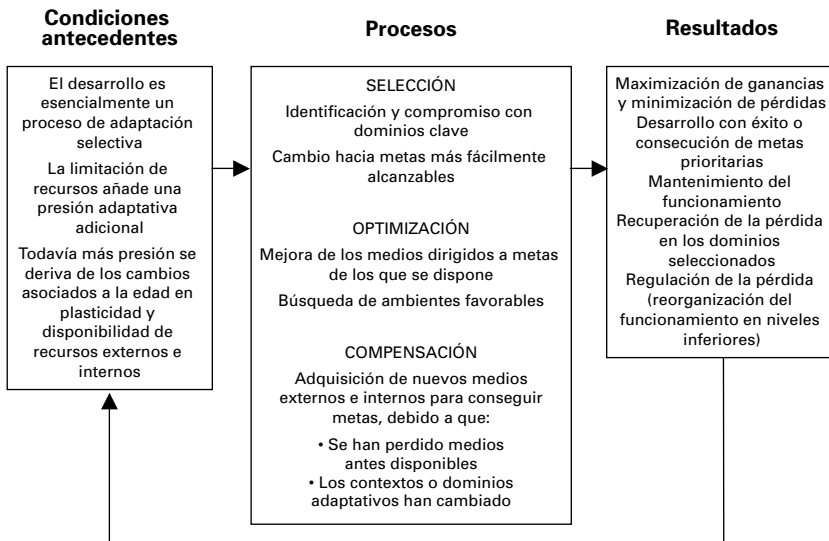
- La adquisición de nuevos medios o nuevas competencias necesarias que supongan caminos alternativos para sustituir a los que se han perdido o faltan.
- El incremento en el esfuerzo, energía o tiempo dedicados a la consecución de nuestras metas o al mantenimiento de ciertas competencias o habilidades.
- El uso de instrumentos tecnológicos o la asistencia de terceras personas que nos ayuden a conservar un determinado nivel de funcionamiento a pesar de las pérdidas en los medios para hacerlo por nosotros mismos.

En el caso del envejecimiento ciertas pérdidas asociadas a la edad pueden desencadenar la puesta en marcha de procesos de compensación que actúan como un elemento clave para mantener un funcionamiento adaptativo, buscando medios y recursos alternativos que nos permitan seguir accediendo a metas evolutivas que para nosotros son importantes. Por ejemplo, la muerte de la pareja en la mayoría de las ocasiones es una pérdida que daña nuestra capacidad para sostener una meta evolutiva fundamental, la de expresar y obtener afecto y apoyo emocional. A partir de esta situación, se pueden poner en marcha procesos de compensación que impliquen la sustitución de la pérdida para garantizar que esas metas emocionales puedan ser todavía accesibles, como por ejemplo implicándose en mayor medida con los hijos, estableciendo nuevas amistades o estrechando las que ya se tenían, o incluso buscando una nueva pareja.

En resumen, a partir de la integración de la puesta en marcha y coordinación de los tres procesos expuestos (selección, optimización, compensación) la persona trata de conseguir las tres principales metas evolutivas: el crecimiento (o mejora en los niveles de funcionamiento), el mantenimiento del funcionamiento y la regulación de la pérdida (véase figura 1.3). En el caso de los cambios en la segunda mitad de la vida, estos procesos adaptativos son esenciales para conseguir envejecer de manera satisfactoria (Freund, Li y Baltes, 1999). En consecuencia, envejecer satisfactoriamente se define desde este punto de vista como la consecución de metas evolutivas en determinados dominios de comportamiento que la persona considera importantes (sin especificar cuáles, pueden ser diferentes para cada persona y vinculados a ámbitos como el trabajo, las relaciones con familiares o amigos, ciertas actividades de ocio, la autonomía personal, etc.) a partir de la puesta en marcha de esos tres procesos adaptativos.

Por otra parte, estos principios evolutivos propuestos por el enfoque del ciclo vital son genéricos y pueden aplicarse en forma de modelos más concretos a múltiples ámbitos del estudio evolutivo en general y del envejeci-

**Figura 1.3. El modelo de adaptación selectiva con compensación, la versión del ciclo vital para dar cuenta del envejecimiento satisfactorio**



miento en particular. Así se han propuesto modelos fundamentados en los principios del ciclo vital para la comprensión, entre otros aspectos, del envejecimiento cognitivo (véase capítulo 5), del cambio en la personalidad de identidad en la segunda mitad de la vida (véase capítulo 7) o de los cambios socioemocionales en la vejez (Carstensen, Fung y Charles, 2003).

### 3. Métodos de investigación en psicología del envejecimiento

Los aspectos que caracterizan con mayor propiedad una disciplina son los métodos y los procedimientos mediante los cuales obtiene sus datos y construye sus teorías, es decir, describe y explica los fenómenos bajo estudio. En el contexto de la Psicología Evolutiva la metodología utilizada viene condicionada tanto por la concepción concreta del desarrollo que subyace a cualquier investigación como por la naturaleza de los problemas que se investigan (Baltes, Nesselroade, 1979).

El ámbito la Psicología Evolutiva que trata de la vejez y el envejecimiento comparte los problemas propios de la metodología científica y de las otras etapas del ciclo vital. Tanto los estudios experimentales, como los basados en la observación o las encuestas y cuestionarios se usan al igual que en otras áreas. Pero a diferencia de otros estudios psicológicos, aquí el interés se centra fundamentalmente, no solo en describir fenómenos de desarrollo, sino también en como podemos medir el cambio evolutivo a lo largo del ciclo vi-



tal. Además debemos tener en cuenta problemas metodológicos particulares cuando estudiamos personas mayores.

Según Martínez Arias (1983) los diversos métodos y sus diseños pueden clasificarse con arreglo a múltiples parámetros. Entre ellos, podemos distinguir los siguientes:

- El grado de manipulación de la variable experimental-control situacional, que nos lleva a distinguir entre métodos experimentales, cuasi-experimentales y correlacionales (Morales, 1981).
- Las unidades comportamentales impuestas en el registro de datos, que pueden definirse basándose en pruebas psicométricas o basándose en escalas o categorías conductuales, las cuales pueden ser cuantitativas, ordinales o puramente nominales (definidas en términos cualitativos o descriptivos).
- La dimensión temporal de la recogida de datos, que constituye un aspecto de especial relevancia en Psicología Evolutiva, y que nos lleva a distinguir entre los diseños de tipo transversal y longitudinal simple, secuencial y longitudinal mixto (Nesselroade y Baltes, 1979; Vega, 1983).
- La naturaleza de la situación en la que se lleva a cabo la recogida de datos, según se trate de los ambientes naturales en los que se producen los fenómenos o de ambientes artificiales, como los que encontramos en el laboratorio y en la clínica.
- A las dimensiones anteriores debemos añadir las diversas y a menudo complejas técnicas de análisis de datos, que abarcan desde la explicación estrictamente cualitativa de los mismos hasta los diversos procedimientos que la estadística pone a nuestro alcance.
- Otra cuestión es la referente a la generalización de los resultados de las investigaciones, aspecto especialmente complicado en los estudios sobre envejecimiento. Como señalan Schaie y Willis (2003), para generalizar a lo largo del tiempo y la edad, necesitamos tener en cuenta el hecho de que las poblaciones cambian con el tiempo y que cada vez que seleccionamos una muestra que difiere en edad, estamos tratando con individuos que pertenecen a poblaciones diferentes. Los cambios drásticos en los niveles de educación, estatus profesional, ingresos y movilidad en las sucesivas generaciones afectan prácticamente a todas las conductas que estudian los investigadores. Así, cualquier estudio que empareje estas características exactamente en los diferentes grupos de edad estará al mismo tiempo introduciendo sesgos en el grado de representatividad de estas submuestras respecto de su cohorte.

También hay problemas para generalizar muestras especiales de ancianos/as con patologías conocidas a individuos sanos que viven en su comunidad. Aunque está claro que es imposible igualar a los grupos de jóvenes y an-

cianos en función de la incidencia de ciertas enfermedades, todavía es necesario tener presente el impacto de la enfermedad en la conducta en los estudios comparativos de edades. En cualquier acontecimiento, siempre es necesario tener en cuenta las características demográficas y de salud de los participantes en el estudio, de forma que podamos saber en qué medida los resultados pueden ser relevantes para poblaciones con diferentes características.

### 3.1. Diseños de investigación

El problema central con el que nos encontramos en Psicología Evolutiva, es la distinción entre **cambio con la edad** y **diferencia de edad**. En el primer caso nos referimos al cambio que se experimenta a medida que nos hacemos mayores. Por ejemplo, probablemente la actividad motriz de una persona de 70 años no sea tan rápida como la de una de 30. En cuanto a la segunda distinción nos referimos a las diferencias que surgen al comparar dos personas de diferentes edades. La diferencia de edad no refleja necesariamente cambios con la edad, unas veces sí y otras no (Schaie y Willis, 2003).

El estudio de los cambios y las diferencias en la edad obtiene sus datos a través de dos tipos de diseños: transversales y longitudinales.

- El diseño **transversal** compara grupos de personas de diferentes edades en un mismo momento, por tanto permite registrar diferencias en la edad.
- El diseño **longitudinal** implica observar a los mismos participantes a lo largo del tiempo, por tanto, en este caso obtenemos datos sobre cambios en la edad.

Los estudios transversales son mayoritarios porque son relativamente poco costosos y de corta duración, ya que es posible reunir en poco tiempo datos que pertenecen a personas de diferentes edades. Sin embargo, presentan un grave problema: las personas de diferentes edades no solo pueden verse afectadas por procesos de cambio evolutivo, sino también por pertenecer a generaciones diferentes, por tanto las diferencias de edad obtenidas pueden ser debidas a cambios relacionados con la edad, pero también a otro tipo de factores, como los relacionados con la generación.

Los diseños **longitudinales** intentan superar estos problemas. Para obtener los datos se hace un seguimiento de los participantes durante un tiempo y se toman las medidas en diferentes momentos temporales. De la comparación de estas medidas se podrían derivar los cambios experimentados, ya que se compara siempre un mismo grupo, no grupos de diferentes generaciones. Sin embargo, este tipo de diseños también presentan problemas. En primer lugar, son estudios de alto coste y se necesita mucho tiempo para completarlos. Además, hay que asumir el riesgo de perder participantes (ya sea por enfer-

**Tabla 1.2. Ventajas e inconvenientes de los diseños transversales y longitudinales (adaptado de Triadó, Martínez y Villar, 2000; p. 36)**

	<b>Estudio transversal</b>	<b>Estudio longitudinal</b>
<b>Definición</b>	Una misma prueba aplicada en un mismo momento temporal en muestras de edades diferentes.	Una misma prueba (o equivalente) aplicada en la misma muestra en momentos temporales diferentes.
<b>Ventajas</b>	Economía del diseño: obtención de todos los datos en un mismo momento.	Posibilidad de estudiar el cambio intraindividual al mantener constante el efecto de la generación.
<b>Inconvenientes</b>	Confusión entre factores asociados a la edad y factores generacionales. En sentido estricto, no podemos derivar cambios asociados a la edad con este tipo de diseño.	Coste elevado: se puede tardar mucho tiempo en reunir datos, necesidad de un gran apoyo institucional. Pérdida no aleatoria de muestra entre punto y punto de medida: muerte experimental. Confusión entre factores asociados a la generación y al tiempo de medida.

medad, por cansancio o incluso por muerte). También se debe considerar que en un estudio longitudinal no se pueden distinguir los efectos del desarrollo y los históricos del clima social cambiante. Este efecto puede ser importante, por ejemplo, en estudios de opiniones o actitudes (Vega, 1983). Por ejemplo si hacemos un estudio sobre las opiniones respecto a la homosexualidad y preguntamos a un mismo grupo de personas a los 20, 30, 40, 50 y 60 años de edad, si los resultados muestran un cambio de actitud, no sabemos exactamente si es debido a un cambio evolutivo (las personas cambiarían sus actitudes hacia la homosexualidad a medida que envejecen) o si se debe a un cambio histórico en el grado de tolerancia hacia la homosexualidad que se reflejaría en las opiniones individuales de las personas de la muestra estudiada. Por último, también se ha de tener en cuenta que si medimos lo mismo en diferentes momentos y en las mismas personas, se pueden producir efectos de aprendizaje que pueden influir en los resultados.

Muchas de las dificultades de los diseños transversales y longitudinales se pueden solucionar con aproximaciones más complejas como los diseños **secuenciales** (Schaie, 1965, 1994).

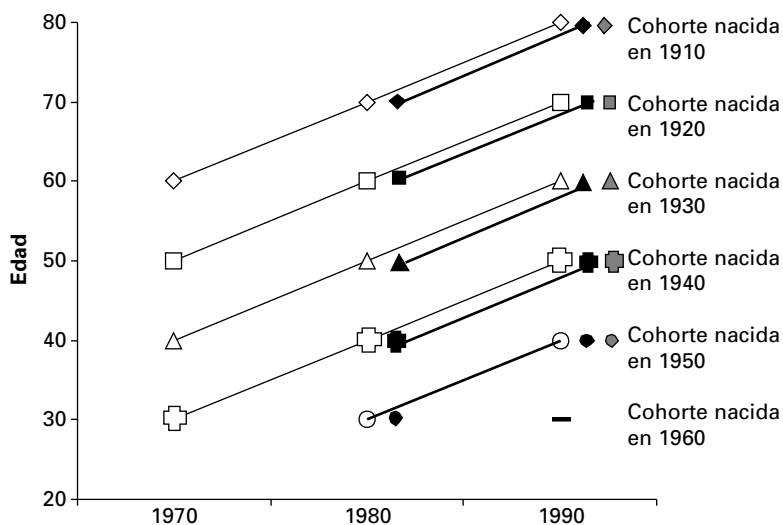
Una secuencia transversal consiste en dos o más estudios transversales, que cubren un mismo intervalo de edad y se realizan en dos o más momentos temporales. Por ejemplo, imaginemos que en el año 2000 iniciamos una in-

vestigación para la que recogemos grupos de edad que varían desde los 20 hasta los 80, para después repetir el estudio en el año 2020 con una muestra nueva de participantes en cada grupo de edad, desde los 20 hasta los 80 años.

Una secuencia longitudinal consiste en dos o más estudios longitudinales que usan dos o más cohortes. Por ejemplo, pensemos en un estudio longitudinal de cambios con la edad para el que recogemos una muestra de jóvenes de 20 años en 1990 (la cohorte nacida en 1970) con la intención de observar a cada uno de estos sujetos una vez cada 10 años hasta que tengan los 80 años. Esto es un estudio longitudinal simple. En el año 2000, sin embargo, empezamos un segundo estudio longitudinal del mismo intervalo de edad eligiendo una nueva muestra de jóvenes de 20 años de la cohorte de 1980. Estos dos estudios longitudinales son el caso más simple de secuencia longitudinal (Schaie y Willis, 2003)

Schaie (1994, 2005) ha realizado una gran cantidad de estudios sobre metodología de investigación en desarrollo adulto y ha propuesto lo que denomina «el diseño más eficiente». Este diseño es una combinación de secuencias transversales y secuencias longitudinales creadas de forma sistemática. Se empieza con un estudio transversal, después de varios años se vuelven a evaluar los mismos participantes, lo que proporciona datos longitudinales de varias cohortes (una secuencia longitudinal). Al mismo tiempo se evalúa un

Figura 1.4.



El diseño más eficiente, según Schaie. En cada punto de medida se recoge y vuelve a medir las muestras longitudinales y se vuelven a recoger muestras transversales que en posteriores puntos de medida serán también seguidas longitudinalmente.

Diferentes símbolos (rombo, cuadrado, triángulo, cruz, círculo, raya) representan muestras de diferentes generaciones. En cada generación, el patrón (blanco, negro, rayado) identifica muestras diferentes.

nuevo grupo de personas que, junto con el primer estudio transversal, forma una secuencia transversal. Este proceso completo se puede repetir una y otra vez cada 5 o 10 años, por ejemplo reevaluando a los participantes antiguos (añadiendo datos longitudinales) y evaluando por primera vez a sujetos nuevos (añadiendo datos transversales).

Schaie y Willis (2003) plantean el siguiente ejemplo: supongamos que vamos a evaluar el CI de cuatro grupos de participantes que varían en edad de los 30 hasta los 60 en 1980 (estudio transversal clásico). En 1990 reevaluamos a tantos participantes de la antigua muestra como podamos encontrar. Estos datos indicarán, para las cuatro cohortes, qué ha pasado con las puntuaciones medias de CI cuando los participantes son 10 años mayores. Al mismo tiempo reunimos nuevos participantes de las mismas edades de los primeros y evaluamos su CI por primera vez. Se podría añadir una nueva cohorte de personas que, en el momento de la segunda evaluación, tuvieran 30 años para que el segundo estudio transversal sea comparable con el primero. El segundo estudio transversal debería proporcionar resultados similares a los del primero; si no lo hiciera, tendríamos una clave interesante acerca de la naturaleza del desarrollo intelectual. En el año 2000, reevaluamos a la primera muestra (la que empezó en 1980) por tercera vez, añadiendo más datos a la secuencia longitudinal. También reevaluamos a los participantes que eran nuevos en 1990, añadiendo una secuencia longitudinal completamente nueva. Finalmente, reunimos nuevos participantes para formar una tercera réplica de nuestro estudio transversal. Con este diseño se puede generar una riqueza de datos extraordinaria.

Tanto los estudios secuenciales como el «diseño más eficiente» de Schaie implican un coste y un esfuerzo (gran cantidad de muestras, muchos años de seguimiento, etc.) que son difíciles de asumir.

### 3.2. Metodología de investigación

#### 3.2.1. El método experimental

La metodología experimental se orienta a establecer relaciones causales entre fenómenos. Según Wohlwill (1973), la introducción de la metodología experimental ha contribuido, más que ningún otro factor, a fundamentar la Psicología Evolutiva en el ámbito más general de la psicología. En esencia, un experimento consiste en aislar una serie de factores o variables simples y evaluar como la manipulación de ciertas de esas variables (variables independientes) afecta al modo en el que se presentan otras (variables dependientes). Para asegurar que el cambio en las variables dependientes sea atribuible a la manipulación de las independientes, hemos de controlar todo el resto de factores que pudieran tener un potencial efecto. Precisamente en este control de variables reside gran parte de la bondad de un experimento, de su validez in-

terna. Para asegurar este control, generalmente la investigación experimental tiene lugar en laboratorios.

Entre las principales limitaciones del método experimental, y en particular de los experimentos de laboratorio, cabe destacar las que se refieren a la validez externa, es decir, los referidos al grado de generalización para el comportamiento cotidiano que tienen los resultados obtenidos en un laboratorio. Sin embargo, también debemos tener en cuenta que el hecho de realizar una investigación experimental no asegura por sí mismo la validez interna. En el caso de la investigación con humanos se dan muchas circunstancias que amenazan este tipo de validez, tales como los efectos del experimentador, las características de la demanda o el impacto o ausencia de impacto de las situaciones presentadas (Washington y McLoyd, 1982). El hecho de que en los estudios evolutivos la edad constituya una de las fuentes de variación de interés introduce complicaciones adicionales en los métodos experimentales. La edad no puede considerarse propiamente como una variable experimental, sino como un atributo del sujeto que no puede ser manipulado, aunque sí seleccionado. Cuando el objetivo de la investigación no es eliminar la influencia de estos factores, sino, por el contrario, tenerlos en cuenta, como es el caso de la Psicología Evolutiva, la posible viabilidad de una metodología experimental estricta se ve en entredicho. En este sentido, algunos autores consideran que las investigaciones evolutivas no pueden entenderse como verdaderos experimentos, sino como investigaciones cuasi-experimentales (Schaie, 1973).

En una investigación cuasi-experimental los experimentos se llevan a cabo en el entorno natural de los sujetos, y el investigador/a no puede modificar a voluntad los diferentes niveles de la variable independiente ni asignar a los participantes aleatoriamente a las condiciones. Este tipo de experimentos presentan una mayor validez externa, pero a costa de tener un menor control sobre potenciales variables influyentes, es decir, a costa de sacrificar validez interna. Esta metodología ha ocupado un lugar relevante, especialmente en el enfoque del ciclo vital, y tiene gran importancia en investigaciones de carácter aplicado. En cuanto a sus objetivos, pueden situarse en el contexto experimental, siendo su finalidad la de lograr explicaciones causales de los fenómenos bajo estudio.

### 3.2.2. El método correlacional

El método correlacional puede definirse como aquel que intenta analizar relaciones entre variables que ya se encuentran dadas en la naturaleza. No se tiene control sobre la producción del fenómeno, sino que se limita a registrar y/o medir las características de los participantes y situaciones.

La ventaja de este método en estudios evolutivos radica, por una parte, en que permite trascender el análisis puramente cualitativo sin chocar con tantas dificultades y problemas como los planteados por el uso de la metodología

experimental. Por otra parte, permite considerar conjuntamente múltiples variables y condiciones, así como descubrir sus interacciones complejas a lo largo del desarrollo (Martínez Arias, 1983). El procedimiento estadístico fundamental es la correlación, una prueba que mide el grado de asociación estadística entre variables numéricas. Una cuestión importante a evitar es el error de confundir correlación con causalidad. Imaginemos, por ejemplo, que un investigador quiere ver la relación en estado de salud física y el rendimiento cognitivo. Para hacerlo, se mide el estado de salud de una muestra de personas mayores y, en la misma muestra, se evalúa también su rendimiento intelectual. Si existe una correlación positiva significativa entre ambas variables, podemos tener la tentación de hacer una declaración de causalidad: la buena salud determina un alto rendimiento cognitivo. Este tipo de afirmación puede ser correcta pero también puede ser errónea, ya que la dirección de la relación también podría ser la contraria (las personas inteligentes cuidan más su salud, y por eso la tienen mejor) o, incluso, debida a una tercera variable que determine a las otras dos (por ejemplo, la genética). Estamos confundiendo la correlación con la causa. Como señala Belsky (2000, p. 56).

Si pudiéramos controlar todas las explicaciones alternativas, también podríamos hacer afirmaciones más seguras sobre las causas mediante un sencillo sistema correlacional. Sin embargo, como este grado de control no suele ser posible, cuando se contemplan los resultados de esta técnica de investigación hay que ser precavidos: las suposiciones sobre posibles causas se deben hacer con cuidado.

### 3.2.3. El método observacional

La observación, como señala Anguera (1981), puede considerarse como el más antiguo y el más moderno método de recogida de información sobre la conducta. Se trata de observar y registrar el comportamiento de las personas tal y como se produce en su contexto natural. Una de las claves en los estudios observacionales radica en el establecimiento de unas reglas explícitas y sistemáticas para dividir en unidades y clasificar el comportamiento objeto de estudio. A partir de estas reglas, dos observadores ante una misma situación deberían producir descripciones prácticamente idénticas.

Uno de los principales avances de los estudios observacionales es que permiten analizar el comportamiento de los individuos en contextos naturales, actuando espontáneamente, sin la relativa artificialidad de los estudios experimentales llevados a término en laboratorios.

Esta metodología es muy utilizada en trabajos sobre la infancia. Sin embargo, el uso de la observación también puede llevarse a cabo en edades avanzadas. Un ejemplo de ello es el estudio de Baltés y Wahl (1987), llevado a cabo en una residencia de ancianos. A partir de una detallada observación del flujo de interacciones entre los residentes y el personal del centro, se categori-

zaron los comportamientos de los residentes y el personal, para después determinar qué conductas antecedían a otras. Este análisis puso de manifiesto ciertos patrones típicos de interacción: por ejemplo, los residentes, en una situación de carencia de contacto social, mostraban comportamientos de dependencia que eran atendidos por el personal, una atención que reforzaba los comportamientos dependientes y debilitaba las muestras de independencia. Estos resultados se pueden interpretar como una muestra de compensación: aunque la conducta dependiente puede ser provocada por pérdidas en la capacidad de tener cuidado de uno mismo, es al mismo tiempo una estrategia para controlar el ambiente proporcionando un medio para conseguir contacto social y evitar el aislamiento.

### 3.3.4. Los métodos cualitativos

Los métodos que hemos repasado hasta ahora (experimental, correlacional, observacional) comparten una misma característica: el objetivo final es tener datos cuantificables, es establecer relaciones que puedan ser traducidas en intensidades y magnitudes numéricas. En cierta medida, se está asumiendo la naturaleza matemática del mundo y la presencia de ciertos conocimientos que son objetivamente reales, con independencia de los sujetos a los que se refieren o de los sujetos que los producen (Taylor y Bodgan, 1987).

La metodología cualitativa es una familia de métodos (más que un solo método) que, por el contrario, comparte características como:

- El interés por la experiencia de las personas, experiencia abordada de manera global, holista. No se entiende a la persona como un conjunto separado de variables, por lo que el investigador cualitativo debe desarrollar una sensibilidad hacia situaciones o experiencias consideradas en su globalidad y hacia las cualidades que las regulan.
- Un carácter interpretativo, entendiendo la interpretación en al menos dos sentidos: por una parte el investigador cualitativo trata de justificar, elaborar o integrar en un marco teórico sus hallazgos. Por otra parte, el investigador pretende que las personas estudiadas hablen por sí mismas, desea acercarse a su experiencia particular desde los significados y la visión del mundo que poseen las personas estudiadas.
- La atención al contexto en el que tiene lugar la experiencia humana, de manera que los acontecimientos y fenómenos no pueden ser comprendidos adecuadamente si son separados de aquellos.
- Los contextos de investigación son naturales y no son contruados ni modificados. El investigador cualitativo centra su atención en ambientes naturales y busca respuestas a sus cuestiones en el mundo real, o en la realidad desde el punto de vista de los sujetos estudiados.



A partir de estas características y supuestos, encontramos métodos cualitativos muy heterogéneos, entre los que cabe destacar los siguientes:

- Los estudios fenomenológicos, cuyo interés estriba en el descubrimiento de la esencia que subyace a las formas a través de las cuales las personas describen su experiencia. Un estudio fenomenológico no se preocupará por conocer qué causa algo, sino qué es ese algo, enfatizando los aspectos individuales y subjetivos de esa experiencia. Estos estudios describen el significado de las experiencias vividas por varias personas acerca de un fenómeno y/o concepto, sin reducir estas experiencias a números.
- En la investigación narrativo-biográfica, en la que la persona, como persona y no como objeto de investigación, cobra un papel fundamental, el interés se centra en los procesos de la memoria individual, pero también grupal y colectiva. El interés se centra en cómo la persona construye o reconstruye el mundo social en el que vive, especialmente sus experiencias biográficas. El producto obtenido más frecuentemente de este tipo de estudio son las historias de vida (véase capítulo 7).
- El estudio de casos implica un proceso de indagación que se caracteriza por el examen detallado, comprehensivo, sistemático y en profundidad del caso objeto de estudio. Este tipo de estudios ha sido utilizado de manera especialmente frecuente desde una óptica clínica.
- La investigación etnográfica nos sitúa en procesos de investigación de una cierta duración desarrollados en contextos naturales con el fin último de conocer en profundidad esa realidad desde el punto de vista de las personas que participan en ella. En muchas ocasiones, el investigador se introducirá dentro del entramado vital y comunitario en el que tiene lugar la experiencia del sujeto o los sujetos estudiados con el fin de conocerlos de manera profunda.

La realización práctica de estos estudios implicará en ciertos casos aplicar entrevistas, recoger observaciones, recopilar textos u otras producciones simbólicas. Estos métodos cualitativos, después de muchos años de descrédito, están volviendo con fuerza al ámbito evolutivo, de la mano en la mayoría de las ocasiones de modelos en los que los aspectos culturales y sociales se consideran como los esenciales para entender el comportamiento y su cambio.

## Cuestiones clave

1. A tu juicio, ¿está justificada la gran inversión de recursos en alargar la vida de personas muy mayores, especialmente aquellas en un estado terminal? ¿Y la priorización de las nuevas terapias y técnicas médicas en función de la edad, para que se beneficien de ellas más los jóvenes que los mayores? Ofrece argumentos a favor y en contra y especifica cuáles serían los criterios y valores a tener en cuenta para tomar una decisión.
2. ¿En qué sentido han cambiado las tareas evolutivas de la generación de tus abuelos y de tus padres a la tuya? ¿En qué sentido tu generación es diferente a la generación de tus abuelos y tus padres? ¿Cuáles son las influencias normativas relacionadas con la historia que pueden haber influido más en ese cambio?
3. ¿De qué formas contribuyen o pueden contribuir las personas mayores al desarrollo de su comunidad? Especifica, para cada una de estas formas, cuáles son los beneficios que recibe la comunidad y cuáles la propia persona mayor.
4. Compara las diferentes teorías que se comentan en el texto respecto a dimensiones como: supuestos de partida, visión del envejecimiento que potencian, dominio del desarrollo en el que son especialmente aplicables, metodología que utilizan, etc.

## Actividades prácticas

1. Imagina que te han encargado elaborar un cuestionario de estereotipos sobre las personas mayores. En grupos de tres o cuatro personas, se trata de escribir 20 ítems que podrían estar en ese cuestionario redactándolos, por ejemplo, en forma de afirmaciones con las que se pueda estar más o menos de acuerdo. En el cuestionario deben estar presentes ítems relativos a aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Una vez elaborado el cuestionario, cada miembro del grupo ha de conseguir que lo rellenen cinco personas de diferentes edades, para comentar y comparar los resultados obtenidos.
2. Durante un mes, recoge de diferentes diarios (en papel o en la red) noticias o reportajes sobre la vejez, el envejecimiento o en las que las personas mayores sean protagonistas. ¿En qué tipo de noticias aparecen los mayores y la edad parece ser un dato importante? ¿Cuáles son los temas que se tratan al hablar de la vejez o el envejecimiento? Reflexiona sobre estos temas y analiza las ventajas e inconvenientes de esta imagen del envejecimiento. ¿Crees que debería cambiar? ¿En qué sentido?

## Lecturas recomendadas

Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1990): «Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation». En P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*, pp. 1-34. Cambridge: Cambridge University Press.

## 1. La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y métodos

En este capítulo, Baltes y Baltes resumen y plantean en qué sentido podemos hablar de un envejecimiento satisfactorio, cuáles son los criterios que los definen y cómo se relaciona con el modelo de envejecimiento que se propone desde la perspectiva del ciclo vital.

Caro, F. G., y Sánchez, M. (2005): «Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 457-488. Madrid: Pearson Prentice-Hall.

El envejecimiento productivo es uno de los conceptos clave con los que trabaja la gerontología actual. En este capítulo Caro y Sánchez lo definen y especifican sus manifestaciones y sus fuentes de influencia, destacando su valor como concepto que subraya la contribución de la persona mayor a la comunidad, más que estar centrado únicamente en el bienestar individual.

OMS (2002): «Envejecimiento activo: un marco político». *Revista Española de Gerontología y Geriatria*, 37 supl. 2, pp. 74-105.

Contribución de la OMS a la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que tuvo lugar en Madrid en el año 2002. En él se destacan las principales líneas de actuación y prioridades políticas para las próximas décadas en relación con el envejecimiento. Podemos descargar el documento de Internet en la dirección:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

Villar, F. (2005): «El enfoque del ciclo vital: Hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 148-181. Madrid: Pearson Prentice-Hall.

Este capítulo tiene como objetivo resumir los principales planteamientos y principios de la perspectiva del ciclo vital. Ofrece, además, ejemplos de cómo esos principios han sido explicados al estudio de tres dominios de conocimiento diferentes: la cognición, el yo y la actividad social.

## Bibliografía

Anguera, M. T. (1981): «La observación. Problemas metodológicos. Situaciones naturales y de laboratorio». En R. Fernández Ballesteros, J. A. Carrobes (ed.), *Evaluación conductual* (pp. 293-233). Madrid: Pirámide.

APA (1998): *What practitioners should know about working with older adults* [fecha de consulta 10/05/2005, <http://www.apa.org/pi/aging/practitioners.pdf>]

Baltes, M. M., y Wahl, H.-W. (1987): «Dependence in aging». En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 204-221). Nueva York: Pergamon Press.

Baltes, P. B. (1987): «Theoretical propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline». *Developmental Psychology*, 23, 611-626.

— y Baltes, M. M. (1990): «Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation». En P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.

— y Smith, J. (2003): «New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age». *Gerontology*, 49, 123-135.

- y Nesselroade, J. R. (1979): «History and rationale of longitudinal research». En J. R. Nesselroade y P. B. Baltes (eds.), *Longitudinal research in the study of behaviour development* (pp. 1-39). Nueva York: Academic Press.
- ; Lindenberger, U., y Staudinger U. M. (1998): «Life-span theory in developmental psychology». En W. Damon (ed. de la serie); R. M. Lerner (ed. del volumen), *Handbook of child psychology 5<sup>th</sup> edition: Vol. 1. Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). Nueva York: Wiley.
- Belsky, J. (2000): *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Birren, J. E., y Schroots, J. J. F. (2001): «The history of geropsychology». En J. E. Birren y K. W. Schaie, (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging (5th Ed)* (pp. 3-28). San Diego: Academic Press.
- Branco, K. J., y Williamson, J. B. (1982): «Stereotyping and the life cycle: Views of aging and the aged». En A. G. Miller, (ed.), *In the eye of the beholder* (pp. 364-410). Nueva York: Praeger.
- Bronfenbrenner, U. (1977): «Toward experimental ecology of human development». *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Caro, F. G., y Sánchez, M. (2005): «Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 457-488). Madrid: Pearson Prentice-Hall.
- Carstensen, L. L., Fung, H., y Charles, S. (2003): «Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life». *Motivation and Emotion*, 27, 103-123.
- Chaspeen, A. L., Schwarz, N., y Park, D. C. (2002): «The activation of aging stereotypes in younger and older adults». *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, (pp. 540-547).
- Coleman, P. G., y O'Hanlon, A. (2004): *Ageing and development: Theories and research*. Londres: Arnold.
- Ebly E. M., Parha, I. M., Hogan D. B., y Fung T. (1994): «Prevalence and types of dementia in the very old: results from the Canadian Study on Health and Aging». *Neurology*, 44, 1593-600.
- Erikson, E. H. (1982): *The life cycle completed*. Nueva York: Norton.
- Falchikov, N. (1990): «Youthful ideas about old age: An analysis of children's drawings». *International Journal of Aging and Human Development*, 31, pp. 79-99.
- Featherman, P. L.; Smith, J., y Peterson, J. G. (1990): «Successful aging in a post-retired society». En P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 50-93). Cambridge: Cambridge University Press.
- Flavell, J. H. (1970): «Cognitive changes in adulthood». En L. R. Goulet y P. B. Baltes (eds.), *Life-span developmental psychology: Research and theory* (pp. 247-253). Nueva York: Academic Press.
- ; Miller, P. H., y Miller, S. A. (1993): *Cognitive development* (3.<sup>a</sup> ed). Englewood Cliffs: Prentice Hall
- Freixas, A. (1991): «Autopercepción del envejecimiento en la mujer entre 50 y 60 años». *Anuario de Psicología*, 50, 67-78.
- Freund, A. M., Li, K. Z. H., y Baltes, P. (1999): «Successful development and aging: The role of selection, optimization, and compensation». En J. Brandtstädter y R. M. Lerner (eds.), *Action and self development: Theory and research through the life span* (pp. 401-434). Thousand Oaks, CA: Sage.

## 1. La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y métodos

- Freund, A., y Baltes, P. B. (1998): «Selection, optimization and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging». *Psychology and Aging*, 13, pp. 531-543
- Havighurst, R. J. (1972): *Developmental tasks and education (3rd Ed.)*. Nueva York: Mckay.
- Helmchen, H.; Baltes, M. M.; Geiselmann, B.; Kanowski, S.; Linden, M.; Reischies, F. M.; Wagner, M.; Wernicke, T., y Wilms, H.-U. (1999): «Psychiatric illness in old age». En P. B. Baltes y K. U. Mayer (eds.), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100* (pp. 167-196). Cambridge: Cambridge University Press.
- HelpAge International (2002): *State of the world's older people 2002*. Londres: HelpAge International.
- Hummert, M. L. (1999): «A social cognition perspective on age stereotypes». En T. M. Hess y F. Blanchard-Fields (eds.), *Social cognition and aging* (pp. 175-195). Nueva York: Academic Press.
- ; Garstka, R. A.; O'Brien, L. T.; Geenwald, A. G., y Mellott, D. S. (2002): «Using the Implicit Association Test to measure age differences in implicit social cognitions». *Psychology and Aging*, 17, pp. 482-495.
- Kite, M. E., y Wagner, L. S. (2001): «Attitudes toward older adults». En T. D. Nelson (ed.), *Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 129-161). Cambridge, MA: MIT Press.
- Labouvie-Vief, G. (1982): «Growth and aging in a life-span perspective». *Human Development*, 25, pp. 65-79.
- Levy, B. R. (2003): «Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes». *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, pp. 203-211.
- Marsiske, M.; Lang, F. R.; Baltes, M. M., y Baltes, P. B. (1995): «Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development». En R. A. Dixon y L. Bäckman (eds.), *Compensation for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains* (pp. 35-79). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Martínez Arias, M. R. (1983): «Métodos de investigación en psicología evolutiva». En A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios (eds.), *Psicología evolutiva: 1. Teorías y métodos* (pp. 323-372). Madrid: Alianza Editorial.
- McDonald, L., y Stuart-Hamilton, I. (2002): «Egocentrism in older adults. Piaget's three mountains task revisited». *Educational Gerontology*, 28, pp. 45-53.
- Montoro, J. (1998): «Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad». *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8, pp. 21-30.
- Morales, F. (1981): *Metodología*. Madrid: UNED.
- Mroczek, D. K., y Kolarz, C. M. (1998): «The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness». *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, pp. 1333-1349.
- Nesselroade, J. R., y Baltes, P. B. (1979): *Longitudinal research in the study of behavior and development*. Nueva York: Academic Press.
- Overton W. F., y Reese, H. W. (1973): «Models of development: Methodological implications». En J. R. Nesselroade y H. W. Reese (eds), *Life span development Psychology: Methodological issues* (pp 65-86). Nueva York: Academic Press.
- Palmore, E. (1999): *Ageism: Negative and positive* (2a Ed.). Nueva York: Springer.
- Rowe, J. W., y Kahn, R. L. (1987): «Human aging: usual and successful aging». *Science*, 237, pp. 143-149.

- y Kahn, R. L. (1997): «Successful aging». *The Gerontologist*, 37, pp. 433-440.
- Schaie, K. W. (1994): «Developmental designs revisited». En S. H. Cohen y H. W. Reese (eds.), *Life Span developmental psychology: Theoretical issues revisited* (pp. 45-64). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- (2005): *Developmental influences on adult intelligence*. Londres: Oxford University Press.
- y Willis, S. L. (2003): *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson.
- Smith, J., y Baltes, P. B. (1997): «Profiles of psychological functioning in the old and oldest-old». *Psychology and Aging*, 12, pp. 458-472.
- Staudinger, U.; Marsiske, M., y Baltes, P. B. (1995): «Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across life span». En D. Cicchetti y D. J. Cohen (eds.), *Developmental Psychopathology. Vol. 2: Disorder and adaptation* (pp. 801-847). Nueva York: Wiley.
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1987): *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Vega, J. L. (1983): «Método longitudinal». En A. Marchesi, M. Carretero y J. Palacios (eds.), *Psicología Evolutiva: 1. Teorías y métodos* (pp. 373-400). Madrid: Alianza Editorial.
- Villar, F. (2005): «El enfoque del ciclo vital: Hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 147-181). Madrid: Pearson Prentice-Hall.
- Washington, E. D., y McLoyd, V. C. (1982): «The external validity of research involving American minorities». *Human Development*, 25, pp. 324-339.
- Wohlwill, J. F. (1973): *The study of behavioral development*. Nueva York: Academic Press.
- Wrightsmann, L. S. (1994): *Adult Personality development*. Thousand Oaks: Sage.

**Segunda parte**

**Procesos físicos**





# 2. Cambios físicos en el envejecimiento

Carme Triadó

El envejecimiento puede definirse como un deterioro funcional, progresivo y generalizado que ocasiona una pérdida de la respuesta de adaptación a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad (Kirkwood, 1996). Birren y Zarit (1985, p. 1), por su parte, definen el envejecimiento biológico como

un proceso de cambios en el organismo que, con el tiempo disminuye la probabilidad de supervivencia y reduce la capacidad fisiológica de autorregulación, de reparación y de adaptación a las demandas ambientales.

A partir del primer tercio del ciclo vital el cuerpo experimenta cambios que implican declive en el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales, cambios que se acentúan en las últimas décadas de la vida. Cristofalo (1991) menciona cinco cambios biológicos básicos que definen el envejecimiento:

- Cambios en la composición química del cuerpo. Por ejemplo, a medida que un organismo incrementa su edad, se reduce su masa muscular y ósea y aumenta el porcentaje de grasa.
- Cambios degenerativos globales, tal como muestran las medidas básicas de capacidad funcional: menor ritmo cardíaco, capacidad pulmonar, etc.
- Menor capacidad de responder de forma adaptativa a las variaciones ambientales.
- Incremento en la vulnerabilidad a numerosas enfermedades.
- Aumento exponencial de la probabilidad de muerte.

Así, desde el punto de vista biológico el envejecimiento se contempla como un proceso involutivo y unilateralmente negativo. Según Strehler (1962), el envejecimiento es un proceso:

- Universal, se da en todos los miembros de una determinada especie a no ser que mueran precozmente.
- Progresivo, se da de forma continua y sus efectos son acumulativos.
- Intrínseco al organismo e irreversible.
- Degenerativo, implica pérdidas.

Un aspecto que nos parece interesante remarcar es la distinción entre envejecimiento y enfermedad. Sin duda son conceptos relacionados, pero no idénticos. El envejecimiento es un proceso evolutivo gradual, universal e irreversible que, si bien en sentido amplio podría comenzar desde el nacimiento, se suele datar más allá de la adolescencia, cuando cesa el crecimiento físico (Kohn, 1985). La enfermedad, por el contrario, es un proceso que sólo afecta a algunas personas, de formas variadas y que puede comenzar en cualquier punto del ciclo vital. La relación entre ambos conceptos estriba en que el envejecimiento conlleva el aumento de las probabilidades de que aparezcan enfermedades. Sin embargo estas enfermedades pueden no ser propias del envejecimiento o darse de manera exclusiva en relación con este proceso. Teniendo esto en cuenta, los cambios que definen el envejecimiento biológico pueden ser divididos en dos grandes grupos:

- Cambios que no producen un aumento de vulnerabilidad a la muerte ni a la enfermedad, como son por ejemplo la aparición de canas, la pérdida de flexibilidad de la piel o la pérdida de función del aparato reproductor.
- Cambios que aumentan la vulnerabilidad a procesos patológicos y, en último término, a la muerte. Un buen ejemplo de este tipo de cambios puede ser el declive en el funcionamiento del sistema inmunológico, en la función pulmonar o en el sistema cardiovascular.

Basándose en esta diferencia entre envejecimiento (vulnerabilidad) y enfermedad (presencia de patología), Birren y Cunningham (1985) contemplan tres tipos de envejecimiento:

- **Envejecimiento primario:** es aquel libre de enfermedades, caracterizado por una menor capacidad vital y de adaptación.
- **Envejecimiento secundario:** es aquel tipo de envejecimiento en el que, junto a los cambios del anterior, están presentes también enfermedades (entre las más frecuentes, las cardiovasculares o el cáncer).
- **Envejecimiento terciario:** asociado al deterioro biológico terminal que se presenta poco tiempo antes de la muerte, en el que el declive se acelera extraordinariamente.

No obstante, no todos los autores son partidarios de una distinción tan radical entre envejecimiento y enfermedad, y contemplan algún tipo de enfermedades como propias del proceso de envejecimiento normal. Por ejemplo, Kohn (1985) divide en tres categorías las enfermedades que pueden estar presentes en el envejecimiento:

- Enfermedades universales, progresivas e irreversibles, como puede ser la arteriosclerosis.
- Enfermedades que se convierten en más comunes a medida que pasan los años, pero que no afectan a toda la población de ancianos. En este tipo, al que pertenece por ejemplo el cáncer o las demencias, la edad sería tan sólo un factor de riesgo.
- Enfermedades cuya frecuencia no se relaciona necesariamente con la edad, pero cuyas consecuencias son más graves a medida que se envejece, debido a la mayor debilidad del sistema orgánico. Por ejemplo, las neumonías o las gripes.

Según Kohn (1985), los cambios del primer grupo, que cumplen los criterios de universalidad e irreversibilidad, sí que pueden considerarse como pertenecientes al envejecimiento normativo. Pese a ello, también hemos de tener en cuenta que no todos los cambios de carácter patológico pueden afectar de la misma manera al funcionamiento normal de la persona y por ello ser considerados como enfermedad. Por ejemplo, según argumenta Finch (1988), es normal que con el envejecimiento se produzca una pérdida neuronal en el cerebro (en este sentido, sería un cambio universal, irreversible y progresivo), pero sólo lo consideramos «enfermedad» cuando rebasa ciertos límites y afecta a la capacidad funcional de la persona, y esto sólo pasa en un número reducido de casos. Así, la manifestación práctica de un proceso universal e irreversible resulta ser una enfermedad más común con la edad, pero no universal.

En cualquier caso, lo importante en este tipo de enfermedades cuya aparición es más frecuente en la vejez es la prevención y el tratamiento a largo plazo. La principal razón que las personas ancianas enfermen con más frecuencia puede ser debido a que por su vida más prolongada han estado expuestas a factores externos conductuales y medioambientales que provocan enfermedades durante un periodo más largo que en personas jóvenes (véase tabla 2.1).

Las personas mayores suelen presentar especiales dificultades a la hora de realizar un diagnóstico de determinadas enfermedades. A menudo es difícil la recogida de historia clínica; ciertos síntomas y signos se presentan de manera atípica; es más frecuente la presencia de pluripatología; o, incluso, a veces evitan exploraciones diagnósticas por motivos económicos, porque algunos síntomas no son suficientemente valorados tanto por los propios pacientes como por sus familiares. El tratamiento farmacológico suele ser también complicado por la aparición frecuente de polifarmacia y automedicación, tendencia muy habitual en los mayores. En ellos es necesaria la adecuación de dosis, en función por

**Tabla 2.1. Principales enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores**

- 
- Enfermedades cardiovasculares.
  - Hipertensión.
  - Accidentes cerebrovasculares.
  - Diabetes.
  - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
  - Enfermedades musculoesqueléticas (artritis, osteoporosis).
  - Enfermedades mentales (demencia y depresión).
  - Alteraciones visuales.
  - Alteraciones auditivas.
- 

ejemplo del peso o de la toma de otros medicamentos. La posible falta de seguimiento de los tratamientos y diversos factores de riesgo propios de la vejez deben ser tenidos en cuenta por médicos y otros profesionales a la hora de intervenir en las enfermedades ya sean crónicas o agudas (Botella, 2005).

## 1. Teorías del envejecimiento biológico

Dejando a un lado la definición del envejecimiento, un aspecto que ha generado gran número de investigaciones es el de los factores que causan o que aceleran este proceso ¿Por qué envejecemos las personas? ¿Podemos retardar el proceso? ¿Podemos evitar el declive? Los científicos han tratado de dar respuesta a estas cuestiones y para ello han elaborado y puesto a prueba diferentes teorías con las que tratan de explicar los mecanismos biológicos ocultos que participan en el envejecimiento y en la muerte (Toussant, 1993).

Algunas teorías sobre las causas biológicas que subyacen al proceso de envejecimiento sostienen que este proceso se debe a factores de tipo genético que conducen a un declive inevitable. Por ejemplo, algunos investigadores sostienen que estamos programados genéticamente para envejecer. Al igual que existen genes responsables del desarrollo de diferentes características y funciones biológicas propias de la especie, existirían genes responsables de desencadenar el proceso de envejecimiento: los llamados **gerontogenes**. La característica común a estos genes sería su expresión retardada. Es decir, permanecerían silenciosos durante gran parte de la vida y sólo se activarían en momentos posteriores a la madurez sexual del individuo. Por ello, la selección natural, que actúa a través de la reproducción selectiva de aquellos individuos más capaces de adaptarse a su ambiente, no habría podido «eliminar» los genes causantes del envejecimiento.

Otros autores, aun enfatizando también el papel de los genes, consideran que para comprender el envejecimiento es preciso entender los mecanismos

por los que el ADN se traduce a través de varias escalas para la formación final de proteínas (enzimas) que son críticas para la función continuada de las células específicas de todo animal. En este proceso de traducción pueden darse errores, bien por factores aleatorios, bien por la presencia de factores externos (por ejemplo, la presencia de radiaciones). La acumulación de estos errores hasta ciertos niveles críticos puede acabar conduciendo a un deterioro del funcionamiento del organismo.

Otros autores se inclinan por atribuir el envejecimiento, más que a aspectos relacionados con los genes, a factores derivados del propio funcionamiento del organismo. Por ejemplo, los **procesos de oxidación** que se dan dentro de las células podrían producir sustancias nocivas, conocidas como radicales libres, capaces de distorsionar el propio funcionamiento celular. También se ha investigado el papel que el deterioro del sistema inmunológico puede tener para iniciar o acelerar el envejecimiento: con la edad, su capacidad para reconocer y eliminar elementos nocivos descendería, con lo que el daño de esos elementos extraños en nuestro cuerpo se multiplica provocando un deterioro del funcionamiento biológico. También se ha hipotetizado (Waldford, 1969) que se podrían desarrollar anticuerpos que atacasen a las propias células sanas del organismo. Si esto fuera cierto, el envejecimiento sería una especie de «reacción autoinmune».

Zarit y Zarit (1989) consideran que no tenemos suficientes conocimientos sobre las causas del envejecimiento normal, pero los resultados son indiscutibles. Los cambios que empiezan a nivel genético celular a la larga se hacen notar a nivel sistémico. No todos los sistemas envejecen a la misma velocidad. La apariencia, los sistemas cardiovascular, respiratorio, reproductor, nervioso, pueden presentar variaciones considerables respecto a los efectos de la edad en la misma persona.

Es del todo evidente que hay un deterioro físico y biológico que constatan las mismas personas mayores, pero los programas de intervención y de prevención pueden retardar el proceso. Gracias al desarrollo de las atenciones médicas, de los hábitos de vida, así como el avance de la medicina y de la tecnología genética podemos esperar que las diferencias serán considerables entre la generación actual, la anterior y la futura.

## 2. Principios básicos del envejecimiento normal

Para poder estudiar los cambios físicos en el envejecimiento y dar cuenta de lo que acontece a lo largo de este proceso son necesarios estudios longitudinales, podemos saber cuáles son los cambios más frecuentes en personas mayores de edades diferentes, pero para saber como se cambia a lo largo del ciclo vital son necesarios estos estudios. Actualmente el estudio más ambicioso sobre esta cuestión es el realizado en el Centro de Investigaciones Gerontológicas de Baltimore en EE.UU., donde se comprueba y examina de manera

exhaustiva las funciones físicas a personas voluntarias. Algunas de esas funciones son examinadas anualmente, otras bianualmente.

En el envejecimiento normal debemos considerar dos principios: el ritmo de envejecimiento es variable y también lo son los modelos de envejecimiento.

Tanto los datos del estudio de Baltimore como las observaciones que día a día podemos hacer de las personas mayores apuntan a que no todas ellas envejecen al mismo ritmo, existen diferencias. Además, no solo debemos tener en cuenta las diferencias interindividuales, sino también las diferencias intraindividuales, que se dan entre las diferentes estructuras y funciones biológicas de nuestro organismo. Así, en una misma persona puede haber ritmos diferentes de cambio, por ejemplo, en el sistema cardiovascular y en el osteoarticular. Por consiguiente el primer principio del envejecimiento normal es la variación individual (Maddox, 1991, cit en Belsky, 2001).

En este sentido algunos autores destacan como la edad cronológica no constituye el mejor de los índices para conocer el grado de envejecimiento (esto es, de deterioro) del organismo. Por ello, proponen un nuevo concepto: la edad biológica. Esta edad señalaría la posición de la persona respecto a su propio ciclo vital potencial (Birren y Cunningham, 1985), es decir, el nivel de capacidad funcional que todavía conserva el organismo. Su estimación se lograría a través de la medición de múltiples indicadores biológicos de los diferentes sistemas orgánicos (sistema nervioso, endocrino, circulatorio, digestivo, etc.), y permitiría predecir con mayor exactitud que por la edad cronológica tanto la capacidad del individuo para hacer frente a las demandas ambientales como lo que le queda de vida. A diferencia de la edad cronológica, cuya medición es lineal (un año es la misma cantidad de tiempo independientemente de la posición del individuo dentro del ciclo vital), la edad biológica no. Es decir, una determinada unidad de tiempo cronológico para una persona mayor puede no ser lo mismo en términos biológicos que para un joven (Shroots y Birren, 1990).

Así pues, los ritmos de envejecimiento pueden variar de una persona a otra y en la misma persona, pero aunque esto es evidente, el proceso de envejecimiento se produce de forma predecible.

El segundo principio básico —los modelos de envejecimiento son variables— nos remite al estudio de Baltimore donde se demuestra que en realidad el envejecimiento sigue caminos diferentes. Según el modelo habitual, se produce una pérdida fisiológica, pero sólo cuando la persona desarrolla una enfermedad relacionada con la edad. En otro modelo, se produce una pérdida, pero el cuerpo es capaz de compensar fisiológicamente el cambio.

El estudio de Baltimore demuestra que no podemos pensar en el envejecimiento físico únicamente desde el punto de vista de la pérdida, como tradicionalmente se ha hecho. En esta importante fase de la vida existe también la estabilidad. Incluso cuando los años cobran un peaje físico a nuestro cuerpo, éste sabe recuperarse, ya que la mayoría de los sistemas tienen una capacidad de reserva que se utiliza únicamente en determinadas situaciones en que se

requiere un rendimiento físico máximo, las pérdidas fisiológicas del envejecimiento sólo se convierten en algo cotidiano cuando se han agudizado y llegan a determinados límites (Belsky, 2001; véase capítulo 1).

### 3. Cambios físicos y su repercusión psicológica

Los cambios físicos en la vejez tienen gran importancia por su relación con el funcionamiento de las personas en su vida cotidiana. Cuando empiezan a aparecer problemas en el organismo las personas mayores tienen probabilidades de sufrir discapacidades que alteran el ritmo funcional. Cuando los problemas son graves y las personas necesitan ayuda nos encontramos ante el principal problema de la vejez: la dependencia, que impide realizar las actividades cotidianas, lo que conlleva problemas psicológicos además de físicos. Veamos a continuación cuáles son los más relevantes de entre los numerosos cambios que sufre el organismo a medida que envejece.

#### 3.1. Cambios en la apariencia

La señal más evidente de que envejecemos está en nuestra apariencia, y quizás los cambios más evidentes se muestran en el color del cabello y en la presencia de arrugas en la piel.

En cuanto al cabello y al vello corporal, el cambio viene producido por la pérdida de pigmento, que está causado por la muerte de las células que se encuentran en la base del folículo del pelo que producen ese pigmento. En un primer momento el pelo es gris, pero poco a poco se vuelve blanco. A medida que avanza la edad, el pelo crece más delgado y es menos denso, observándose una mayor pérdida en el hombre que en la mujer. También es cierto que no sólo las personas ancianas acaban con el pelo blanco, hay personas jóvenes con canas muy precoces, lo que probablemente está relacionado con factores de tipo genético.

En cuanto a la piel, los cambios pueden ser muy variables, ya que las arrugas aparte de relacionarse con el paso de los años también tienen que ver con agresiones de tipo ambiental (siendo la más frecuente una excesiva exposición al sol). Las personas muy expresivas a nivel facial pueden desarrollar más arrugas (o arrugas más profundas) que otras, por ejemplo al fruncir a menudo el entrecejo, reír, etc.

Las arrugas resultan de una serie de cambios. En la epidermis las células nuevas migran continuamente hacia la superficie, donde mueren para que la piel se mude. Cuando envejecemos la producción de células disminuye y la piel aparece surcada y áspera, los constituyentes elásticos de la capa media o dérmica de la piel, el colágeno y la elastina, pierden su flexibilidad. Cuando estas moléculas se endurecen aparecen pliegues en la piel (Belsky, 2001).

Estos cambios normales en el envejecimiento pueden ser recibidos de forma negativa por algunas personas mayores, teniendo en cuenta que actualmente en las sociedades de consumo se potencia la imagen de la juventud como ideal corporal, lo que se evidencia, por ejemplo, al observar los modelos de belleza que se proponen desde la publicidad: prácticamente en todos los casos estos modelos corresponden a cuerpos jóvenes. Al ser los cambios en la apariencia síntoma claro de envejecimiento, pueden no ser aceptados por la persona. Algunas de ellas pretenden retrasar su aparición con tratamientos de belleza o recurriendo incluso a la cirugía.

Además de las cuestiones relacionadas con la imagen, hay otros cambios de la piel que se manifiestan en el envejecimiento. La piel se compone de la epidermis que se recupera con facilidad y de la dermis que contiene una red de vasos sanguíneos y glándulas sudoríparas. En la vejez la pérdida de vasos sanguíneos reduce la actividad de las glándulas sudoríparas y ello hace que las personas mayores sean más vulnerables al frío y al calor.

### 3.2. Cambios sensoriales

Los cambios sensoriales en la vejez pueden afectar el procesamiento de la información, ya que se ven afectadas las capacidades perceptivas en su aspecto básico, que es el sensorial. Especialmente la visión y la audición son fundamentales para desenvolverse en determinados aspectos de la vida cotidiana. Si bien estas pérdidas no sólo afectan a los mayores, ya que en otras edades se pueden presentar problemas de visión o audición, lo que difiere unas edades de otras es el tipo de déficit: algunos están directamente relacionados con el envejecimiento y son éstos los que vamos a desarrollar.

#### 3.2.1. Cambios en la visión

Prácticamente todas las personas mayores de 50 años necesitan usar gafas para corregir defectos visuales. En diferentes momentos del ciclo vital, ocurren cambios relacionados con las partes externas del ojo (córnea, cristalino, músculos y otras partes) que afectan a la transmisión de ondas visuales y a la capacidad visual. Estos cambios comienzan a tener importancia entre los 35 y 45 años (Kline y Scialfa, 1996). Los cambios en la retina y el sistema nervioso empiezan a ser notables entre los 55 y 65 años.

Los principales problemas de visión que se agravan con la edad son:

- Deterioro en la agudeza visual: incapacidad de discriminar con precisión entre dos estímulos (a las distancias que mide el cartel del oculista).
- Presbiopía: afección relacionada con la edad en la capacidad de ver con precisión objetos cercanos.



- Deslumbramiento: efecto cegador producido por la luz directa.
- Reducción del campo visual: límite de capacidad para ver por el extremo del ojo.

El sistema visual se va deteriorando con la edad. Conforme envejecemos el cristalino se vuelve más duro y menos flexible al no poder eliminar el exceso de células, ello conlleva tener dificultades en la visión de los objetos cercanos al ojo, es lo que se llama **presbiopía** (vista cansada). Este problema se soluciona con gafas.

El cristalino también se vuelve amarillo con la edad, aunque no se sabe muy bien la causa. Este cambio reduce la cantidad de luz que alcanza la retina y también afecta a la calidad de la luz, porque el amarillo absorbe las longitudes de onda del extremo azul-verde del espectro (Weale, 1998). Por tanto las personas mayores necesitan más luz para leer que los jóvenes. En casos extremos, el cristalino llega a ser tan opaco que bloquea o disminuye mucho la entrada de luz. En este caso estamos hablando de las llamadas **cataratas**. Un número considerable de personas mayores de 75 años se ven afectadas por este problema, pero la cirugía ocular lo puede solucionar, ya que es posible la intervención quirúrgica y se puede restaurar la visión a niveles normales. También el iris, el músculo que abre y cierra la pupila, cambia con la edad, volviéndose menos flexible. Este cambio afecta a la capacidad del ojo para adaptarse a las condiciones cambiantes de luz, de aquí las dificultades que pueden presentarse, por ejemplo, en la conducción nocturna.

Otro problema visual que surge en la vejez es el **glaucoma**, que consiste en el aumento de la presión intraocular provocando la atrofia del nervio óptico y anomalías en el campo visual. La principal causa del aumento de presión es la dificultad para drenar el líquido del ojo, el aumento de presión provoca la degeneración de la retina. Uno de los problemas de este tipo de afección visual es que no tiene síntomas aparentes en muchos casos, hasta que la retina se ha dañado de forma irreparable, por lo que el diagnóstico temprano es crucial (Schaie y Willis, 2003).

Hoy en día los investigadores creen que la parte neural del sistema visual contribuye mucho a los problemas de visión, especialmente en la vejez. A medida que envejecemos, disminuye el número de bastoncillos y de conos que pueblan la retina (responsables, respectivamente, de la visión en blanco y negro y en color), a la vez que también perdemos neuronas en el nervio óptico y en la corteza visual. Esta atrofia neural explica por qué las dificultades de visión se aceleran en la vejez. Las pérdidas de visión, especialmente las que se producen en la edad avanzada, se deben tanto a los cambios en el sistema nervioso como a los del ojo.

Los problemas visuales graves en los mayores pueden tener consecuencias emocionales que merman el bienestar psicológico y llevan a una reducción del ambiente espacial de las personas, además de ser causa de, por ejemplo, caídas o accidentes de tráfico. Aunque la mayoría de las personas

mayores se dan cuenta de la pérdida de visión cuando leen o ven la televisión, hay muchas con pérdidas importantes de visión que, debido a que son progresivas, no son conscientes de ellas. Por ello es necesario estar alerta de algunos signos indirectos de alteraciones visuales, tales como:

- Cambios de comportamiento: restricciones del movimiento, dificultad o cambios en los hábitos de alimentación, confinamiento en el domicilio.
- Dificultad para la realización normal o habitual de las actividades de la vida diaria, accidentes y caídas.
- Repercusiones psicológicas, como irritabilidad, alteraciones de la memoria y del pensamiento, aislamiento (Salleras y cols., 1999).
- Se puede intervenir para mejorar la vida cotidiana de las personas mayores con problemas visuales, así como para compensar los problemas de visión en la oscuridad, debe haber una correcta iluminación de las casas, evitando, especialmente los fluorescentes y las luces que reflejan directamente sobre el suelo, ya que intensifican el deslumbramiento, también el empleo de colores vivos y con mucho contraste son dos medidas que pueden mitigar las consecuencias de algunas alteraciones visuales leves.

### 3.2.2. Cambios en la audición

La pérdida de audición con la edad (**presbiacusia**) es frecuente en las personas mayores y puede deberse a diferentes causas. El 90% de los casos de presbiacusia se debe a la pérdida de audición sensorioneural como resultado de la interacción de factores relacionados con la edad, enfermedades y agentes que lesionan el oído. A partir de los 75 años el déficit de audición se presenta en un número considerable de personas y es mayor en los hombres que en las mujeres. Algunos problemas auditivos pueden ser debidos a factores externos, como por ejemplo la excesiva cera en los oídos o artritis en los huesecillos del oído medio, que en algunos casos la intervención médica puede solucionar. Sin embargo, la mayoría de las pérdidas auditivas en la vejez se debe principalmente a los cambios degenerativos de la cóclea, el principal receptor neurológico para la audición. La cóclea es para la audición lo que la retina es para la visión. Los problemas cocleares generalmente implican la pérdida de células ciliadas (órganos finales que captan las ondas sonoras y las transforman en impulsos eléctricos susceptibles de ser enviados a la corteza cerebral auditiva, donde son interpretados como sonido) o perturbaciones en el metabolismo del oído interno (Fozard y Gordon-Salant, 2001).

Las personas mayores con problemas auditivos pueden tener normal la audición de las frecuencias bajas con pérdidas de las frecuencias medias y altas, así es que presentan problemas en comprender el habla sobre todo cuando

hay ruido de fondo. A veces las personas afectadas no son conscientes de la pérdida, ya que se desarrolla gradualmente a lo largo de los años. Además, frecuentemente las familias tienden a interpretar que cualquier error se debe a mala comprensión, confusión, olvido o falta de atención, por lo que es necesario poner atención en las situaciones de alerta (véase tabla 2.2).

**Tabla 2.2. Situaciones de alerta en los problemas de audición**

---

- La persona se queja de que no comprende bien.
  - La persona ha estado o está expuesta a medicamentos ototóxicos.
  - Se pregunta repetidamente qué decimos (¿Qué?).
  - Se ha trabajado durante años en lugares con exposición al ruido.
  - Se observa que la persona mayor está ausente en un grupo de conversación.
- 

Cuando las personas mayores no oyen bien se sienten muy incómodas y es fácil su aislamiento social, por lo que la pérdida auditiva genera problemas emocionales y puede alterar el bienestar psicológico. Aunque se puede compensar ciertas pérdidas auditivas con el uso de audífonos, a diferencia de las gafas para algunos problemas visuales, estos audífonos necesitan un proceso de adaptación que para algunas personas mayores presenta dificultades, lo que explica por qué muchas de ellas no los quieren llevar. Los factores que ayudan a identificar a las personas que aceptarían un audífono no están bien definidos, por lo que es importante incluir en los exámenes periódicos de salud la revisión de la audición.

Para comunicarnos con las personas mayores con déficit auditivos podemos utilizar algunas estrategias que presentamos en la tabla 2.3.

**Tabla 3.3. Estrategias para comunicarnos con personas mayores con problemas auditivos**

---

- Hablar siempre de cara al interlocutor.
  - Hablar claro y despacio, sin gritar.
  - Repetir las frases no entendidas en tono grave.
  - Evitar el ruido de fondo.
  - No taparse la boca y tenerla despejada, evitando también las gafas oscuras.
  - Acompañar el habla de gestos significativos.
- 

### 3.2.3. Cambios en otros sentidos

Los sentidos del gusto y el tacto han sido menos estudiados en la investigación sobre la vejez. Algunos estudios sobre el gusto y el olor (Nordin, Monsch y Murphy, 1995) apuntan a que en las personas ancianas parece ser que disminuye ligeramente la sensibilidad en ambos sentidos, aunque otros autores nos di-

cen que la sensibilidad a los sabores amargos está más preservada que la sensibilidad a los sabores dulces o salados (Weiffenbach, Tylanda y Baum, 1990).

No todas las personas mayores pierden el placer por la comida, pero cuando se pierde afecta a algunos comportamientos tales como la no disposición a comer fuera de casa o compartir comidas con amigos o familiares. Las personas mayores que viven solas y tienen pocas relaciones sociales comen menos variado y comidas más fáciles y rápidas, lo que ayuda a disminuir el gusto por los alimentos, por lo que la disminución por el gusto y los olores esta también relacionada con cuestiones sociales.

La percepción del dolor se relaciona con el sentido del tacto. La percepción y el reconocimiento del dolor también es diferente en mayores y jóvenes. Las enfermedades que se asocian con dolor agudo en las personas jóvenes apenas producen malestar en las personas ancianas, por ejemplo. El problema de la investigación sobre el dolor es que depende de diversos factores tales como la intensidad del estímulo, la cultura, la situación. Por tanto la evaluación del dolor se convierte en un proceso muy individualizado (Wisocki y Powers, 1997).

Es evidente que los trastornos de visión y audición afectan al rendimiento motor, pero la movilidad y la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria se ven afectadas en gran manera por los problemas en el sistema esquelético-muscular.

### 3.3. Sistema esquelético-muscular

El sistema esquelético-muscular comprende los huesos, músculos y articulaciones que posibilitan el movimiento. Observamos que las personas muy mayores tienen problemas para desplazarse con rapidez, para levantarse de la cama, para sostener un objeto, por ejemplo sostener un libro pesado para leer. Estos cambios dependen de la integridad del **sistema esquelético-muscular** que se compone de los músculos, huesos y articulaciones.

Los **músculos** son el motor que propulsa la acción. La fuerza muscular disminuye gradualmente a partir de los 40 años, acelerándose las pérdidas a partir de los 70. Las pérdidas son más evidentes en las extremidades inferiores y la causa es la pérdida de masa muscular, o atrofia de las propias fibras musculares que, una vez instalada, impide que se regeneren de nuevo. Sin embargo, con las adecuadas intervenciones basadas en ejercicios físicos adaptados a la edad, se puede ayudar a que el proceso de atrofia y pérdida de masa muscular se retrase en buena medida (Belsky, 2000).

Los **huesos** a partir de los 40 años pierden densidad, se hacen más porosos, quebradizos y frágiles, a esta pérdida se la llama **osteoporosis**, se caracteriza por una disminución de masa ósea que comporta un aumento de la fragilidad de los huesos y la probabilidad de fracturas, las personas mayores son las que más sufren este problema. La osteoporosis se ha clasificado tradicio-

nalmente como de origen primario, es decir que no es debida a patologías y de origen secundario, en este caso es consecuencia de condiciones clínicas que afectan al metabolismo óseo. La primera corresponde a la que se manifiesta entre los 15-20 años posteriores a la menopausia en las mujeres y su causa es debida al déficit de estrógenos. La segunda aparece en los hombres y mujeres mayores de 70 años, en la que inciden múltiples factores, entre los que contribuye el factor propio del envejecimiento (Salleras y col., 1999).

Considerando los criterios de la OMS, en España se calcula una prevalencia de osteoporosis en mujeres de edades entre 50 y 60 años del 17,2 %, aumentando al 35,2 % en el grupo de 60 a 70 años, y al 52 % en las mayores de 70. En los hombres mayores de 50 años la prevalencia se estima del 8,3 %.

El principal problema de la osteoporosis es que facilita las caídas y las fracturas óseas. Una de las fracturas más frecuentes entre las personas de edad es la fractura de cadera, que necesita una recuperación postoperatoria larga y tiene consecuencias negativas para las actividades de la vida diaria, ya que reduce la movilidad e implica repercusiones psicológicas.

En cuanto a las articulaciones, los problemas se acentúan en el envejecimiento, siendo el principal la **osteoartritis**, que consiste en el desgaste de la almohadilla que protege las articulaciones. Cuando nos movemos nuestras articulaciones están sujetas a la presión, con lo que el desgaste de la almohadilla hace que se erosione la cubierta protectora de los extremos del hueso. Cuando se destruye este cartílago aparecen bultos óseos, y una inflamación que afecta al movimiento. El roce entre los huesos produce además dolor (Belsky, 2001). La osteoartritis, al afectar al movimiento, puede producir algún tipo de discapacidad. Los datos indican que las personas que la sufren presentan algunos problemas que en muchos casos pueden ser graves, afectando a la realización de las actividades de la vida diaria (especialmente las instrumentales). De esta manera, la persona puede comenzar a necesitar ayuda, perdiendo buena parte de su independencia funcional. Aunque no todas las personas mayores padecen esta afectación, son suficientes para que se considere una de las principales enfermedades crónicas en la vejez.

Todos estos cambios afectan, como podemos imaginar, al rendimiento motor. Las personas mayores son más lentas en sus acciones y movimientos, respondiendo además a los estímulos con una menor velocidad. Por ello, acciones que requieran cierta agilidad y rapidez, tales como cruzar una calle antes de que cambie el semáforo, conducir, etc., pueden verse entorpecidas o impedidas cuando los cambios motores llegan a determinado límite.

### 3.4. Sistema cardiovascular

Cuando envejecemos el corazón cambia: el colágeno que envuelve las fibras musculares se endurece y se vuelve insoluble, el corazón aumenta de tamaño debido a la grasa que gradualmente se deposita sobre la superficie cardiaca.

La frecuencia cardiaca declina con la edad. Aunque no se conoce el porqué, la investigación con ratas indica que un corazón senil requiere más tiempo para contraerse y relajarse después de cada contracción (Shock, 1977b).

Los cambios arteriales que ocurren en el envejecimiento implican un aumento de la rigidez en las paredes arteriales, un incremento de la relación colágeno/elastina de la aorta y grandes vasos y una disminución de la elasticidad de las fibras colágenas y la membrana basal endotelial engrosada. Los cambios del tejido conectivo probablemente forman parte del envejecimiento normal, pero los datos de la investigación actual apuntan a que los otros cambios pueden ser debidos a un tejido crónicamente inflamado. Dado que la enfermedad arterial es muy común entre las personas mayores, es difícil separar el envejecimiento normal del deterioro provocado por las enfermedades. Pero el resultado es en todo caso predecible: a medida que las arterias disminuyen de calibre, la presión arterial tiende a aumentar y el riesgo de obturación (el infarto, con la consecuente falta de riego sanguíneo de algunas estructuras) también.

Actualmente se piensa que muchas enfermedades del corazón en personas mayores se pueden evitar con una dieta equilibrada, rica en fibras y baja en grasas. Lo cierto es que las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la causa de muerte más común entre los mayores de ambos sexos en la mayoría de los países. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (2001), los hombres mayores sufren mayor incidencia de las enfermedades cardiovasculares que las mujeres, aunque en edades más avanzadas la distancia entre ambos sexos tiende a ser menor. La cardiopatía coronaria y el infarto son las principales causas de muerte en los hombres al envejecer. En conjunto hay más muertes por cardiopatía coronaria (5,2 millones) que por infarto (4,6 millones). Los principales factores de riesgo que claramente pueden modificarse son: el consumo de tabaco, la hipertensión, el elevado nivel de colesterol y la obesidad. Hay pruebas sustanciales de que el ejercicio físico disminuye el riesgo de hipertensión. El estrés es también un problema nocivo para el corazón.

### 3.5. Sistema respiratorio

El cambio más evidente en el sistema respiratorio relacionado con la vejez es la dificultad respiratoria. A medida que envejecemos hay una disminución de la movilidad de las costillas y contracción de los músculos respiratorios, debido a la cifosis progresiva, la osteoporosis y el colapso vertebral junto con la calcificación de los cartílagos costales. El cartílago de la traquea y los bronquios se calcifica, lo que incrementa su rigidez. El flujo de aire hacia los pulmones disminuye de un 20 a un 30 % en el periodo que va desde la edad adulta joven hasta la vejez. La capacidad pulmonar máxima empieza a declinar a los 20 años, aunque el ritmo del cambio se incrementa a los 40.

Los trastornos pulmonares son más frecuentes en las personas ancianas, pero actualmente están considerados como resultado del envejecimiento secundario. Por ejemplo, el enfisema se consideraba que formaba parte del envejecimiento normal, pero los estudios recientes demuestran que fundamentalmente es consecuencia del tabaquismo. También la bronquitis y neumonía son más frecuentes entre las personas ancianas, probablemente por debilitamiento de la respuesta inmune (Zarit y Zarit, 1987).

### 3.6. Otros sistemas corporales

Los problemas que se pueden presentar en el sistema **gastrointestinal** en las personas mayores pueden ser causados por una disminución de ingesta de líquidos, una dieta pobre en nutrientes y la falta de ejercicio. También pueden deberse a la ingestión de fármacos utilizados para mitigar el dolor óseo u otras enfermedades, por tanto no se consideraría resultado del envejecimiento primario.

En cuanto a sistema **excretor**, existen cambios significativos en la vejiga y en los riñones, que parecen relacionarse con la edad. A los 90 años los riñones han perdido un tercio de su peso. El envejecimiento también puede afectar al sistema **endocrino** a distintos niveles. Sin embargo no ocurren grandes cambios, la glándula hipofisaria no cambia de tamaño ni de peso, aunque muestra signos característicos del envejecimiento. La producción de hormonas tiroideas disminuye con la edad, aunque su nivel en sangre sigue siendo constante. Más de la mitad de las personas mayores de 65 años muestran una tolerancia a la glucosa disminuida, pero sólo alrededor del 10 % manifiestan signos de diabetes (Zarit y Zarit, 1987).

## 4. Problemas en el sueño y el dormir

Las personas mayores suelen quejarse a menudo de problemas en el sueño. Las principales quejas son que tienen dificultades para dormir, que se despiertan a menudo durante la noche y que piensan que su sueño es pobre. Este tipo de problemas no sólo se manifiesta en edades avanzadas, ya que las personas de 50 años es bastante habitual que no duerman de un tirón (Schaie y Willis, 2003).

Estos problemas, sin embargo, pueden verse provocados o agudizados por factores como el estrés, la ansiedad o los malos hábitos de sueño. La inactividad y la frecuencia de siestas en algunas personas mayores pueden repercutir en problemas de sueño por la noche. También debemos referirnos a problemas ambientales tales como la temperatura del dormitorio, la dureza o no del colchón y los ruidos, que pueden alterar el sueño de los mayores. Por último, es importante tener en cuenta que muchas personas mayores toman medicación que puede alterar la cantidad y calidad del sueño.

Hay algunas alteraciones físicas que afectan al sueño. Las más comunes son los trastornos respiratorios, siendo el más importante la **apnea** del sueño, o la interrupción de la respiración durante al menos diez segundos. Se considera dentro de los límites de la normalidad la existencia de menos de cinco apneas por hora. Las personas que sobrepasan ese límite se ven afectadas por síntomas como el cansancio, cefaleas, sequedad bucal, etc.

Relacionados con el sueño también están los problemas musculares tales como las **mioclonias nocturnas**, que se manifiestan por sacudidas continuas de las piernas, así como las **parestesias nocturnas** o prurito (picor) de las piernas y necesidad de moverlas para interrumpir la sensación (Bootzin y Engle-Friedman, 1989).

Muchos de los problemas del sueño están relacionados con patologías de tipo psicológico, entre las que destacan el estrés, la depresión y los trastornos de ansiedad (véase capítulo 12).

## 5. Intervenciones

Aunque las pérdidas que sufren las personas mayores son en su mayoría persistentes, se aconseja realizar ejercicio físico para paliarlas. El ejercicio ayuda a tener tiempos de reacción más rápidos y también ayuda a los músculos, huesos y articulaciones. El ejercicio es beneficioso no sólo para las personas que padecen problemas osteoarticulatorios, sino también para las personas mayores hospitalizadas o en instituciones. En ocasiones la hospitalización requiere un tiempo de estancia en la que no se hace ningún tipo de actividad: es entonces cuando la intervención fisioterapéutica ayuda a que los músculos y las articulaciones no se anquilosen. En suma, el ejercicio es muy útil tanto si se tiene discapacidad como si no.

Para hacer más fácil el movimiento y la independencia de los mayores con problemas motores se puede modificar el entorno, lo que permite compensar ciertos déficit que generan los problemas óseoarticulatorios. Esto implica diseñar viviendas para personas mayores, especialmente las cocinas y los baños. Con el fin de facilitar los accesos a los baños, se puede considerar la sustitución de bañeras por duchas con agarres, la instalación de suelos que impidan resbalar, los inodoros con barandillas y de mayor altura, etc. Otras medidas son las barandillas en los pasillos, las puertas con medidas aptas para sillas de ruedas, los accesos a la vivienda con rampas y ascensores, etc. También es necesario modificar los espacios públicos, lo que implica, por ejemplo, instalar rampas para cruzar la calle en silla de ruedas, o la facilitación del acceso a los transportes públicos (véase tabla 2.4).

Como podemos observar, en los problemas sensoriales y motores los déficit son prácticamente permanentes y, aunque existen intervenciones farmacológicas para paliarlos, a veces suelen afectar a otros órganos. Por ello, lo mejor en estos casos es recomendar en cualquier caso un ejercicio físico



**Tabla 2.4. Principales cambios sensoriomotores en la vejez e intervenciones para mitigar sus consecuencias (Tabla adaptada de Belsky, 2001, p. 126)**

---

**VISTA**

- Cambio:**
- Visión débil en la oscuridad.
  - Más sensibilidad al deslumbramiento.
  - Visión periférica débil.
  - Procesado más lento de los datos visuales.
- Intervenciones:**
- Utilizar luces fuertes indirectas; no fluorescentes.
  - Usar colores vivos y que contrasten.
  - Llevar una linterna en los lugares con poca luz.
  - Examinar completamente el entorno visual.
  - Utilizar las ayudas correspondientes en los casos de problemas de visión graves.
- 

**OÍDO**

- Cambio:**
- Pérdida del oído para los tonos agudos.
- Intervenciones:**
- Evitar los lugares con ruido de fondo.
  - Hablar vocalizando, en tono grave y de cara a la persona.
  - Instalar moqueta de pared a pared y ventanas con doble cristal.
  - Utilizar audífono y otras ayudas en los casos graves.
- 

**GUSTO Y OLFATO**

- Cambio:**
- Pérdida de sensibilidad para los alimentos o dulces; poco olfato.
- Intervenciones:**
- Dar más sabor a los alimentos y masticar bien.
  - Comer fruta.
  - Los detectores de humo son fundamentales en las casas de las personas mayores.
- 

**TIEMPO DE REACCIÓN**

- Cambio:**
- Un retraso general, sobre todo en los casos que exigen una serie de pasos o acciones complejas.
- Intervenciones:**
- Evitar situaciones de alto riesgo o que exijan velocidad.
  - Hacer ejercicio físico.
- 

**AFECCIONES EN EL MOVIMIENTO**

- Cambio:**
- Menos fuerza muscular y flexibilidad de las articulaciones.
  - Los huesos se rompen más fácilmente.
- Intervenciones:**
- Instalar moquetas y alfombras poco tupidas.
  - Reducir la cantidad de muebles.
  - Las puertas se deben abrir con facilidad.
  - Emplear barras para agarrarse o dispositivos similares de ayuda.
-

adaptado y hacer todo lo posible para modificar y adaptar el entorno a las necesidades funcionales de los mayores. Con ello se retrasa la dependencia y se ayuda a que las personas mayores gocen de mejor bienestar psicológico.

La intervención en problemas de sueño se deben basar fundamentalmente en cambios en el ambiente, disminución de ruidos, mediante cristales dobles, rituales antes de ir a dormir o en casos más graves sesiones de psicoterapia. Entre los tratamientos que a nuestro entender son más adecuados está la relajación (ejercicios de relajación antes de ir a dormir) y el control de estímulos, ayudar a adquirir un ritmo constante de sueño, poner el despertador cada día a la misma hora, para ayudar a adquirir un ritmo y evitar las siestas a mediodía.

## 6. Conclusión

A medida que nos hacemos mayores, el declive biológico es un hecho evidente, que es percibido por los propios ancianos/as. En un estudio realizado por Triadó y Villar (1997), los participantes, mayores de 65 años, constatan que son los cambios biológicos o físicos los que más se relacionan con el proceso de envejecimiento. Pero en cualquier caso, es preciso no olvidar que ciertas diferencias individuales, que se asocian con la edad, son de hecho transformaciones particulares de ciertos grupos y evolucionan de generación en generación. Aunque los genes pueden estar involucrados en la causa de las enfermedades, en muchas de ellas la causa es medioambiental y externa en mayor grado que genética y interna. La influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de enfermedades crónicas, como la diabetes, las cardiopatías, y ciertos cánceres, etc., varía considerablemente entre las personas. Para muchas de ellas, las conductas relacionadas con el estilo de vida (como no fumar, mantener un consumo moderado de alcohol o hacer ejercicio), las dotes personales para enfrentarse a las situaciones adversas y el hecho de disponer de una red social de apoyo, pueden modificar sustancialmente la influencia de la herencia genética en el declive funcional y el comienzo de la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2002).

En cualquier caso, los programas de intervención y de prevención son eficaces en el retardo del proceso de deterioro físico y, sobre todo, de las consecuencias negativas (concretadas en una disminución de la autonomía) que pueden provocar en la vida cotidiana de las personas mayores.

### Cuestiones clave

1. ¿A qué edad piensas que las personas pueden considerarse ancianas? Razona la respuesta.
2. ¿Piensas que en el futuro la ciencia podrá evitar el envejecimiento? Razona la respuesta.
3. ¿Qué cambios físicos crees que afectan más a las personas mayores? Razona la respuesta.
4. ¿Crees que hay formas de hábitos de vida a lo largo del ciclo vital que repercuten en una vejez más sana? Razona la respuesta.
5. ¿Cuáles crees que son las principales causas de los problemas de sueño en la vejez?

### Actividades prácticas

1. Elabora una lista de problemas físicos: sensoriales, motrices y de sistemas corporales que puedan sufrir las personas mayores. Busca 18 personas mayores (tres hombres y tres mujeres de cada franja de edad) clasificadas en tres grupos de edad: 65 a 70 años, 70 a 80 y más de 80, pídeles que marquen con una cruz aquellos problemas que les afecten, y observa qué repercusión tienen en su funcionalidad (actividades de la vida diaria).
2. Busca 10 personas mayores de 70 años (cinco hombres y cinco mujeres) y pregúntales si tienen problemas para dormir, qué tipo de problemas y a qué creen que es debido. Escribe los resultados y haz una reflexión personal sobre ellos.

### Lecturas recomendadas

Botella, J. (2005): «La salud y el envejecimiento. El estado de salud de las personas mayores». En S. Pinazo y M. Sánchez (ds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 93-113. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Este capítulo se plantea desde la medicina geriátrica, expone las enfermedades y grandes síndromes geriátricos así como las características y peculiaridades de los pacientes mayores.

Hayflick, L. (1987): «Biología celular y bases teóricas del envejecimiento humano». En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (eds.), *El envejecimiento y sus trastornos*, pp. 15-29. Barcelona: Martínez Roca.

En este capítulo se hace una revisión sobre aspectos del envejecimiento a la luz de la biogerontología, tratando todos los temas relacionados con los estudios genéticos y celulares.

ONU y AIG (2002): «Programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37 (S2), pp. 57-64.

Este programa, elaborado por la Organización de las Naciones Unidas y la Asociación Internacional de Gerontología y presentado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento a través del Foro de Valencia, presenta las prin-

cipales prioridades para ayudar a los planificadores políticos e investigadores a dirigir los recursos a las áreas de mayor necesidad. Las directrices prioritarias se centran en la potenciación del desarrollo social, de la salud y el bienestar y en la garantización de un entorno asistencial y de apoyo.

## Bibliografía

- Belsky, J. (2001): *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Birren, J. E., y Cunningham, W. R. (1985): «Research on the Psychology of Aging: Principles, concepts and theory». En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, 2ª ed. pp. 3-34. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- y Zarit, J. (1985): *Concepts of health, behavior and aging: Cognition, stress and aging*, 2ª ed, pp. 1-18. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Bootzin, R. R., y Engle-Friedman, M. (1989): «Trastornos del sueño». En L. L. Cars-  
tensen y B. A. Edelstein (eds.), *Psicología clínica. Intervención psicológica y social*, pp. 74-87. Barcelona: Martínez Roca.
- Botella, J. (2005): «La salud y el envejecimiento. El estado de salud de las personas mayores». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 93-113. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Cristofalo, V. J. (1991): «Overview of biological mechanism of aging». En V. J. Cristofalo y M. P. Lawton (eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 10, pp. 1-22. Nueva York: Springer.
- Fozard, J. L., y Gordon-Salant, S (2001): «Sensory and perceptual changes with aging». En J. E. Biren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, pp. 241-266. San Diego: Academic Press.
- Khon, M. L. (1977): «Class and conformity: A study in values». Chicago: University of Chicago Press.
- Kohn, R. R. (1985): «Aging and age related diseases: Normal processes». En H. A. Johnson (ed.), *Relations between normal aging and disease*, pp. 1-44. Nueva York: Raven.
- Kirwood, T. (1996): «The evolution of ageing». *Review of Clinical Gerontology*, 5, pp. 3-9.
- Kline, D. W., y Scialfa, C. T. (1996): «Visual and auditory aging». En E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, pp. 181-203. San Diego: Academic Press.
- Maddox, G. L. (1991): «Aging with a difference». *Aging Well*, 1, pp. 7-10.
- Nordin, S.; Monsch, A. U., y Murphy, C. (1995): «Unawareness of smell loss in normal aging and Alzheimer's disease: Discrepancy between self-reported and diagnosed smell sensibility». *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 50, pp. 187-192.
- Organización Mundial de la Salud (2001): *Hombres, envejecimiento y salud. Conservar la salud a lo largo de la vida*. Madrid: IMSERSO.
- Organización mundial de la salud (2002): «Envejecimiento activo: un marco político». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37, pp. 74-105.
- Salleras, L.; Taberner, J. L.; Tresserras, R.; Morera, R.; Martín, A.; Cervera, A. M.; Robot, J., y Ballesteros, E. (1999): *Llibre Blanc. Activitats preventives per la gent*

- gran*, pp. 159-171. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. Generalitat de Catalunya.
- Schaie, K. W., y Willis, S. L. (2003): *Psicología de la edad adulta y la vejez*. Madrid: Pearson.
- Schroots, J. J. F., y Birren, J. E. (1990): «Concepts of time and aging in science». En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, 3.ª ed., pp. 45-64. San Diego: Academic Press.
- Shock, N. W. (1977b): «Systems integration. En C. E. Finch y L. Hayflick (eds.), *Handbook of the biology of aging*, pp. 639-665. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Strehler, B. L. (1962): *Time, cells, and aging*. Nueva York: Academic Press.
- Toussant, O. (1993): «La biología del envejecimiento celular I. Convergencia de las teorías de envejecimiento celular hacia el concepto de umbral crítico de acumulación de errores». *Revista de Gerontología*, 3, pp. 143-152.
- Triadó, C., y Villar, F. (1997): «Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores». *Anuario de Psicología*, 73, pp. 43-55.
- Waldford, R. L. (1969): *The immunologic theory of aging*. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Weale, R. A. (1998): «Age and the transmittance of the human crystalline lens». *Journal of Physiology*, 395, pp. 577-587.
- Weiffenbach, J. M.; Tylenda, C. A., y Baum, B. J. (1990): «Oral sensory changes in aging». *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 45, M121-M125.
- Wisocki, P. A., y Powers, P. A. (1997): «Behavior treatments for pain experienced by older adults». En D. I. Mostofsky y J. Lomranz (eds.), *Handbook of pain and aging*, pp. 365-382. Nueva York: Plenum.
- Zarit, J. M., y Zarit, S. H. (1989): «Envejecimiento molar: Fisiología y psicología de envejecimiento normal». En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (eds.), *El envejecimiento y sus trastornos*, pp. 30-45. Barcelona: Martínez Roca.



# 3. Salud, conducta y vejez

**Ignacio Montorio, María Izal  
y Gema Pérez**

Saber envejecer es una obra maestra de la sabiduría,  
y una de las partes más difíciles del gran arte de vivir.

Henri Frédéric

El avance en el conocimiento sobre enfermedades, factores de riesgo asociados y conductas que protegen la salud, así como la consideración de una definición amplia de la misma, permite concluir que la mejora del estado de salud de las personas mayores es una realidad. Otra cuestión diferente es el momento en el que se debe actuar, cómo se debe actuar y el nivel de intervención necesario en cada momento: prevención, promoción o tratamiento. El primer paso sería la prevención de la aparición de enfermedades antes de que éstas ocurran mediante la adopción de estilos de vida saludables. En segundo lugar, a través de la promoción de conductas saludables en contextos también saludables se puede conseguir retrasar y reducir las manifestaciones del envejecimiento normal, promoviendo el envejecimiento satisfactorio. Un último objetivo incluiría el diseño e implantación de intervenciones con el fin de atenuar y tratar las manifestaciones y efectos negativos de las enfermedades que más frecuentemente aparecen en esta edad. El objetivo final de la puesta en marcha de los diferentes niveles de intervención es promover un envejecimiento lo más saludable posible («añadir vida a los años»), de manera que las personas mayores disfruten de la vida y obtengan satisfacción de ella. El reto actual es conseguir demorar la instauración de enfermedades crónicas y aumentar el número de años vividos sin discapacidad (Botella, 2005). La investigación, especialmente la basada en metodología longitudinal, ha demostrado que esto no es un reto utópico.

En los últimos años se ha producido un solapamiento entre la Psicología de la Salud y la Psicología de la Vejez, en parte debido a la presión demográ-

fica, que ha conducido a que se estudie la salud desde la perspectiva del ciclo vital. Esto ha provocado que, en general, los profesionales de la salud traten cada vez con más frecuencia a un número creciente de personas mayores y, en particular, que los psicólogos que trabajan con personas mayores creen necesario aumentar sus conocimientos sobre el envejecimiento para mejorar la atención hacia este grupo de población.

La salud puede ser considerada de formas diversas. Si se considera simplemente como la ausencia de enfermedad aguda o crónica, es decir, desde la perspectiva tradicional, difícilmente la mayor parte de las personas mayores podrían considerarse sanas. Por el contrario, si se define como «un estado de bienestar físico, mental y social completo y no simplemente la ausencia de trastorno o enfermedad» tal y como hace la OMS (1948), donde la salud es vista desde una perspectiva positiva, multidimensional e integral incluyendo bienestar físico y subjetivo, participación e integración social y teniendo en cuenta el potencial de cada individuo y su capacidad de adaptación a contextos diferentes, resulta fácilmente comprensible que las personas mayores puedan llegar a alcanzar niveles aceptables de bienestar, independientemente de la presencia de enfermedades agudas o crónicas y de cambios o pérdidas asociadas al envejecimiento.

En la vejez, una buena salud es sinónimo de autonomía e implica la posibilidad de mantener una vida independiente sobre la que se ejerza control. Esto explica, por un lado, que las personas mayores se orienten intensamente hacia la conservación de su salud para poder disfrutar de su independencia, y, por otro, que estudios que analizan el contenido de las preocupaciones de personas mayores hayan encontrado que éstas se relacionan especialmente con cuestiones relacionadas con la salud (Nuevo, Izal, Montorio, Losada y Márquez, 2003). Además, una mayor preocupación relativa a la salud se asocia a mayores niveles de ansiedad, preocupación-rasgo y depresión, permitiendo además diferenciar personas con un nivel de preocupación clínicamente relevante (Nuevo, Montorio, Márquez, Izal y Losada, 2004).

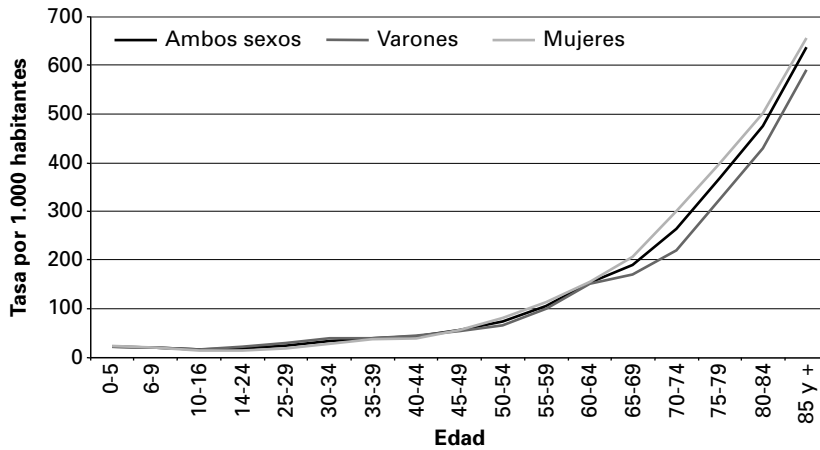
### **1. Salud y dependencia**

A medida que aumenta la edad aumenta el riesgo de padecer enfermedades crónicas o no (Abellán, Pérez, Puga y Sancho, 2005) especialmente la hipertensión y las enfermedades coronarias. Además, las personas mayores presentan en mayor porcentaje enfermedades digestivas, respiratorias y cáncer y es frecuente la existencia de dos o más enfermedades conjuntamente. La presencia de estas enfermedades puede tener como consecuencia disminución de la calidad de vida, aumento de la tasa de mortalidad y se relacionan estrechamente con el fenómeno de la dependencia.

Parece que la dependencia, aunque presente en todos los grupos de edad, está estrechamente asociada con la edad y con el sexo, siendo más frecuente



Figura 3.1. Tasas de discapacidad por edad y género

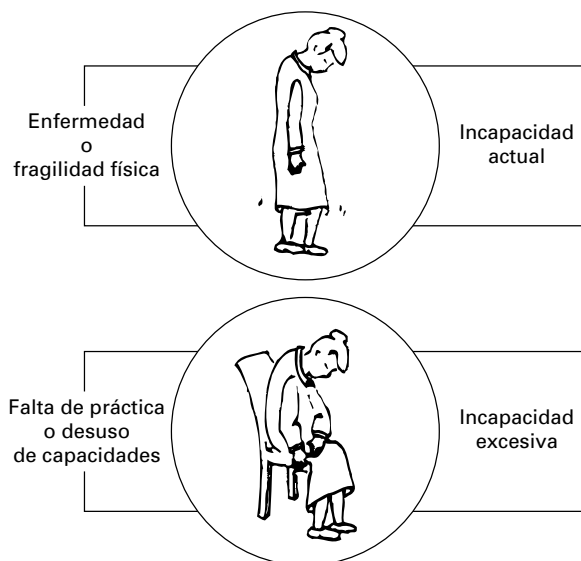


en personas de edad avanzada y entre las mujeres (véase figura 3.1). Concretamente, más del 32 % de las personas mayores de 65 años presentan algún tipo de discapacidad (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005), porcentaje que aumenta hasta el 63 % en personas de 85 o más años. La dependencia influye negativamente en la autoestima, en la salud subjetiva, en el bienestar subjetivo, en las relaciones sociales y en la realización de actividades de ocio (Abellán y cols., 2005).

No obstante, es importante tener en cuenta que la dependencia es un fenómeno multicausal, esto es, no es el producto únicamente de factores biológicos (enfermedades crónicas y/o cambios biológicos asociados al envejecimiento), sino que también es la consecuencia de factores psicológicos, sociales y ambientales, como actitudes y comportamientos sobreprotectores por parte de la familia, estereotipos y actitudes edadistas hacia las personas mayores, características contextuales como entornos infra o sobreprotectores, que puede conducir al fenómeno del **exceso de incapacidad** (véase figura 3.2) que consiste en que la persona presente un nivel de funcionamiento inferior en la realización de actividades de la vida diaria que puede ser explicado a causa de su estado de salud. Este fenómeno tiene consecuencias negativas para la persona mayor tales como un aumento de la dependencia, una disminución de la autoeficacia y la autoestima, depresión o mortalidad prematura (Montorio y Losada, 2005).

La conjunción de la presencia de enfermedades crónicas o agudas, los cambios asociados al envejecimiento y los fenómenos de dependencia de las personas mayores de 65 años hacen que éstos utilicen con mayor frecuencia los servicios sanitarios y hospitalarios y consuman un mayor número de fármacos, siendo frecuente su policonsumo.

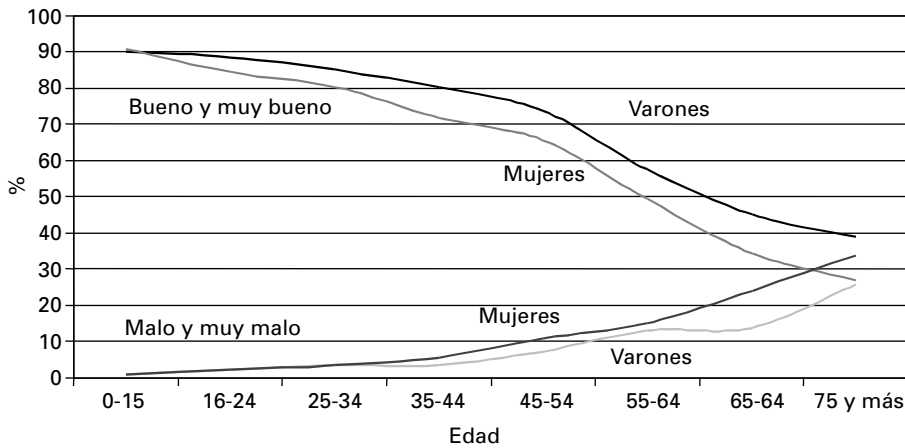
**Figura 3.2. Exceso de incapacidad**



## 2. La percepción de la salud por las personas mayores

La salud puede ser entendida desde un punto de vista *objetivo*, mediante indicadores como el número de enfermedades diagnósticas o la gravedad de las mismas, o *subjetivo*, determinado por cómo valoran las personas su propia salud. No existe una relación lineal entre cómo valoran las personas mayores su salud y la salud objetiva (Casas y Aymerich, 2005), ya que la salud percibida también está influida por factores psicológicos y sociales. La salud percibida es de interés en el ámbito sanitario ya que es un indicador de satisfacción con la vida y malestar emocional y predice el grado de utilización de servicios, así como también es indicador de mortalidad (Jang y cols., 2004) y puede ser especialmente útil para la planificación y el desarrollo de programas, servicios sanitarios y sociales con el objetivo de mejorar la calidad de vida y la adaptación a los cambios que se producen en el envejecimiento (Yanguas, 2004). Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003, el 36 % de las personas de 65 años o más perciben su salud como buena o muy buena, especialmente en el caso de los hombres, y, un 24 % consideran que es mala o muy mala, siendo más frecuente esta valoración entre las mujeres (véase figura 3.3).

También, la salud percibida se relaciona negativamente con la edad, con la presencia de problemas de salud, con la dependencia, con la soledad, relación que es más estrecha entre las mujeres y, también se asocia de forma positiva, con el nivel económico, con el nivel educativo, con la supervivencia, con el apoyo social y con el estilo de vida de tal forma que cuanto más saludable sea éste mejor es la salud percibida (Fernández-Mayoralas y cols., 2003).

**Figura 3.3. Percepción del estado de salud según sexo y edad, 2003**

*Nota:* Estado de salud general percibido en los últimos 12 meses. No está representado «regular».

Muy bueno: Estos datos han de ser tomados con precaución ya que pueden estar afectados de elevados errores de muestreo.

*Fuente:* INE: INEBASE: *Encuesta nacional de salud (Datos provisionales). Periodo abril-septiembre 2003.* INE, 2004.

### 3. Relación entre conducta y salud en las personas mayores

El papel de los factores conductuales y ambientales en la explicación de la salud y la dependencia en personas mayores ha venido creciendo en importancia después de la publicación de los primeros resultados de los estudios longitudinales que daban cuenta de la importancia de los factores conductuales de riesgo y protección de la salud, así como de los estudios experimentales sobre conducta y salud que ponían de manifiesto la estrecha relación entre ambas dimensiones. Parece que, por un lado, la salud o la ausencia de la misma, *la enfermedad, tiene una gran influencia sobre la conducta*. Mientras las enfermedades agudas provocan respuestas emocionales y limitaciones en el funcionamiento cognitivo en cualquier momento del ciclo vital, la enfermedad crónica tiene efectos más drásticos. Y, por otro lado, *la conducta también influye sobre la salud*, de forma que determinados hábitos de comportamiento como el tabaco, la dieta, ejercicio, entre otros, pueden influir en la aparición de enfermedades y dependencia. Veamos detenidamente ambas relaciones.

#### 3.1. Efectos del estado de salud sobre la conducta

A continuación se describen los aspectos más estudiados en esta relación: la influencia de la salud sobre la emoción, el estado funcional y el estado cognitivo en personas mayores.

Con respecto al efecto de la salud sobre el estado emocional de las personas mayores, parece que, en comparación con personas más jóvenes, las enfermedades crónicas tienen un menor impacto emocional referido a un menor sentimiento de temor, ira o vergüenza (Leventhal, 1984) y menor estrés y malestar en este grupo de edad. Esto se explica tanto en función de su mayor experiencia en el afrontamiento de situaciones estresantes como en que la aparición de enfermedades no resulta inesperada para este grupo de edad, por lo que les puede resultar más fácil adaptarse a ellas, aunque esa adaptación depende de la fase y el tipo de enfermedad (Izal y Montorio, 1999).

Con respecto a la relación entre la enfermedad y la capacidad funcional, a pesar de que no existe una relación perfecta entre enfermedad crónica y deterioro funcional, los diferentes estudios longitudinales han venido a demostrar que determinados problemas físicos (enfermedades cardiovasculares, diabetes, etc.) incluso en personas, en principio, funcionalmente independientes, son importantes indicadores de incapacidad (Deeg, Kardaun y Forzard, 1996). Aunque también es cierto que padecer problemas de salud crónicos no significa necesariamente tener limitaciones funcionales. Así la puesta en marcha de intervenciones puede evitar las consecuencias de los problemas de salud crónica y la incapacidad que puede ir asociada a ella como disminución de la autoestima, de la autoeficacia, del autoconcepto y del bienestar subjetivo, dependencia, utilización de servicios costosos, institucionalización.

El tercer aspecto en que la salud puede interferir es sobre la cognición, sugiriéndose que una parte de los cambios cognitivos que ocurren en la edad avanzada se relacionan con un deterioro de la salud, así como que la salud o la pérdida de la misma afectan diferencialmente a las funciones cognitivas. Los dominios afectados son habitualmente, pero no invariablemente, aquellos que son más sensibles a los efectos del envejecimiento normal, esto es, las medidas de capacidad fluida: velocidad motora y perceptiva, tiempo de reacción, capacidades motoras y perceptivas y pruebas manipulativas, mientras que las capacidades verbales se muestran más preservadas. A modo de ejemplo, se han documentado efectos negativos de un aumento de la tensión arterial sobre el funcionamiento de la memoria y la atención, especialmente intensos cuando se utiliza una medida de presión sanguínea diastólica y la hipertensión aparece pronto a lo largo del ciclo vital (Elias, Wolf, D'Agostino, Cobb y White, 1993). También se ha constatado un efecto derivado de la presencia de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas en pruebas que requieren integración motora perceptual y pensamiento abstracto, aunque no en pruebas de memoria o capacidad verbal (Grant, Heaton, McSweeney, Adams y Timms, 1982). Resultados similares se han obtenido ante la presencia de diabetes. Además, hay pruebas concluyentes de que muchas de las medicaciones, bien habitualmente prescritas a las personas mayores o bien autoprescritas, tienen importantísimos efectos secundarios a nivel cognitivo (McInnes y Rabbit, 1997). Cuando se consideran las posibles explicaciones en cuanto a por qué las enfermedades crónicas afectan al funcionamiento cognitivo, hay

que considerar que el cerebro es especialmente vulnerable a la falta de glucosa y oxígeno. Así, por un lado, cualquier impedimento del flujo sanguíneo cerebral derivado de una menor eficiencia cardiovascular o respiratoria reducirá el oxígeno cortical y consecuentemente la eficacia de las cerebrales y, por ende, producirá un fallo cognitivo. Por otro lado, es conocido que la diabetes afecta negativamente al metabolismo cerebral de la glucosa.

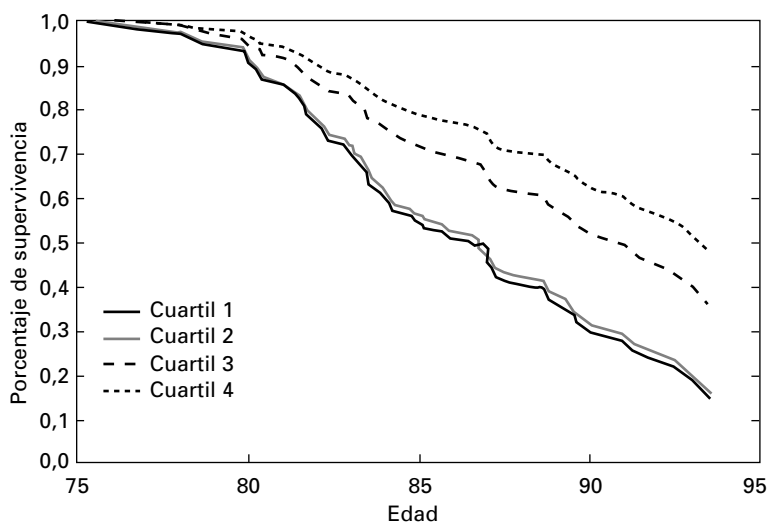
Una de las consecuencias prácticas del efecto de la salud sobre la cognición hace referencia a la pérdida de recursos cognitivos que facilitan el uso de instrumentación médica, la toma de medicamentos y la adopción de decisiones sobre la salud, incluyendo dar los pasos necesarios para regular una enfermedad, habiendo evidencia de que con los años se tienen más problemas para comprender y recordar la información médica (Park y Hall, 2002). Zwahr, Park, Eaton, y Larson, (1997) al realizar un experimento para valorar la comprensión de los testamentos vitales y cómo llevarlos a cabo, encontraron que el mejor indicador era la memoria operativa y la comprensión verbal y que apenas tuvo importancia el formato o la complejidad de la información. Meyer, Russo y Talbot (1995) encontraron que mujeres de distintas edades tomaban decisiones parecidas acerca de distintos supuestos médicos. No obstante, las mujeres mayores tomaban las decisiones más rápidamente, pedían menos información y facilitaban menos razones para su decisión que las mujeres más jóvenes. Estos resultados son compatibles, por un lado, con la idea de que las personas mayores son conscientes de sus limitaciones y optan por evaluar menos información y, por otro lado, con una mayor disposición a aceptar las sugerencias de los médicos, basándose, además, en parte en experiencias previas en las que una búsqueda de más información apenas les resultó útil.

No obstante, es importante darse cuenta de que, con los años, las personas adquieren una notable experiencia en la toma de decisiones sobre salud y enfermedad, lo cual amortigua el impacto de la pérdida de recursos cognitivos. El aspecto más importante, en cualquier caso, es determinar qué información entienden y cuál es el método óptimo para presentarla, especialmente ante la evidencia del aumento en las dificultades de comprensión.

### **3.2. Efectos de la conducta sobre la salud**

Está socialmente reconocido que determinadas conductas (consumo de tabaco, alcohol, dieta, ejercicio) o estilos de vida pueden tener efectos positivos o negativos para la salud, lo que conlleva importantes implicaciones en la implantación y valoración de programas de prevención y promoción de la salud.

A través de los resultados de diferentes estudios longitudinales se ha encontrado una relación positiva entre el afecto positivo, la salud y la longevidad, de manera que la presencia de emociones positivas o negativas influyen en la salud física y mental y la longevidad. En un estudio longitudinal clásico realizado por Danner, Snowdon y Friesen (2003) se analizaba la relación entre el contenido emocional (emociones positivas, negativas y neutras) de las auto-

**Figura 3.4. Relación entre afecto positivo y longevidad**

biografías escritas por monjas cuando éstas tenían 22 años y la longevidad de las monjas. Se observó que una mayor presencia de emociones positivas inferida de sus escritos significaba una mayor longevidad. En la figura 3.4 se describe la relación entre la frecuencia de las emociones positivas incluidas en las autobiografías, agrupadas en cuartiles y la longevidad de las participantes en el estudio. Más recientemente, un estudio longitudinal de referencias como es el NAS realizado por Aldwin, Spiro, Levenson y Supertino (en prensa) encuentran en la misma línea que la estabilidad emocional es un factor de protección para la salud a lo largo del ciclo vital. No obstante, otros estudios han encontrado evidencias contrarias, de manera que la presencia de algunas emociones positivas puede llegar a favorecer la frecuencia de comportamientos de riesgo como fumar o beber. Por lo tanto, es importante seguir investigando en esta dirección para comprobar los resultados de los diferentes estudios realizados y para poner en marcha intervenciones orientadas a la promoción de las emociones positivas, con el fin de aumentar la longevidad.

A continuación se presenta resumidamente los conocimientos actuales sobre los tres niveles de intervención para conseguir un envejecimiento saludable (prevención de la enfermedad, promoción de la salud e intervención), aunque previamente se va analizar cómo los factores personales de índole psicosocial median en la relación conducta-salud, influyendo positivamente en la salud de las personas mayores.

#### 4. Factores psicosociales. La mediación entre conducta y salud

Los factores psicosociales que influyen en cómo la persona responde a determinadas situaciones en las que la salud juega un papel fundamental se consti-

tuyen en los elementos implícitos clave de las intervenciones para la mejora de la salud. Entre estas variables de tipo psicosocial se han investigado especialmente el control percibido y la autoeficacia, las cogniciones sobre la enfermedad, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social.

El **control** percibido, definido como el grado en el que la persona advierte que existe una relación funcional entre sus acciones y los eventos que siguen a tales acciones, puede tener una gran influencia sobre el bienestar físico y emocional afectando, por ejemplo, en la adaptación a enfermedades crónicas, conductas de autocuidado, búsqueda de información, mantenimiento de las habilidades de la vida diaria, bienestar y satisfacción con la vida, reducción de la mortalidad y envejecimiento satisfactorio. El control percibido tiene efectos sobre la salud a través de la reducción del estrés, el aumento de la consciencia de síntomas y de acciones positivas para la mejora de la salud, así como tiene efectos fisiológicos sobre el mantenimiento de la respuesta inmune (Rodin y Salovey, 1989). Además, parece que la percepción de control, más que el propio ejercicio del mismo, es el principio activo de los programas de intervención de este tipo. Un estudio clásico que muestra una clara relación entre la percepción de control y el bienestar fue el realizado por Rodin y Langer (1976), comprueba el efecto positivo del control en relación con el ingreso en una residencia, de manera que, si en el traslado a la misma la persona mayor participa en algún grado en la toma de decisión, esta situación provoca menos problemas de salud (véase cuadro de texto).

#### RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE CONTROL Y BIENESTAR

¿Qué consecuencias tiene el fomento del control en personas mayores que viven en residencias?

«En el momento del ingreso en la institución para personas mayores se diferenciaron dos grupos compuestos por residentes que vivían en diferentes zonas del centro. Respecto al primer grupo, el director de la residencia les convocó a una reunión en la que el mensaje transmitido se centraba en resaltar que ellos eran competentes y estaban capacitados para tomar sus propias decisiones. A continuación, se ofreció a cada residente una planta y se les dijo que eran responsables de su cuidado. En el segundo grupo, el mensaje ponía el énfasis en que ellos estaban en la residencia para ser atendidos y que el personal se ocuparía de sus necesidades. También se les facilitó una planta, pero en este caso el personal la cuidaría. Tras tres meses de intervención encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. El primer grupo mostró una mejora tanto en diversos índices de bienestar físico y emocional como en el nivel de actividad. A los 18 meses de seguimiento las diferencias eran aún mayores, observándose incluso una tasa de mortalidad más elevada en el segundo grupo.»

Rodin y Langer, 1976

La **autoeficacia**, definida como la evaluación que realiza la persona acerca de su capacidad para poner en práctica con éxito una conducta necesaria para lograr un resultado, tiene también un fuerte impacto sobre la salud y el bienestar físico y emocional de las personas mayores. En un reciente estudio longitudinal en el que se estudiaba cómo la autoeficacia y el apoyo social influían en personas operadas de cáncer, se encuentra que la autoeficacia tenía un efecto directo sobre el crecimiento personal, la aceptación de las contradicciones de la vida e incrementaba la sensibilidad hacia otras personas, mientras que el apoyo social recibido influía en la mejora de las relaciones familiares (Luszczynska, Mohamed y Schwarzer, 2005).

También, se ha considerado que determinadas **creencias acerca de la enfermedad** por parte de la persona mayor respecto de la percepción de síntomas, la atribución de la causa de los mismos, la atribución de expectativa del curso que van a mantener y de curación pueden afectar a futuros comportamientos saludables, provocando al mismo tiempo respuestas emocionales, que, a su vez, alterarán de nuevo esas creencias. Esta mutua interacción entre emoción y cognición puede tener efectos negativos, de manera que, si la persona mayor percibe sus síntomas como efectos del envejecimiento normal y no debido a una enfermedad, existen muchas probabilidades de que no realice ninguna acción preventiva para contrarrestar esos síntomas.

Además, determinadas **actitudes** (edadistas y nihilistas) tanto por parte de las propias personas mayores como por parte de los profesionales influyen también en la prevención e intervención sobre la salud en personas mayores. Por un lado, las personas mayores tienden a «quitar importancia» a los síntomas y las molestias que experimentan e informan insuficientemente de ellos debido a que las perciben como aspectos relacionados con el envejecimiento normal y las consideran algo esperable de su edad. Esta misma actitud está presente en los profesionales, además de presentar baja expectativa acerca del éxito de las intervenciones y de que los pacientes puedan beneficiarse de ellas, cuyas consecuencias pueden ser la desestimación de tratamientos o la carencia de actuaciones de carácter preventivo en personas mayores. Aun así, parece que las personas mayores de 65 años presentan con mayor frecuencia comportamientos de autocuidado de la salud (por ejemplo, es menos probable que abandonen los tratamientos) (Brownlee, Leventhal y Leventhal, 1996) y el tiempo que tardan en buscar ayuda desde el comienzo de los síntomas es menor que en personas pertenecientes a otros grupos de edad. Esto puede indicar que tienen una menor tolerancia ante la amenaza de un riesgo desconocido y buscan ayuda profesional para salir de la incertidumbre (Leventhal, Leventhal, Schaefer y Easterling, 1993).

Por su parte, el **afrontamiento** es un importante mediador para la promoción de la salud, prevención o tratamiento y posible curación de la enfermedad que permite la adaptación a la situación, compensa posibles pérdidas y adopta un papel activo en el mantenimiento y cuidado de la salud. Además, el tipo de afrontamiento que la persona ponga en práctica puede influir en la



calidad y tipo de cuidado que recibe. Las distintas estrategias de afrontamiento, no excluyentes entre sí, pueden estar centradas en el problema o centradas en la emoción. Las personas mayores ponen en práctica en mayor medida estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, principalmente a través de la modificación del significado de la situación, es decir, la persona mayor evalúa los objetivos de la acción y, o bien los considera inalcanzables o bien considera que la situación no puede modificarse, de manera que pone en marcha estrategias para variar el significado de la situación, modificando sus preferencias y prioridades y reinterpretando el significado de la misma mediante, por ejemplo, la comparación positiva (se compara con personas de su misma edad que se encuentran en una situación similar o peor) (Pearlin y Skaff, 1995). Sin embargo, cuando se trata de problemas de salud, las personas mayores suelen utilizar un afrontamiento centrado en la modificación del problema, poniendo en práctica conductas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, evitando hábitos nocivos y manteniendo un estilo de afrontamiento vigilante y responsable, excepto cuando atribuyen los síntomas al envejecimiento normal, en cuyo caso activan erróneamente estrategias centradas en la emoción (Leventhal y cols., 1993). De aquí la importancia de desarrollar intervenciones que permitan a las personas mayores diferenciar entre cambios o signos del envejecimiento normal y síntomas de enfermedad y facilitar así un afrontamiento más adecuado de los problemas de salud y la detección precoz de los mismos. Otros factores como el deterioro cognitivo o un ambiente restrictivo pueden impedir la activación de las estrategias de afrontamiento.

También el **apoyo social** favorece la salud física y psicológica y la adaptación a la enfermedad, favoreciendo el mantenimiento de pautas de salud. El apoyo social se ha relacionado negativamente con el estrés, la enfermedad, con la salud percibida y con la muerte prematura. Además, la falta de participación en actividades sociales está asociada al declive funcional en personas mayores. De todas formas, es necesario ser cauto con estos resultados ya que lo que cuenta no es la cantidad de las relaciones sino su calidad, es decir, lo importante es si esas relaciones son significativas y útiles para la persona. Las razones por las cuales un adecuado apoyo social beneficia la salud habría que encontrarlas en que, por una parte, amortigua las consecuencias negativas de los estresores reduciendo la cantidad de estrés experimentado o protegiendo de él cuando ocurre y, por otra parte, la pertenencia a un grupo social facilita la transmisión de conocimientos sobre la salud y sirve como presión para ajustarse a tales comportamientos. Es importante anotar que es tan vital el apoyo recibido, sea este formal o informal, como el apoyo percibido por la persona (Pinazo, 2005; véase capítulo 9).

Los programas de intervención para incrementar el apoyo social han de dirigirse tanto al entorno cercano (formación y apoyo a familiares, dirigidos a la comunidad, instituciones, grupos de autoayuda, etc.) como hacia el contexto general en el que se encuentran. La eficacia del apoyo social depende de

dos factores esenciales, la fuente de apoyo y el tipo de apoyo. Por ejemplo, para personas que han enviudado o para cuidadores mayores son más importantes los iguales para percibir apoyo emocional, mientras que en el caso de los últimos el apoyo instrumental proveniente de profesionales resulta más útil que si procediera de otros cuidadores.

Finalmente, al igual que existen factores psicológicos positivos cuya presencia favorece una buena salud, también pueden señalarse la existencia de dimensiones psicológicas que la perjudican, por ejemplo, la presencia de trastornos emocionales como la depresión que puede aumentar la probabilidad de dependencia funcional en personas mayores, conduciendo a que los efectos de las enfermedades crónicas sean más negativos. En un estudio longitudinal realizado por Gallo, Bogner, Morales, Post, Have y Bruce (2005) el objetivo fue analizar, en una muestra de pacientes mayores, si la depresión en esta población estaba asociada al aumento de la mortalidad después de realizar un seguimiento durante dos años. Se encontró que las personas mayores que tenían depresión en la evaluación inicial tenían una mayor probabilidad de morir al final del intervalo de seguimiento de dos años que las personas mayores sin depresión. Estos resultados se mantenían incluso cuando se tenía en cuenta si la persona tenía un historial de infarto cardiaco o diabetes.

## 5. Prevención de la enfermedad

A pesar de que los programas de prevención y promoción de la salud en personas mayores tienen efectos positivos en su salud, éstos han sido infravalorados, centrándose los profesionales casi exclusivamente en el tratamiento de enfermedades ya manifiestas mediante un enfoque remediador y rehabilitador. No obstante, ya desde los años 80 se viene haciendo hincapié en la necesidad de centrarse en priorizar estrategias de prevención y la promoción de la salud con el fin de mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida a lo largo del ciclo vital, haciendo un énfasis especial en la vejez con el objetivo de alcanzar una vejez con éxito. En gran parte, la salud en personas mayores y como se adaptan a demandas ambientales y acontecimientos vitales es el resultado de su estilo de vida y de las prácticas de salud puestas en marcha en su juventud. Por tanto, un buen punto de partida para conseguir un estado de salud en la vejez es animar y fomentar en niños y jóvenes estilos de vida y patrones de conducta adecuados. Además, los estudios longitudinales han ofrecido pruebas convincentes de cómo las costumbres saludables afectan positivamente a la longevidad con independencia del momento del ciclo vital en que se adopten tales hábitos saludables, si bien cuanto antes se comiencen a realizar los efectos serán mayores.

Las personas mayores son más conscientes de su limitación en la reserva de energía y de sus dificultades para recuperarse de enfermedades. Esto les lleva a estar más alerta ante la presencia de posibles amenazas a su salud con-

duciendo a que a medida que las personas envejecen aumenten las conductas de autocuidado que tienen un efecto muy positivo sobre la salud. Algunas de las conductas y estilos de vida asociados frecuentemente a la prevención de enfermedades sobre las que es importante trabajar son fomentar un estilo de vida saludable (no fumar, consumo moderado de alcohol, uso adecuado de medicamentos, práctica de ejercicio físico, alimentación adecuada, control de los hábitos de sueño), apoyo social adecuado, control del estrés, fomento del control y de la autoeficacia, fortalecimiento de los músculos, etc.

## 6. Promoción de la salud

No sólo es importante la prevención de las enfermedades sino también la puesta en marcha de estrategias para la promoción de la salud de las personas mayores que lleven a mejorar su salud general, su bienestar y su buen funcionamiento. Existen resultados de diferentes estudios longitudinales u otros tipos de investigación que permiten afirmar que la práctica de determinadas conductas de salud (horas de sueño, ejercicio físico, consumo de alcohol, tabaco, obesidad, pautas de alimentación) pueden producir efectos positivos sobre la salud incluso en edades avanzadas.

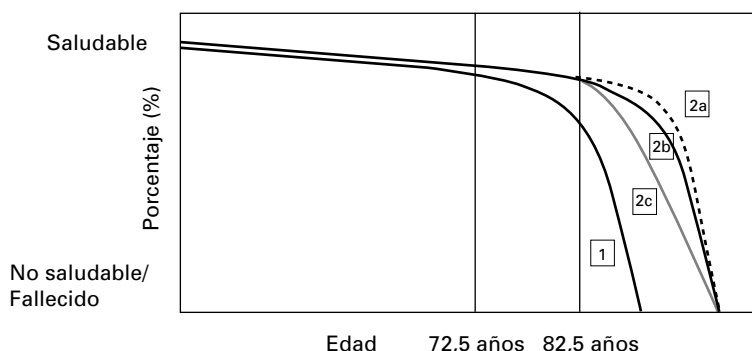
No obstante, cuando los problemas de salud ya han tenido lugar, el objetivo ya no sería la prevención sino la promoción de la salud, es decir retrasar la progresión y el impacto de los cambios asociados al envejecimiento. De manera que los mismos factores mencionados anteriormente (estilos de vida, servicios de salud, etc.) podrían ayudar a la consecución de este objetivo. Para la promoción de la salud en personas mayores se ha encontrado muy beneficiosa la práctica regular de ejercicio físico, que reduce por ejemplo, el riesgo de mortalidad por enfermedad cardíaca, disminuye el riesgo de desarrollar hipertensión o diabetes, promueve el mantenimiento de la movilidad y el bienestar psicológico, etc. No obstante, también es necesario que se tengan en cuenta otro tipo de intervenciones centradas en factores psicológicos, sociales y contextuales también relacionados con la presencia de dependencia en las personas mayores.

En nuestro país, se ha desarrollado el programa «Vivir con Vitalidad», cuya directora es Rocío Fernández-Ballesteros, con el objetivo de promocionar lo que se conoce como envejecimiento saludable. Este programa se llevó a cabo en dos versiones: una de ellas era presencial, los participantes asistían a clases, mientras que la otra era multimedia (autoadministrada a través de vídeos). En ambas versiones se les facilitaban conocimientos sobre diferentes aspectos relacionados con el envejecimiento (memoria, pensamiento positivo, actividades agradables, ejercicio físico, manejo del estrés). Observaron que después de ambas intervenciones existía un aumento de conocimientos relacionados con la vejez, disminuyeron los estereotipos o imágenes negativas sobre las personas mayores y aumentó la actividad so-

cial. No se encontraron diferencias en salud objetiva ni subjetiva, si bien probablemente los efectos haya que buscarlos a más largo plazo. Además en la versión multimedia se observó la presencia de un estilo de vida más saludable (nutrición y ejercicio físico), así como también un aumento de la satisfacción con la vida (Fernández-Ballesteros, Caprara, Iñiguez y García, 2005).

Por otro lado, se han realizado limitados estudios longitudinales centrados en la relación entre factores sobre estilo de vida y estado de salud. En 1988 comenzó el estudio longitudinal SÉNECA (*Survey in Europe on Nutrition and the Elderly: A Concerted Action*) que analiza la influencia de la alimentación y el estilo de vida en el estado de salud (figura 3.5). En este estudio se incluyen dos medidas de seguimiento (se evalúa a la muestra cuando tienen 72,5 años y cuando tienen 82,5 años) con el fin de observar si se produce un cambio en el estado de salud y el estilo de vida de las personas mayores incluidas en el estudio. Se recogieron indicadores del estado de salud (estado funcional y salud percibida), alimentación, factores relacionados con el estilo de vida (tabaco y actividad física) y otras medidas. Se encontró que un estilo de vida saludable con una buena alimentación, realización de actividad física y no fumar estaba relacionado positivamente con la supervivencia y el estado de salud (Haveman-Nies y cols., 2003). Concretamente, en la figura 3.5, la gráfica 1 describe al grupo de participantes con un estilo de vida no saludable, mientras la gráfica 2 (a, b, y c) describe al grupo con un estilo de vida saludable. Para este último grupo se describen tres escenarios: la gráfica 2a indica que el aumento de la edad media en la que aparece la morbilidad es mayor que el aumento de la esperanza de vida, en la 2b describe que el aumento de la edad media en la que aparece la morbilidad es igual al que se produce en la esperanza de vida, mientras que la gráfica 2c señala muestra que el aumento de la edad media en la que aparece la morbilidad es menor que el que se producen en la esperanza de vida.

**Figura 3.5. Relación entre el estilo de vida y la longevidad**



(1) Estilo de vida no saludable; (2) Estilo de vida saludable (escenario 2a, 2b, 2c)

En la tabla 3.1 se muestran algunas de las estrategias necesarias para la promoción de salud de las personas mayores.

**Tabla 3.1. Estrategias para la promoción de la salud en las personas mayores**

<b>Estrategias</b>	<b>Contenidos</b>
Promoción de la autonomía	Ejercicio físico, prevención de caídas, diseño ambiental, ambiente social.
Promoción de hábitos saludables	No fumar, consumo de alcohol moderado, eliminación de hábitos nocivos para la salud, dieta equilibrada, ejercicio físico.
Educación para la salud	Higiene del sueño, cambios asociados al envejecimiento, estrategias compensatorias, prevención de sucesos negativos, incontinencia, memoria.
Conocimientos y actitudes hacia la salud ajustados/realistas	Ajuste de creencias y actitudes con respecto a enfermedades y síntomas.
Higiene del sueño	Rutina de horarios al acostarse y levantarse, control de excitantes y comidas copiosas, higiene ambiental, actividad física.
Control emocional	Manejo del estrés, fomento del afecto positivo, relajación.
Entrenamiento de las capacidades cognitivas	Ejercicios que fomenten la atención y concentración, memoria, procesamiento de la información, asociación.
Control de fármacos	Uso adecuado, precaución con posibles interacciones, autoprescripción.
Adaptaciones ambientales	Iluminación apropiada, colocación adecuada del mobiliario.
Promoción de habilidades y actividades sociales	Promoción del contacto social, del apoyo social, de las relaciones sociales, de la realización de actividades agradables, ocio saludable.
Formación a cuidadores formales e informales	Conocimientos sobre el envejecimiento, habilidades de comunicación, estrategias de afrontamiento para situaciones difíciles.

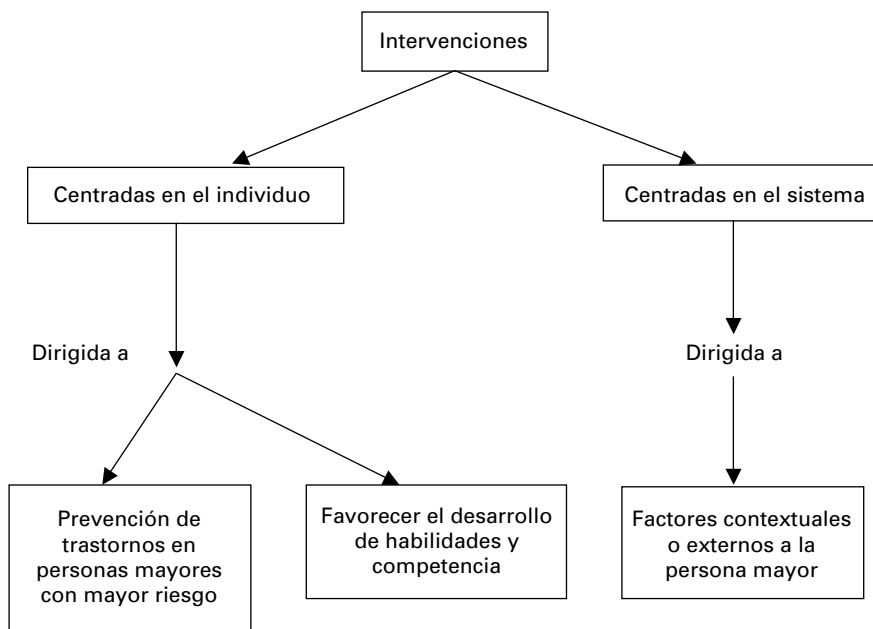
## 7. Intervención en problemas de salud en las personas mayores

Al plantear las intervenciones en problemas de salud en personas mayores, en primer lugar es necesario saber cómo plantear el cambio o la introducción de nuevos hábitos relacionados con la salud y, en segundo lugar, valorar la pertinencia de si intervenir a nivel individual o del sistema.

Con respecto a la primera cuestión, las intervenciones para plantear un cambio de conducta saludable implican: a) fomentar la concienciación y la motivación en la persona para que adopte hábitos saludables, b) iniciar el entrenamiento para el aprendizaje del hábito, c) promover una red de apoyo para el mantenimiento del nuevo aprendizaje o la modificación del ambiente para disminuir el esfuerzo necesario para llevarlo a cabo, d) prevenir el abandono o las recaídas durante la fase de adopción del hábito y e) mantener a largo plazo la práctica deseada (Montorio y Carrobles, 1999).

Con respecto a la segunda cuestión, las intervenciones pueden estar centradas en el individuo o en el sistema (véase figura 3.6). Ambas son especialmente útiles para la planificación de las intervenciones de salud dirigidas a las personas mayores. El objetivo de las intervenciones **centradas en el individuo** es la promoción de la competencia de la persona para la utilización de sus capacidades y habilidades de manera que consiga adaptarse a las situaciones específicas a las que tenga que enfrentarse. Existen dos tipos de interven-

Figura 3.6. Intervenciones en problemas de salud en personas mayores



ciones centradas en el individuo; por un lado, estarían las intervenciones con las que se pretende prevenir posibles consecuencias negativas debidas a situaciones difíciles o estresantes en personas que, al haber estado expuestas a estas situaciones, puede considerarse que se encuentran en mayor riesgo de desarrollar trastornos (por ejemplo, personas que van a ingresar en una residencia, que recientemente han enviudado, con dolor crónico, depresión, etc.). Y, por otro lado, estarían las intervenciones que pretenden favorecer habilidades y competencias en personas mayores que no se encuentran en una «situación de riesgo», con el objetivo de aumentar su capacidad para afrontar con éxito futuras situaciones potencialmente adversas y, en general para promover un funcionamiento óptimo, competente y saludable (por ejemplo, programas de educación, de acomodación ambiental, protección de la seguridad personal, prevención de caídas, etc.).

Por otro lado, las intervenciones **centradas en el sistema** son especialmente importantes en la vejez, debido a la existencia de diferentes formas de vulnerabilidad frecuentemente asociadas a esa edad. Las intervenciones psicosociales dirigidas a factores contextuales o externos a la persona, es decir, al cambio en los sistemas sociales, ha recibido una atención muy escasa probablemente debido a la complejidad inherente a las intervenciones dirigidas al sistema social. El programa «Envejecimiento saludable en Europa» tiene como objetivo último prolongar la salud y la vida activa e independiente y disminuir las enfermedades y la incapacidad en la vejez promoviendo una política pública sana, crear ambientes favorables físicos y sociales, reforzar las acciones comunitarias, desarrollar aptitudes personales y reorientar los servicios de salud. En él pueden englobarse proyectos que mantengan estos objetivos, incluyéndose programas de ejercicio físico, envejecimiento saludable, seguridad vial, grupos de autoayuda y voluntariado y programas de educación para la salud.

Otras intervenciones podrían centrarse en la adaptación a la enfermedad (como la preparación a la enfermedad antes de su establecimiento, o preparar a la persona que padece una enfermedad para que ponga en práctica estrategias que eviten un curso acelerado de la enfermedad y la aparición o incremento de incapacidad asociada, y que faciliten la adaptación física y psicológica a la nueva situación) y el manejo de algunos problemas asociados al padecimiento de enfermedades específicas, así como en las conductas de las personas mayores en su relación con los servicios de salud. Por otro lado, existen diferentes estrategias generales para regular los efectos de la enfermedad, además de aquellas que son específicas para problemas de salud concretos de especial prevalencia entre las personas mayores. Una de estas estrategias generales es la autorregulación de la salud, que incluye actividades que las personas deben realizar diariamente para controlar o reducir el impacto de la enfermedad sobre su estado de salud física. Estas actividades se mantendrán o modificarán dependiendo del *feedback* que reciban de su entorno más cercano (p. ej., familiares) o de la valoración que hagan ellos mismos. Una vez adquiri-

dos, los procesos de autorregulación continuarán siempre que se perciban beneficios (mejora de la salud o control sobre acontecimientos aversivos derivados de la enfermedad). Para que el control sea eficaz, el individuo debe tener suficientes conocimientos acerca de su enfermedad y su tratamiento para tomar decisiones sobre su cuidado y variarlo según el estado de la enfermedad, debe realizar las actividades dirigidas al control de la condición médica (p. ej., regular los programas de ejercicio que aseguren una adecuada actividad física) y, debe aplicar las habilidades necesarias para mantener un adecuado funcionamiento psicosocial (p. ej., superar emociones negativas asociadas a un deterioro de la enfermedad).

Como estrategias específicas de intervención caben señalar cambios en estilos de vida (tabaco, alcohol, dieta), garantizar el cumplimiento de prescripciones médicas, fomentar programas de ejercicio físico, educación sobre la enfermedad, promoción del apoyo social, tratamiento de problemas emocionales como la depresión, control del estrés, estrategias para promover conductas saludables o técnicas conductuales. Finalmente, debido a la mayor frecuencia de utilización de asistencia sanitaria entre las personas mayores, son prioritarias las intervenciones para promocionar conductas apropiadas en relación con *la utilización de servicios de salud*, entre las que destacan la aceptación y empleo de servicios médicos (especialmente preventivos, como por ejemplo la vacunación) y la adherencia a los regímenes de tratamiento, conseguir que las personas mayores informen apropiada y completamente de sus síntomas para prevenir en lo posible el declive funcional, las discapacidades y exceso de incapacidad, fomentar un mayor conocimiento entre los profesionales de la salud sobre farmacodinámica y farmacocinética aplicada a población mayor, realizar seguimientos habituales de las prescripciones efectuadas y valorar posibles prescripciones no farmacológicas como alternativas a las farmacológicas, educar a las personas mayores sobre los efectos secundarios e interactivos de los fármacos, promover entre ellos estrategias alternativas de salud y formarles para que proporcionen información adecuada sobre sus problemas de salud y las medicinas que están tomando.

## 8. Conclusiones

El objetivo de este capítulo ha sido la descripción de diferentes aspectos relacionados con la salud en las personas mayores y demostrar, por un lado, que, aunque con limitaciones, la evidencia empírica permite concluir que es posible la mejora de la salud de las personas mayores. Este objetivo puede lograrse a través de la puesta en marcha en diferentes estrategias dirigidas a la prevención, promoción o intervención ante problemas de salud en las personas mayores. El objetivo final de estas estrategias es lograr lo que ha venido a llamarse vejez con éxito o envejecimiento saludable. Desde la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento (2002) se decidió desarrollar un Plan de



Acción Internacional sobre el Envejecimiento teniendo como uno de sus objetivos la promoción de la salud física y mental y del bienestar en las personas mayores, a través de la mejora en la atención y servicios disponibles, promoviendo estilos de vida más saludables y entornos propicios para las personas mayores. Ya que se ha producido un aumento de la esperanza de vida, se trata de conseguir que en la medida de lo posible esos años sean vividos con la mayor calidad de vida posible.

Este trabajo hace énfasis en diferentes conceptualizaciones de la salud y en cómo la salud subjetiva, esto es, la valoración que las personas hacen de su propia salud, puede complementar los habituales indicadores de salud. Además diferentes estudios han encontrado una relación entre edad, salud y dependencia, lo que puede permitir poner en marcha estrategias adecuadas para evitar las consecuencias negativas a las que puede conducir esta relación, como disminución de la autoestima, depresión. De la misma forma se encuentra, por un lado, una relación bidireccional entre salud y conducta, de manera que determinadas conductas influyen positiva o negativamente en la salud de las personas mayores y determinados problemas de salud influyen en la conducta de las personas mayores sobre la emoción o el funcionamiento cognitivo. Por otro lado, la presencia de determinados factores psicosociales como el control, el afrontamiento, entre otros, actúan como mediadores entre salud y conducta influyendo positivamente en la salud de las personas mayores. Finalmente se muestran aspectos relacionados con la prevención de enfermedades, promoción de la salud e intervención ante problemas de salud en personas mayores con el objetivo nuevamente de conseguir un envejecimiento saludable. En definitiva, la mejora de la salud ha estado ligada exclusivamente hasta recientemente a edades más tempranas de la vida. Hoy sabemos que la mejora de la salud es posible a cualquier edad, incluso cuando las enfermedades crónicas o el envejecimiento biológico y psicológico han hecho su aparición.

## Cuestiones clave

1. ¿Es posible la mejora de la salud en las personas mayores?
2. ¿Qué relación existe entre la salud y la conducta en esta población?
3. ¿Qué factores psicosociales pueden influir y qué papel desempeñan en la salud de las personas mayores?
4. ¿Qué estrategias se pueden llevar a cabo con el fin de alcanzar un envejecimiento saludable?

## Actividades prácticas

Las siguientes actividades pueden ser realizadas de forma individual o en grupo:

1. Realiza una búsqueda, a través de Internet y utilizando diferentes bases de datos (PsyInfo, Medline) de diferentes instrumentos para personas mayores que evalúen salud objetiva y/o percibida, incluyendo la información más relevante de cada uno de ellos (puntos fuertes y débiles del instrumento, puntos negativos, etc.).
2. Selecciona un tema que relacione la salud objetiva y/o percibida de las personas mayores con otras variables (estado de ánimo, longevidad, calidad de vida, etc.) y desarrolla un documento profundizando en el tema a través de búsqueda de información relevante e investigaciones publicadas.
3. Crea un programa de intervención para la mejora de la salud objetiva y/o percibida de las personas mayores. Incluyendo información que dé respuesta, entre otras, a preguntas como éstas: ¿Qué contenidos trabajarías? ¿Cuántas sesiones realizarías? ¿Qué metodología emplearías? ¿A qué población de personas mayores específica iría dirigida?
4. Realiza una entrevista no estructurada a 10 personas mayores de tu entorno para conocer cómo es su salud objetiva y percibida actualmente, si ésta ha cambiado a lo largo de su ciclo vital, en qué dirección ha cambiado, cómo han percibido esos cambios, si se ha tenido que adaptar o ha tenido que afrontar diferentes problemas relacionados con la salud, cómo lo ha hecho y cómo se ha sentido.

## Lecturas recomendadas

Belsky, J. (2001): *Psicología del Envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.

En este manual se hace una revisión de la historia de la psicología de la vejez, incluyendo información sobre diferentes investigaciones realizadas con esta población.

Birren, J. E. y Schaie, K. W. (eds.) (2001): *Handbook of the psychology of aging*. Nueva York: Academic Press.

Este manual aporta información muy relevante sobre conceptos, teorías y métodos utilizados en psicología del envejecimiento. Hace alusión también a los cambios (físicos, psicológicos, sociales) que se producen con el envejecimiento.

Izal, M. y Montorio, I. (eds.) (1999): *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.

En este manual se describen características psicológicas, biológicas y socioambientales relacionadas con las personas mayores. Se describen también cuestiones generales relacionadas con la evaluación e intervención psicológica con este grupo de edad, así como también los ámbitos de aplicación en la que ambas pueden ser realizadas.

Montorio, I. e Izal, M. (eds.) (1999): *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.

Este manual se centra, por una parte, en la forma en que las personas mayores pueden mantener una buena salud y, por otra parte, hace hincapié en una serie de problemas psicológicos y de salud frecuentes entre las personas mayores.

Portal Mayores (<http://www.imsersomayores.csic.es/index.html>)

Es un portal desarrollado por el CSIC y el IMSERSO. Está especializado en gerontología y geriatría y se dirige al ámbito académico y científico, a los profesionales de los servicios sociales y sanitarios, los propios mayores y la sociedad en general. Incluye concretamente una sección sobre Salud y Psicología.

## Bibliografía

- Abellán, A.; Pérez, L.; Puga, M. D., y Sancho, T. (2005): *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: Observatorio de personas mayores.
- Aldwin, C. M.; Spiro, A.; Levenson, M. R., y Supertino, A. P. (en prensa): «Longitudinal findings from the Normative Aging Study: III. Personality, individual health trajectories, and mortality». *Psychology and Aging*.
- Botella, J. (2005): «La salud y el envejecimiento. El estado de salud de las personas mayores». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*, pp. 93-114. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Brownlee, S.; Leventhal, E. A., y Leventhal, H. (1996): «Self-regulation, health and behavior». En J. E. Birren (ed.), *Encyclopedia of Gerontology*, vol. 2, pp. 467-477. San Diego: Academic Press.
- Casas, F., y Aymerich, M. (2005): «Calidad de vida de las personas mayores». En S. Pinazo y M. Sánchez, *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*, pp. 117-144. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Danner, D. D.; Snowdon, D. A., y Friesen, W. V. (2003): «Positive Emotions in Early Life and Longevity: Findings from the Nun Study». *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, pp. 804-813.
- Deeg, D. J. H.; Kardaun, J. W. P. F., y Forzard, J. L. (1996): «Health behavior and aging». En J. E. Birren y K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, 4.ª ed., pp. 129-149. San Diego: Academic Press.
- Elías, M. F.; Wolf, P. A.; D'Agostino, R. B.; Cobb, J., y White, L. R. (1993): «Untreated Blood Pressure Level is Inversely Related to Cognitive Functioning: The Framingham Study». *American Journal of Epidemiology*, 138, pp. 353-364.
- Fernández-Ballesteros, R.; Caprara, M. G.; Iñiguez, J., y García, L. F. (2005): «Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con Vitalidad"». *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40, pp. 92-102.

- Fernández-Mayoralas, G.; Rojo, F.; Abellán, A., y Rodríguez, V. (2003): «Envejecimiento y Salud. Diez años de investigación en el CSIC». *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, pp. 43-46.
- Gallo, J. J.; Bogner, H. R.; Morales, K. H.; Post, E. P.; Have, T. T., y Bruce, M. L. (2005): «Depression, Cardiovascular Disease, Diabetes, and Two-Year Mortality Among Older, Primary-Care Patients». *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, pp. 748-755.
- Grant, I.; Heaton, R.; McSweeney, A.; Adams, K., y Timms, R. (1982): «Neuropsychological findings in hypoxemic chronic obstructive pulmonary disease». *Archives of Internal Medicine*, 142, pp. 1470-1476.
- Haveman-Nies, A.; de Groot, L., y van Staveren, W. A. (2003): «Dietary quality, lifestyle factors and healthy ageing in Europe: the SENECA study». *Age and Ageing*, 32, pp. 427-434.
- Izal, M., y Montorio, I. (1999): «Comportamiento y Salud en la Vejez». En M. Izal e I. Montorio (eds.), *Gerontología conductual. Intervención y ámbitos de aplicación*, pp. 115-137. Madrid: Síntesis.
- Jang, Y.; Poon, L. W.; Kim, S., y Shin, B. (2004): «Self-perception of aging and health among older adults in Korea». *Journal of Aging Studies*, 18, 485-496.
- Leventhal, H. (1984): «A perceptual motor theory of emotion». En K. R. Scherer y P. Ekman (eds.), *Approaches to emotion*, pp. 271-292. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Leventhal, E. A.; Leventhal, H.; Schaefer, P., y Easterling, D. (1993): «Conservation of energy, uncertainty reduction and swift utilization of medical care among the elderly». *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48, pp. 78-86.
- Luszczynska, A.; Mohamed, N. E., y Schwarzer, R. (2005): «Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies». *Psychology, Health & Medicine*, 10, pp. 365-375.
- McInnes, L., y Rabbit, P. (1997): «Envejecimiento, salud y habilidades cognitivas». En J. Buendía (ed.), *Gerontología y Salud. Perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Meyer, B. J. F.; Russo, C., y Talbot, A. (1995): «Discourse comprehension and problem solving: Decisions about the treatment of breast cancer by women across the lifespan». *Psychology and Aging*, 10, pp. 84-103.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): *Libro Blanco de la Dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Montorio, I., y Losada, A. (2005): «Provisión de los cuidados y apoyo social informal: Una visión psicosocial de la dependencia». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*, pp. 491-515. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- y Carrobes, J. A. (1999): «Comportamiento y Salud. Promoción de la Salud». En I. Montorio y M. Izal (eds.), *Intervención psicológica en la vejez*, pp. 15-42. Madrid: Síntesis.
- Nuevo, R.; Montorio, I.; Márquez, M.; Izal, M., y Losada, A. (2004): «Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores». *International Journal of Clinical and Mental Health Psychology*, 4, pp. 337-355.
- Nuevo, R.; Izal, M.; Montorio, I.; Losada, A., y Márquez, M. (2003): «Dimensiones de contenido de preocupación en población de edad avanzada». *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8, pp. 223-238.

- Park, D. C., y Hall, A. (2002): «Envejecimiento cognitivo y vida cotidiana». En D. Park y N. Schwarz (ed.), *Envejecimiento Cognitivo*, pp. 215-228. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pearlin, L. I., y Skaff, M. M. (1995): «Stressors in adaptation in late life». En M. Gatz (ed.), *Emerging issues in mental health and aging*, pp. 97-123. Washington: American Psychological Association.
- Pinazo, S. (2005): «El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*, pp. 221-256. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Rodin, J., y Salovey, P. (1989): «Health psychology». *Annual Review of Psychology*, 40, pp. 533-579.
- y Langer, E. J. (1976): «Long-term care effects on a control-relevant intervention with the institucionalizad aged». *Journal of Personality and Social Psychology*, 12, pp. 897-902.
- Yanguas, J. J. (2004): «Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: Aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39 (Supl. 3), pp. 54-66.
- Zwahr, M. D.; Park, D. C.; Eaton T. A., y Larson, E. J. (1997): «Implementation of the patient self-determination act: A comparison of nursing homes to hospitals». *Journal of Applied Gerontology*, 16, pp. 190-207.



**Tercera parte**

**Cognición**





# 4. Memoria y atención

Modesta Pousada y Javier de la Fuente

Memoria y atención forman parte de lo que denominamos *cognición*, es decir, forman parte del conjunto de procesos mentales que nos permiten elaborar la información que recibimos del entorno y utilizarla para dar respuesta a nuestras necesidades.

Habitualmente, los psicólogos cognitivos estudian los procesos mentales considerándolos de forma independiente y en un individuo sano y adulto. Sin embargo, más allá de esta diferenciación y de esta reducción, que suelen obedecer a razones prácticas y de control metodológico, las actividades de nuestra vida cotidiana nos muestran, por un lado, que estos procesos están en constante interacción mutua y, por otro, que se dan en el seno de un individuo que se transforma y que va cambiando a lo largo de su vida.

Estas relaciones mutuas son particularmente estrechas entre la memoria y la atención o, mejor, entre el conjunto de sistemas y procesos a los que remite la memoria y el conjunto funciones atencionales.

En las próximas páginas vamos a tratar de dar respuesta a algunos de los interrogantes que habitualmente nos formulamos cuando pensamos en cómo funcionan la memoria y la atención y, en particular, en cómo lo hacen en los mayores. ¿Atienden y recuerdan los mayores igual que los jóvenes? Si existen diferencias, ¿a qué se deben? ¿Qué puede influir en que cuando seamos mayores nuestra memoria funcione mejor o peor? Y si ya somos mayores, ¿podemos hacer algo para mejorarla?

Veremos que desde la psicología cognitiva hay un creciente interés en las últimas décadas por indagar las respuestas a estos interrogantes y que tene-

mos algunos datos relevantes al respecto pero, también, que muchas cuestiones permanecen todavía abiertas y que es preciso seguir investigando para obtener un dibujo más ajustado acerca de cómo funcionan estos procesos cognitivos en los mayores y, sobre todo, cómo podemos explicar los cambios que se producen y, de este modo, intervenir sobre ellos para mejorar la calidad de vida de la población anciana.

Sin embargo, antes de centrarnos en estas cuestiones, vamos a abordar algunos aspectos generales sobre la memoria y la atención que resultarán relevantes para la exposición posterior.

### **1. La memoria y la atención: qué son y para qué nos sirven**

Como acabamos de señalar, memoria y atención son conceptos que nos remiten a distintos sistemas y procesos cognitivos cuya finalidad última y general es contribuir a la adaptación del organismo a su entorno. Dicho de otra manera, dotar al organismo vivo de capacidad de respuesta adecuada ante las variaciones que el entorno presenta continuamente y, en relación con esto, proporcionar cierta capacidad de predicción sobre su variabilidad para poder elaborar anticipada y eficazmente una respuesta conductual.

El mecanismo más básico y primitivo de «memoria» que cumple esta función adaptativa está inscrito en nuestro código genético. Las conductas instintivas nos permiten desarrollar toda una diversa gama de respuestas conductuales ante determinadas situaciones internas y externas que desarrollamos sin necesidad de haberlas aprendido anteriormente. La ventaja de estas conductas inscritas genéticamente es que se desarrollan de manera indefectible, pero su inconveniente es la rigidez con la que suelen producirse. Es decir, necesitan que se den determinadas condiciones para desencadenarse y son poco flexibles ante variaciones no precodificadas. Esta memoria genética, que en los organismos más simples es quizá su elemento fundamental de adaptación, en el ser humano pierde gran parte del protagonismo ante la importancia que toman los procesos de aprendizaje. La posibilidad de aprender añade flexibilidad a la capacidad del ser humano de adaptarse a su medio, que es tan complejo y variable.

De la complejidad y variabilidad del entorno humano se deriva que esos procesos cognitivos que llamamos memoria y atención, y que posibilitan los procesos del aprendizaje humano, no puedan ser consideradas facultades simples sino que hoy en día los entendamos como una compleja interacción entre distintos sistemas, en el curso de la cual se pueden desarrollar una inmensa variedad de procesos. Además de su complejidad, otra característica esencial del entorno humano es que está configurado por otras personas y que, por tanto, adaptarse a la conducta humana y a sus especificidades (p. ej., el lenguaje) va a ser una necesidad fundamental.

Como vamos a hablar de *sistemas* y de *procesos* debemos definirlos aunque sea de manera muy informal. Por sistema de memoria entendemos aque-

llas grandes subdivisiones del sistema cognitivo que están relacionadas con estructuras determinadas del sistema nervioso (esta relación es mejor conocida en algunos casos y peor en otros), y que ejecutan tareas de memoria (registro, almacenamiento y recuperación de información) según determinada manera que les es específica. Inmediatamente, vamos a repasar los tres grandes sistemas que configuran la memoria humana: la memoria sensorial, la memoria de trabajo y la memoria a largo plazo. Por proceso o procesamiento entendemos cualquier manipulación que los sistemas de memoria ejecutan sobre la información. De hecho, hablaremos de la atención como un conjunto de procesos que un sistema de memoria, en concreto la memoria de trabajo, desarrolla para que el procesamiento de la información se ejecute adecuada y ordenadamente.

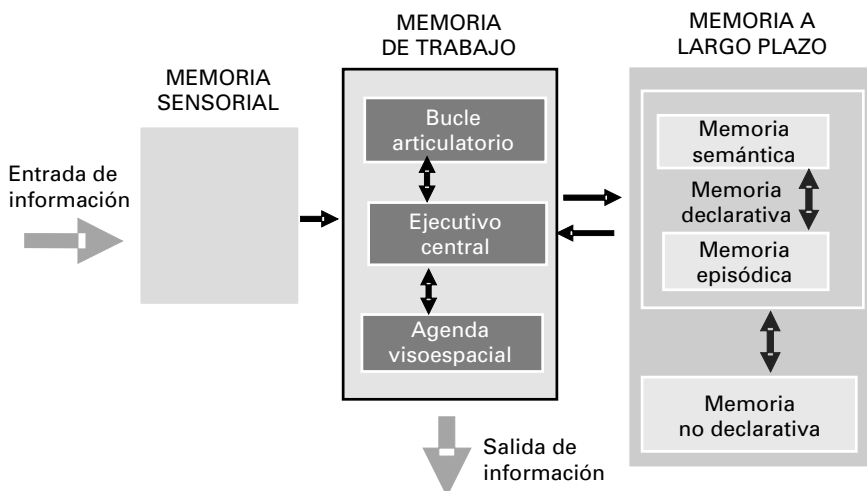
Ahora vamos a describir brevemente los grandes sistemas de la memoria humana que, como veremos, a su vez son conglomerados de otros subsistemas más simples. La figura 4.1 resume esta estructura en sistemas.

Vamos a repasar brevemente cada uno de estos sistemas y los principales procesos que ejecutan, para explicar posteriormente cómo su funcionamiento se ve afectado por el envejecimiento.

La memoria sensorial registra la estimulación que recibimos del exterior durante unas fracciones de segundo antes de desvanecerse completamente. Desde un punto de vista adaptativo, su finalidad es la de alargar la duración de estímulos extraordinariamente breves para que puedan ser completados los procesos perceptivos; remite, por tanto, a procesos que están entre lo que llamamos percepción y lo que llamamos memoria, y que no tienen lugar de un modo consciente ni deliberado.

Sólo una pequeña parte de la información que registra la memoria sensorial pasa a la memoria de trabajo o memoria a corto plazo. Ésta se entiende como un sistema de capacidad limitada que permite mantener temporalmente

**Figura 4.1. Esquema general de los sistemas de memoria**



y procesar la información que necesitamos en cada momento para ejecutar la tarea o tareas que estemos desarrollando. Por tanto, su función no es únicamente la de almacenar (cuando nos referimos a esta función solemos hablar de «memoria a corto plazo», o MCP), sino también la de manipular de forma activa (procesar) la información que recibe tanto del exterior como de la memoria a largo plazo (MLP) para desarrollar las tareas en que estamos implicados en cada momento (cuando nos referimos a esta función hablamos preferentemente de «memoria de trabajo»).

Aunque son varios los modelos que se han elaborado sobre la memoria de trabajo, probablemente uno de los más conocidos sea el desarrollado por Baddeley y Hitch (1974). En este modelo, la memoria de trabajo se considera, a su vez, formada por tres subsistemas diferentes: dos de ellos se encargan de almacenar temporalmente la información verbal y la información visual y espacial (son el bucle articulatorio y la agenda visoespacial, respectivamente); y el tercero, que es el componente principal, se denomina ejecutivo central y actúa como un sistema de control atencional, regulando el flujo de información entre los diversos sistemas, coordinando las diversas tareas que habitualmente ejecutamos de manera simultánea y distribuyendo los recursos de procesamiento, que siempre son limitados, entre ellas. Así pues, hoy en día entendemos la atención, más que como una facultad unitaria, como un conjunto de procesos desarrollados por el ejecutivo central de la memoria de trabajo. Es por ello por lo que nos referiremos a los cambios que experimentan las funciones atencionales cuando nos detengamos en el funcionamiento de la memoria de trabajo y su evolución con la edad.

En ocasiones, la información presente en la memoria de trabajo pasa a un almacén de capacidad y persistencia virtualmente ilimitadas, la MLP. En este sistema se representa nuestro conocimiento del mundo y de nuestro pasado.

La información de la memoria a largo plazo permanece habitualmente «desactivada» hasta que es «activada» por los requerimientos de una tarea o situación determinadas. Decir que una información en memoria a largo plazo se activa es lo mismo que decir que pasa a la memoria de trabajo. Por tanto, esta última actúa como una central operativa que recibe información del exterior y del interior del sistema y que la procesa, es decir, que realiza las operaciones necesarias en función de los objetivos del organismo.

La memoria a largo plazo está, a su vez, constituida por dos grandes subsistemas: la memoria declarativa y la memoria no declarativa.

La memoria declarativa es el sistema cuyos contenidos son inspeccionables conscientemente y fácilmente trasladables a términos lingüísticos (aunque también a imágenes: caras, localizaciones, trazados espaciales, etc.). En contraposición, la memoria no declarativa es el sistema cuyos contenidos no son inspeccionables conscientemente y su representación se halla muy alejada de lo lingüístico (habilidades motoras como el montar en bicicleta o atarnos los cordones de los zapatos, habilidades perceptuales, condicionamiento pavloviano, etc.).

A su vez, la memoria declarativa se divide en dos subsistemas: la memoria episódica y la semántica. La primera se refiere a los recuerdos de objetos, personas y episodios concretos de los que hemos tenido experiencia a lo largo de nuestra vida (el recuerdo de mi lugar de trabajo, de mi novia, de lo que sucedió en las últimas vacaciones...); la memoria semántica, en cambio, se refiere a la representación de los significados de las palabras, de los conceptos, de las situaciones estereotipadas y, en general, de todo el conocimiento descontextualizado (qué es un trabajo o una novia, qué se hace en una excursión, cuál es la capital de Francia...).

Como vemos, hoy en día se entiende la memoria como un sistema multidimensional, en constante interacción con los procesos perceptivos, la comprensión y expresión verbal, el desarrollo de habilidades motrices, las funciones atencionales (que corresponderían a procesos desarrollados por el ejecutivo central de la memoria de trabajo) y, en general, el conjunto de procesos cognitivos. Entendiendo la memoria de esta forma, resulta más comprensible que aunque, en general, los resultados psicométricos y experimentales muestren que con el paso de los años nuestra capacidad para recordar sufre un cierto deterioro, no todos los tipos de memoria siguen la misma pauta evolutiva. A continuación veremos cómo se ven afectados los distintos sistemas y subsistemas por el envejecimiento.

## 2. Cambios que experimentan la memoria y la atención durante el envejecimiento

### 2.1. Estudios transversales

Como acabamos de ver, la psicología del procesamiento de la información entiende que lo que habitualmente llamamos memoria o atención corresponden, en realidad, a un conjunto de sistemas distintos que desarrollan procesos de naturaleza muy diversa.

Por tanto, responder a la pregunta de si cambian o no nuestra memoria y nuestra atención cuando envejecemos no puede ser simple y deberemos observar qué pasa con estos distintos sistemas y procesos.

Vamos a empezar repasando algunos de los datos más relevantes que la investigación experimental está aportando sobre el funcionamiento cognitivo en las personas mayores utilizando estudios de carácter transversal, es decir, a través de pruebas que realizan grupos de diversas edades en un único momento temporal. Lo haremos de un modo resumido, pues un análisis más detallado puede encontrarse en Pousada y De la Fuente (2005).

Posteriormente, nos detendremos en las conclusiones que aportan los estudios longitudinales, que, desde una perspectiva metodológica diferente, complementan los datos obtenidos de estudios transversales.

### 2.1.1. Memoria a corto plazo (MCP). Capacidad de almacenamiento y ritmo de pérdida de la información

Una primera cuestión a abordar en relación a la MCP sería determinar si la cantidad de información que puede mantener temporalmente es la misma en el caso de mayores y de jóvenes. Para evaluar esa cantidad se suelen utilizar las tareas de amplitud, que consisten en presentar a los sujetos una serie constituida de elementos (dígitos, letras o palabras) que se deben recuperar en el orden presentado; el número de elementos que forman la serie va aumentando en cada ensayo hasta que el sujeto no puede recordar la serie sin ningún error. La longitud de esta última serie define la amplitud de ese sujeto en particular.

Los resultados en relación a la tarea de amplitud de dígitos indican la existencia de leves diferencias entre ambos grupos de edad. Paradójicamente, las escasas diferencias encontradas en situación de laboratorio tienden a acentuarse cuando los sujetos realizan una tarea cotidiana como es marcar un número de teléfono, y todavía se acentúan de un modo más acusado cuando la utilización del número se demora por unos segundos (Salthouse y Babcock, 1991).

Los datos más interesantes en este ámbito son los relacionados con las tareas de amplitud de palabras. En este tipo de tareas se han encontrado diferencias significativas entre mayores y jóvenes, diferencias que se han relacionado con el funcionamiento del bucle articulatorio: el ritmo de articulación declina con la edad, lo que explicaría que, incluso con monosílabos, los mayores mostraran una menor amplitud de palabras que los jóvenes.

Un nutrido grupo de investigaciones ha analizado la retención durante breves segundos de estímulos visuales, como dibujos geométricos o en forma de mosaico. En estos trabajos se ha observado que los mayores tienen un rendimiento claramente inferior al de los jóvenes, tanto en pruebas de reproducción de estos estímulos visuales, como en pruebas de reconocimiento.

Finalmente, las investigaciones que han tratado de analizar si existen diferencias en el ritmo en que jóvenes y mayores pierden u olvidan información presente en su MCP han observado que la tasa de olvido es esencialmente la misma en los dos grupos de edad.

### 2.1.2. Memoria de trabajo: procesos ejecutivos y funciones de la atención

Cuando una información llega a nuestro sistema cognitivo (ya sea del exterior, de la propia MLP o de ambos, como es habitual), no nos limitamos a tratar de mantenerla durante un corto periodo de tiempo, sino que lo que nos interesa es procesarla, es decir, manipularla para el curso de nuestro pensamiento o de nuestra acción.

El control del flujo de información y del orden de los procesos que se ejecutan sobre ella es responsabilidad de la memoria de trabajo mediante los llamados *procesos ejecutivos*. Aunque no existe un consenso absoluto sobre el abanico de potenciales procesos ejecutivos (Salthouse, Atkinson y Berish, 2003), vamos a referirnos a aquellos procesos que cuentan con mayor aceptación entre los investigadores. El primero es el proceso de **inhibición**. Cuando hablamos de inhibición, nos referimos al proceso que permite: a) evitar que información irrelevante para el objetivo de procesamiento actual entre en la memoria de trabajo; b) prevenir respuestas fuertes, es decir, sobreaprendidas, cuando éstas no son las adecuadas. Los procesos inhibitorios son probablemente los elementos del control ejecutivo de la cognición que más se han estudiado tanto desde la neuropsicología (asociados habitualmente al estudio de las lesiones frontales), como desde una perspectiva estrictamente psicológica. Desde esta perspectiva, además, han sido también un factor habitualmente postulado a la hora de explicar el deterioro cognitivo asociado a la edad.

Otros procesos ejecutivos tienen que ver con la **evaluación y actualización** de la información contenida en la memoria de trabajo. Estos procesos se encargarían de reevaluar continuamente la información contenida en el espacio de almacenamiento limitado de la memoria de trabajo e irían desechando aquella información que ya no es relevante para el sujeto en un momento determinado.

Por último, otro de los procesos de control ejecutivo de la memoria de trabajo tiene que ver con la **activación o recuperación**, a partir de la MLP, de información relevante para el curso actual del procesamiento. La efectividad de este proceso puede ser medida a través de la ejecución de una tarea de fluidez verbal. En este tipo de tareas se pide al sujeto que recupere de su MLP tanta información como pueda y que satisfaga un determinado criterio tan rápidamente como le sea posible. Por ejemplo, podemos pedir al sujeto que durante un minuto diga tantas palabras como pueda que empiecen por la letra T. Lo más probable es que el sujeto no haya desarrollado esta tarea nunca y, por tanto, careciendo de información preactivada, tenga que elaborar en su memoria de trabajo índices de búsqueda que le permitan activar la mayor cantidad de información posible en poco tiempo.

La actuación conjunta y coordinada de estos (y probablemente otros) procesos ejecutivos constituye, como venimos señalando, un auténtico sistema de control atencional, regulando el flujo de información entre los diferentes sistemas, coordinando las diversas tareas en que estamos implicados y las diferentes informaciones que recibimos en cada momento y distribuyendo nuestros recursos entre ellas. De este modo, este conjunto de procesos ligados al ejecutivo central hacen posible las diferentes funciones que tradicionalmente se han asociado a la atención: la atención dividida, la alternancia atencional, la atención selectiva y la atención sostenida.

### 2.1.3. Estudios sobre atención dividida

La atención dividida remite a aquellas situaciones en las que los sujetos deben controlar la realización simultánea de dos o más tareas, o atender a dos o más fuentes de información a la vez. Cuando en estas situaciones se compara la ejecución de personas mayores con la de jóvenes, se suele observar, en general, que el rendimiento de los mayores es inferior.

Algunos investigadores consideran, de hecho, que ésta es una de las actividades mentales en que las diferencias ligadas a la edad se muestran de una manera más clara y consistente.

### 2.1.4. Estudios sobre la alternancia atencional

La alternancia atencional se refiere al proceso de ir alternando el control sobre dos o más fuentes de información. De este modo, en una tarea experimental que analice alternancia atencional el sujeto se ve obligado a ir modificando su foco de atención. Por ejemplo, en una tarea de este tipo se podría instar al sujeto a atender en algunos ensayos a la letra del centro en una combinación de cinco letras, mientras en otros ensayos se le pide que atienda a la totalidad de la pantalla para detectar un estímulo periférico.

Los primeros datos aportados por diferentes investigaciones que han utilizado estímulos visuales muestran que no hay una disminución del rendimiento en este tipo de tareas con la edad. Ello resulta sorprendente cuando los datos comportamentales sobre los mayores incluyen referencias a su rigidez y perseveración y cuando se disponen de datos que muestran la existencia de diferencias si la alternancia afecta a estímulos auditivos. Estudios recientes sí muestran un claro déficit en las personas mayores en cuanto a la rapidez con la que ejecutan este tipo de tareas de alternancia atencional, pero no en cuanto al número de errores que cometen (De la Fuente, Pousada y Gómez-Zúñiga, 2005).

### 2.1.5. Estudios sobre la atención selectiva

Atender de manera selectiva a aquella información que es relevante e ignorar la que no lo es se considera un requisito previo para desarrollar una conducta realmente adaptada y efectiva. Utilizando diferentes procedimientos experimentales y distinto tipo de estímulos, se ha observado generalmente un rendimiento peor de los mayores en este tipo de tareas de atención selectiva.

### 2.1.6. Estudios sobre la atención sostenida

La atención sostenida remite al mantenimiento de la atención durante periodos largos de tiempo. Un ejemplo del tipo de tareas que deben realizar los su-



jetos en estas investigaciones sería la tarea de identificar estímulos que aparecen continuamente en una pantalla con cierto nivel de degradación, una tarea que exige un mantenimiento constante del foco atencional.

Los resultados de la investigación parecen mostrar que el proceso de mantener la atención no cambiaría con la edad (tanto mayores como jóvenes cometen más errores a medida que transcurre el tiempo y esta disminución de la precisión tiene lugar a la misma velocidad). Sin embargo, en términos absolutos, sí se observa que los mayores son menos precisos que los jóvenes.

##### 2.1.7. Memoria episódica

Frecuentemente, el estudio de la memoria episódica se ha valido de tareas que requieren de los sujetos la recuperación verbal de listas de palabras o de dígitos. En este tipo de tareas de laboratorio se observa claramente que los jóvenes rinden mejor que los mayores, quienes no sólo omiten más información original, sino que también cometen más intrusiones, incluyendo en su recuerdo ítems que no estaban presentes en la información previamente presentada.

Cuando en lugar de tareas de recuerdo libre se utilizan pruebas de reconocimiento, se encuentran también disminuciones moderadas en el rendimiento mostrado por los mayores (Verhaeghen, Marcoen y Goossens, 1993).

Por lo que hace referencia al reconocimiento de rostros, éste también es inferior en los mayores con respecto a los jóvenes y, del mismo modo, cuando se trata de reconocer una cara, los mayores manifiestan un incremento notable en el porcentaje de falsas alarmas, es decir, dicen reconocer rostros que no se corresponden con ninguno de los presentados previamente. En este sentido, se han realizado estudios que simulan una prueba de testimonio para el reconocimiento de personas que han cometido un delito, confirmando esta elevada tasa de falsas alarmas cometidas por los ancianos, con las consecuencias prácticas que ello puede tener para su actuación en la vida real como testigos en procesos judiciales (Memon, Hope, Bartlett y Bull, 2002).

Uno de los rasgos fundamentales de la memoria episódica es que se refiere a eventos que se localizan en el tiempo; en este sentido, recordar cuándo sucedió un evento o restablecer el orden en que sucedieron un conjunto de acontecimientos son aspectos que afectan de manera esencial a la memoria episódica. Cuando se han investigado estas funciones de memoria se ha encontrado, no sólo que hay un déficit importante asociado a la edad, sino que el periodo en que este déficit comienza a manifestarse es mucho más temprano que en otras tareas de memoria (Salthouse, Kausler, y Saults, 1988).

Finalmente, la capacidad para distinguir entre la planificación o imaginación de una actividad y su ejecución real corresponde a lo que se ha deno-

minado **control de la realidad**. En general, se ha encontrado que las diferencias entre grupos de edad son escasas, aunque determina en los ancianos una mayor probabilidad de relatar varias veces los eventos que les han sucedido, pensando que es la primera vez que lo hacen (Koriat, Ben-Zur y Sheffer, 1988).

### 2.1.8. Memoria semántica

Tradicionalmente se venía considerando que los recuerdos episódicos eran sensibles al envejecimiento, pero que no sucedía lo mismo con la información semántica.

Así, los resultados obtenidos clásicamente a través de la investigación vendrían indicando que:

- El nivel de vocabulario de los mayores no disminuye, sino que en algunos casos aumenta a lo largo del ciclo vital. Además, igualando el nivel educativo de jóvenes y mayores, estos últimos suelen tener puntuaciones superiores a la escala de vocabulario del WAIS.
- Tampoco existirían diferencias en el conocimiento fáctico general que muestran jóvenes y mayores, ni en cuanto a su nivel de comprensión general, es decir, a la activación de información de memoria semántica para realizar inferencias.

Sin embargo, en trabajos más recientes han comenzado a detectarse diferencias ligadas a la edad en algunas tareas de memoria semántica.

Básicamente, los problemas parecen encontrarse en el acceso al léxico, concretados por ejemplo en problemas para encontrar la palabra adecuada al nombrar un objeto, en un menor rendimiento en tareas de fluidez verbal (que requieren recuperar el mayor número posible de palabras que cumplan una determinada característica en un periodo de tiempo breve) o en una mayor frecuencia de episodios *punta de la lengua*, es decir, dificultades para recuperar una palabra o un hecho que se tiene la sensación de conocer pero que temporalmente no parece accesible.

Parecidos problemas de recuperación en los ancianos encontraríamos también referidos a la llamada amnesia de la fuente, por la cual pueden recordar una determinada información, pero no cómo o dónde fue aprendida.

### 2.1.9. Memoria prospectiva

Hasta ahora nos hemos referido a variaciones experimentadas por la memoria retrospectiva, es decir, variaciones en la recuperación de informaciones o acontecimientos ocurridos en el pasado. Sin embargo, también es necesario

hacer referencia a la denominada *memoria prospectiva*, que se refiere a recordar realizar las acciones que se han planeado realizar en un momento adecuado del futuro (por ejemplo, planeamos pasar por el supermercado de regreso a casa, o no debemos olvidarnos de tomar nuestra medicina después de cada comida). La acción que planeamos se ejecutará sólo si recuperamos esta huella en el momento adecuado para su ejecución.

Los resultados de investigaciones sobre tareas de memoria prospectiva en ámbitos cotidianos han mostrado que los mayores tienen un mejor cumplimiento que los jóvenes; sin embargo, este mejor cumplimiento se ha relacionado fundamentalmente con la motivación para cumplir las demandas de la tarea y con el uso de pistas adecuadas para el cumplimiento de la misma (anotaciones, calendarios, agendas, etc.).

Por su parte, la investigación de la memoria prospectiva en tareas de laboratorio se ha realizado pidiendo a los sujetos que, en un momento determinado a lo largo de la realización de una tarea, ejecutaran una acción concreta (hacer una pregunta, apretar un botón, pedir algo, etc.). A partir de estos trabajos, se ha establecido una diferenciación entre tareas de memoria prospectiva basadas en eventos y tareas de memoria prospectiva basadas en el momento temporal: en las primeras, los sujetos deben recordar realizar una acción cuando se produce una determinada situación que actúa como pista; en las segundas, por el contrario, no hay pista externa, y los sujetos deben realizar la acción en un determinado momento temporal. En este segundo tipo de tareas, las ligadas al tiempo, parece que los mayores tienen más problemas que en el primer tipo y en ellas se encuentran diferencias consistentes a favor de los jóvenes.

En general, por tanto, se ha señalado que los problemas de memoria prospectiva aparecen en los mayores cuando se basan únicamente en pistas internas, mientras que cuando existen pistas externas, tanto debidas a la propia tarea, como al uso de determinados mecanismos (agendas, calendarios, alarmas, etc.) los resultados de los mayores pueden llegar a ser incluso mejores que los de los jóvenes (Henry, McLeod, Phillips y Crawford, 2004).

Tomados en su conjunto, los datos que los estudios transversales aportan sobre el funcionamiento de la memoria en la vejez muestran la existencia de diferencias en múltiples tareas cuando se compara el rendimiento de personas jóvenes con el de mayores. Ahora bien, lo que estos datos no pueden mostrar es si estas diferencias pueden atribuirse a un cambio, es decir, a un declive de los procesos de memoria de los mayores.

Como hemos visto en el capítulo 1, los diseños transversales, aunque son los más habitualmente utilizados, poseen una limitación fundamental: las diferencias encontradas podrían ser debidas a y explicarse por otros factores además del de la edad (por ejemplo, efectos ligados a las diferentes generaciones a que pertenecen los sujetos o a cómo se han seleccionado). Es por ello por lo que este tipo de estudios encuentra su complemento en los estudios longitudinales.

### 2.2. Estudios longitudinales

Son escasos los estudios longitudinales centrados en los cambios que experimenta la memoria. Aquí nos vamos a centrar en dos de ellos: el Estudio Longitudinal Victoria y el Estudio Betula.

El Estudio Longitudinal Victoria (VLS) se diseñó con el objetivo de obtener información sobre los cambios que experimentan la memoria y otras variables relacionadas, cognitivas y no cognitivas, durante la segunda mitad de la vida y especialmente durante la vejez.

Se trata de un estudio longitudinal pero en el que los métodos de medida se han derivado de las propuestas teóricas y los resultados empíricos aportados desde la psicología cognitiva. Así, se proponen diferentes tareas que analizan aspectos de memoria semántica, memoria episódica y memoria implícita (en las tareas de memoria implícita, no pedimos al sujeto una recuperación deliberada de la información, sino que analizamos los efectos de esta información en la ejecución de una tarea posterior). Además, se obtienen medidas relacionadas con la velocidad de procesamiento, la memoria operativa, la fluidez verbal, el nivel de vocabulario y la comprensión lectora.

El estudio implicó la evaluación de una muestra inicial de 484 sujetos de entre 55 y 86 años en tres momentos diferentes (en 1986, 1989 y 1992). La muestra de mayores se dividió en dos grupos en función de su edad. Las características demográficas de esta muestra indican que los participantes en el estudio mostraban niveles educativos, de ocupación y salud superiores a los de la población general de su edad, algo que debe tenerse en cuenta a la hora de generalizar los resultados obtenidos.

Resumiendo los datos obtenidos en las pruebas de memoria, destacaríamos los siguientes aspectos:

- La memoria implícita no experimentaría declive y se hallaría preservada, al menos en el rango de edad analizado en el estudio.
- La prueba de memoria semántica utilizada (responder a un total de 240 preguntas sobre información general) mostraría la existencia de cambios ligados a la edad. Este resultado es sorprendente en relación a los datos que habitualmente aportan los estudios que comparan grupos de jóvenes con mayores y lo es más en tanto que la recuperación de conocimiento general se ha considerado tradicionalmente un buen indicador de la inteligencia cristalizada (véase capítulo 5) y, como tal, estable a lo largo de este periodo vital. Los autores indican que también se observan en esta tarea diferencias ligadas a la cohorte (las generaciones más jóvenes mostrarían un rendimiento peor), de forma que estas diferencias generacionales podrían estar enmascarando en los estudios transversales la existencia de un declive ligado a la edad (el declive que deberían mostrar las generaciones de mayor edad quedaría compensado o disimulado por el rendimiento peor de las generaciones más jóvenes).

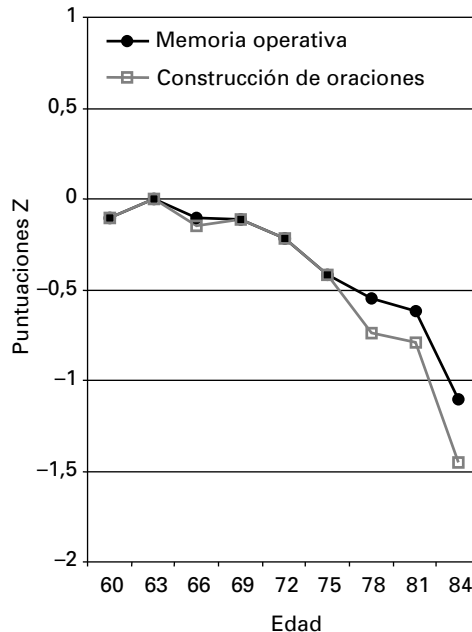
En cuanto a la memoria episódica, se observan cambios en la tarea de recuerdo de palabras, pero no en la de recuerdo de textos. Este resultado también se contrapone a los que reportan habitualmente los estudios transversales, pues en ellos el rendimiento de los mayores, tanto en el recuerdo de palabras, como en el de textos, suele ser significativamente inferior al de los jóvenes.

Con respecto a las variables cognitivas analizadas se observa que aunque el nivel de vocabulario no manifiesta cambios significativos, aparecen cambios mayores en la fluidez verbal y la comprensión lectora y claramente se manifiesta un deterioro en las tareas que miden velocidad de procesamiento y memoria operativa (en la figura 4.2 se observa la evolución de las variables que miden el funcionamiento de la memoria de trabajo y en la figura 4.3 aquéllas referidas a la velocidad de procesamiento, tanto para tareas de decisión semántica, como de comprensión). Estos resultados sí están en consonancia con los aportados por la investigación transversal.

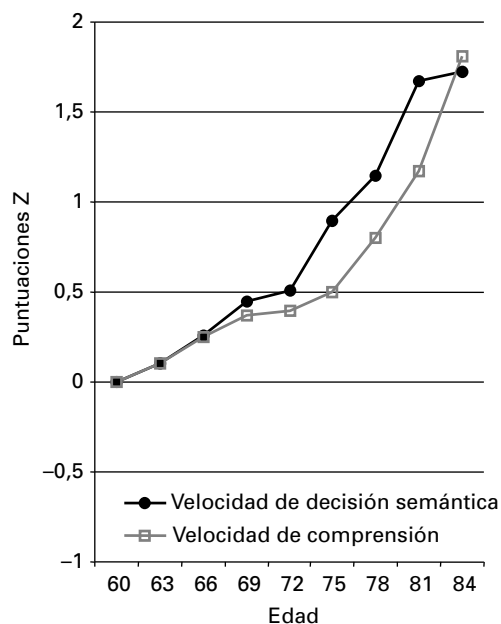
Los resultados que se obtienen en el estudio, llevan a los autores a establecer las siguientes conclusiones:

- Se observan cambios en el funcionamiento cognitivo de los mayores que pueden ser atribuidos a su edad y no a otras fuentes temporales de variación (como, por ejemplo, la generación a la que pertenecen).

**Figura 4.2. Evolución de las variables que miden memoria operativa en función de la edad**



**Figura 4.3. Evolución de las variables que miden velocidad de procesamiento en función de la edad**



- Estos cambios son multidireccionales, con procesos que muestran deterioro, mientras que otros muestran estabilidad. Aun así, la mayoría de las variables cognitivas analizadas muestra un declive que se acelera a partir de los 75 años.
- El cambio cognitivo que experimentan las personas mayores muestra diferencias claras entre individuos, de forma que algunos sufren un declive importante mientras que otros mantienen un rendimiento estable.

Con respecto al Estudio Betula, éste se inicia en el año 1988 y dos de sus objetivos fundamentales se centran en, por un lado, analizar el desarrollo de la memoria durante la madurez y vejez y, por otro, determinar algunos factores de riesgo para la demencia y signos preclínicos que podrían anticiparla. El diseño del estudio se estableció según el supuesto básico de la interacción entre el individuo y el entorno en el que éste se desarrolla, por lo que los autores tuvieron en cuenta estas dos dimensiones: tomaron como parámetros individuales ciertas variables de funcionamiento psicológico y fisiológico, la edad, el sexo y ciertos marcadores genéticos; y como factores ambientales consideraron, entre otros, la historia familiar, la educación, la ocupación, el área de residencia, el estatus socioeconómico y el estilo y los hábitos de vida.

Los datos del estudio se recogieron en tres mediciones sucesivas (entre 1988 y 2000), con sujetos de entre 35 y 80 años; en la primera medición se obtuvieron datos de una muestra de 1.000 sujetos y en cada una de las dos

mediciones posteriores se añadieron muestras adicionales para permitir un estudio secuencial (véase capítulo 1).

Las pruebas de memoria que los autores utilizaron exploraban: memoria prospectiva, memoria episódica y memoria semántica. La memoria episódica se evaluaba a partir de tareas de reconocimiento de caras, reconocimiento de nombres, recuerdo de oraciones, recuerdo de palabras en situación de tarea simple y de tarea dual (consistente en realizar dos tareas simultáneamente, de forma que el sujeto debe distribuir los recursos de que dispone entre ellas), recuerdo de la fuente y recuerdo de actividades. Por su parte, la memoria semántica se evaluaba mediante tareas de la fluidez verbal, de comprensión y de conocimiento general.

Los resultados en estas tareas mostraron:

- Una disminución ligada a la edad en la tarea de memoria prospectiva.
- Un deterioro en la mayoría de las tareas de memoria episódica, concretamente en las pruebas sobre recuerdo de caras y de nombres, en el recuerdo de oraciones, en el recuerdo de la fuente y en el recuerdo de actividades.
- Un deterioro ligado a la edad en el recuerdo de palabras cuando se realiza como tarea simple; en cambio, cuando se realiza bajo condiciones de tarea dual, es decir, con una tarea distractora simultáneamente, la edad no se convertiría en indicadora del rendimiento. Estos datos contradicen las investigaciones transversales que plantean situaciones de atención dividida a las que nos hemos referido en el apartado anterior y, según los autores, no apoyan la hipótesis de la existencia de una reducción en los recursos atencionales de los mayores.
- Diferencias en las tareas de memoria semántica que desaparecen cuando se toma en consideración el número de años de educación formal, por tanto, un efecto mayor de la educación que de la edad en relación al funcionamiento de la memoria semántica.

### 3. Por qué se producen los cambios

En los apartados anteriores, hemos hecho un repaso de cuáles son las funciones de la memoria y la atención y de los cambios que experimentan cuando envejecemos. Este repaso ha sido puramente descriptivo. Sin embargo, además de preguntarnos cómo cambian estos procesos, también podemos preguntarnos cómo se explican, desde el punto de vista cognitivo, estos cambios; es decir, qué hipótesis podemos plantear acerca de por qué se manifiestan de manera diferencial en los distintos sistemas de memoria o en distintos tipos de tareas.

En el año 1991, uno de los más prestigiosos investigadores en el ámbito de la memoria y la vejez, Leah Light, publica un artículo muy influyente: «Me-

moria y envejecimiento: cuatro hipótesis a la búsqueda de datos». En este trabajo, Light integra una enorme cantidad de datos e investigaciones y ordena el campo de estudio de los cambios de memoria asociados al envejecimiento, agrupando los diferentes trabajos en cuatro líneas básicas de investigación:

- Explicaciones que enfatizan el papel de la metamemoria.
- Explicaciones basadas en el concepto *niveles de procesamiento*.
- Explicaciones que se centran en la fase de *recuperación* de la información.
- Explicaciones centradas en los cambios en los *recursos de procesamiento*.

Como decimos, Light se refiere, en primer lugar, a las investigaciones que basan los cambios de memoria que se observan en los mayores en problemas de **metamemoria**.

La metamemoria se refiere al conocimiento sobre la propia memoria, y, de hecho, este término remite a una serie de cuestiones diferentes: por un lado, a la evaluación que podemos hacer cada uno de nosotros sobre nuestros propios procesos de memoria, es decir, a cómo evaluamos la competencia o el funcionamiento de nuestra memoria en nuestra vida cotidiana; por otro, a la evaluación que hacemos acerca de cómo será nuestra ejecución en una tarea determinada; y, por último, al conocimiento que tenemos acerca de las estrategias de memoria que pueden ser más efectivas para la realización de una determinada tarea de memoria.

Según Light, los autores que han estudiado si la metamemoria puede ser un factor relevante para explicar los cambios que muestran los mayores en algunos de sus sistemas de memoria han barajado, entre otras, dos hipótesis fundamentales: por un lado, la idea de que los mayores mantendrían una serie de creencias erróneas acerca de la naturaleza de la memoria y de las estrategias adecuadas para su mejor funcionamiento; por otro, el hecho de que usarían con menor frecuencia estas estrategias efectivas de forma espontánea.

La investigación experimental de estas hipótesis ha mostrado, sin embargo, escaso apoyo a que efectivamente sean fallos de metamemoria los responsables de las diferencias ligadas a la edad. Así, los jóvenes y los mayores parecen mantener creencias similares acerca de las demandas y las estrategias a usar en distintas situaciones y no habría tampoco diferencias acusadas en el uso cotidiano de estrategias de memoria ni en las habilidades de control sobre ella (es decir, las predicciones sobre la ejecución en una tarea, decidir cuándo se está a punto para empezar la prueba de memoria, etc.) (Reese y Cherry, 2004).

En segundo lugar, Light se refiere a aquellas investigaciones que explican los cambios de memoria en los mayores a partir de cómo codifican la información. Según el modelo denominado de **niveles de procesamiento**, el almacenamiento de la información en nuestra memoria se lleva a cabo de



acuerdo con la profundidad con que la hayamos analizado; esta profundidad puede ir desde un procesamiento sólo a nivel de los rasgos físicos, es decir, codificando la información sólo a partir de sus componentes fonéticos u ortográficos, a un procesamiento semántico, es decir, un procesamiento que tiene en cuenta el significado de la información y que hace que la huella de memoria sea más robusta y perdurable.

La idea básica de los autores que se sitúan en este segundo planteamiento sería que los mayores tenderían a implicarse menos frecuentemente en un procesamiento semántico de la información de manera espontánea, lo que provocaría que sus huellas de memoria fueran menos duraderas y potentes que las de los jóvenes y, por tanto, más susceptibles al olvido.

Según Light, la investigación realizada desde estos planteamientos tampoco ha dado resultados muy satisfactorios, puesto que el análisis de la riqueza y la profundidad de las asociaciones entre conceptos ha mostrado que no hay variaciones en la organización del conocimiento cuando se comparan adultos jóvenes y mayores.

La tercera de las líneas de investigación sitúa los problemas de memoria de los mayores, no en la fase de codificación, como la hipótesis a la que nos acabamos de referir, sino en la fase de recuperación de la información. Lo cierto es que uno de los resultados consistentes en la investigación es una disminución de la recuperación cuando ésta se plantea de modo deliberado, es decir, a través de pruebas directas (le pedimos al sujeto que recuerde o reconozca ciertas informaciones anteriormente presentadas); sin embargo, no se encuentran diferencias entre jóvenes y mayores cuando utilizamos pruebas indirectas (no les pedimos a los sujetos que recuperen información previamente presentada, sino que medimos la influencia que esta información tiene en la ejecución de una determinada tarea posterior a su presentación).

Otro resultado frecuente en la investigación experimental es que el rendimiento de los mayores es mucho mejor cuando realizan una tarea de reconocimiento que cuando deben enfrentarse a una tarea de recuerdo y, en general, este rendimiento mejora cuando se le proporcionan pistas o indicios que favorecen la recuperación.

Todos estos datos parecen abundar en la distinción entre la **disponibilidad** de la información y su **accesibilidad**: así, la información podría estar disponible en su memoria, pero no siempre sería accesible; para que lo fuera se necesitarían ciertas pistas que permitirían su recuperación de forma más fácil.

En esta línea, y tratando de explicar el patrón de resultados que describimos, algunos autores han apuntado que los problemas de memoria que manifiestan los mayores podrían estar relacionados con una mayor dificultad para procesar la información de tipo contextual, es decir, los detalles que acompañan a la información a recordar, como por ejemplo, los datos espaciotemporales, los pensamientos y sentimientos que evoca, etc.

De hecho, en muchas investigaciones se ha encontrado que los mayores obtienen peores resultados cuando deben recordar si la información se pre-

sentó oral o visualmente, a través de una voz masculina o femenina, si una determinada acción se llevó a cabo o únicamente se imaginó o si una palabra sólo se pensó o también se dijo (Light, 1991), todo lo cual apoyaría el planteamiento de la existencia de problemas en el procesamiento de la información contextual. Sin embargo, también se han observado algunos resultados contradictorios y todavía debe clarificarse cuál es el papel de este tipo de información en las diferencias que se observan en los mayores entre las medidas de recuerdo directas e indirectas.

Finalmente, el último grupo que recoge Light (1991) lo constituyen las investigaciones que remiten a la existencia en los mayores de una reducción en los recursos de procesamiento. Bajo el término **recursos de procesamiento**, diferentes autores están haciendo referencia a un conjunto de aspectos también diferentes: a la capacidad de memoria de trabajo, a los recursos atencionales o a la velocidad con la que se procesa la información. Lo que tienen en común estos distintos aspectos es constituir recursos esenciales para el procesamiento que, además, están disponibles en cantidad limitada. Por otro lado, las relaciones entre algunos de ellos son complejas y, en ciertos casos, es difícil distinguirlos entre sí; así, por ejemplo, si una de las funciones del ejecutivo central es el control atencional, va a resultar difícil diferenciar entre las hipótesis que hablan de la existencia de un déficit en las funciones atencionales y aquellas otras que hablan de una disminución de recursos de la memoria de trabajo, en la medida en que ambos aspectos están estrechamente relacionados.

Detengámonos primero en la concepción de los recursos de procesamiento como velocidad de procesamiento. Este punto de vista ha llevado a hablar de una ralentización cognitiva general en los mayores como la causa subyacente de las diferencias cognitivas que muestran con respecto a los jóvenes. Según este planteamiento, los problemas que manifiestan los mayores se explicarían por una disminución en la velocidad de transmisión de la activación entre las representaciones mentales; esta disminución en la velocidad de procesamiento remitiría, en última instancia, a una disminución en la velocidad de transmisión nerviosa y se manifestaría de diferentes formas en el contexto de una tarea de memoria, pudiendo implicar una codificación menos elaborada de la información, menores niveles de organización de la misma, menos posibilidad para repasarla o una recuperación más lenta, entre otras potenciales consecuencias.

Diferentes autores vienen trabajando en esta hipótesis desde mediados de los años 80 y, aunque no ha encontrado un apoyo definitivo, la investigación que continúa generando sigue siendo abundante.

Por su parte, en relación a la hipótesis de una reducción en la capacidad de memoria de trabajo, los autores que la plantean se basan en dos supuestos básicos: la idea de que el funcionamiento cognitivo está condicionado por los recursos de que dispone el sujeto en cada momento y la idea de que los recursos necesarios para realizar una tarea determinada varían en función de los componentes de la misma.

A ello se le suma la idea de que estos recursos disminuyen con la edad, de manera que el declive en la ejecución de determinadas tareas que muestran los mayores dependería, tanto de los recursos que ellos pueden poner en juego, como de las demandas de la propia tarea: tareas que para realizarse no exceden la cantidad de recursos disponibles, no mostrarán disminución en su ejecución; por el contrario, tareas cuyas demandas superan los recursos que pueden poner en juego los mayores, darán lugar a una disminución en su ejecución.

Finalmente, y relacionada también con el funcionamiento de la memoria de trabajo, se encontraría la hipótesis según la cual un deterioro en los mecanismos de inhibición que mantienen fuera de la memoria de trabajo todas aquellas informaciones no relevantes para la comprensión o la acción en que está implicado el sujeto, sería el responsable de los problemas de memoria de los mayores.

Así, este deterioro en los mecanismos de inhibición lo que haría sería incrementar los contenidos de la memoria de trabajo, incorporando a ella informaciones no relevantes. Una persona con un déficit en estos mecanismos de inhibición probablemente mostraría una mayor distractibilidad, emitiría más frecuentemente respuestas inapropiadas o necesitaría más tiempo para emitir la respuesta apropiada, y sus olvidos serían más habituales.

Precisamente, la literatura existente sugiere, según los partidarios de este planteamiento, que el comportamiento de los mayores es congruente con este patrón. Es más, afirman que la presencia de información irrelevante en la memoria de trabajo, y las consecuencias a que ello daría lugar, pudieran muy bien explicar comportamientos que hasta el momento habían sido atribuidos a la reducción de los recursos cognitivos, es decir, interpretados desde los modelos de capacidad.

Como vemos, pues, se han presentado una diversidad de explicaciones para dar cuenta de las diferencias observadas entre jóvenes y mayores en diferentes tareas de memoria. Más que teorías o modelos perfectamente desarrollados, se trata de orientaciones teóricas de carácter general. Por otro lado, ninguna de ellas puede dar cuenta de la totalidad de las diferencias ligadas a la edad que hemos descrito en el apartado anterior; es muy probable que éstas deban entenderse como el resultado o el producto de una interacción de factores diferentes, más que de un único aspecto o variable.

#### **4. El nivel educativo y su influencia en el deterioro de la memoria**

Uno de los aspectos más interesantes en relación a la variabilidad que muestran los mayores en su rendimiento en tareas de memoria (y, en general, en tareas cognitivas) es el que se refiere al papel que puede desempeñar el nivel educativo que hayan alcanzado y, en particular, a la influencia que los años de

educación formal pueden tener sobre el grado de deterioro cognitivo que manifiestan.

En este sentido, la investigación reciente parece indicar que los ancianos que tienen un menor nivel educativo manifiestan un deterioro más rápido de su memoria y una menor habilidad verbal (Arbuckle, Maag, Pushcar y Chai-kelson, 1998).

Los datos aportados en este sentido durante los últimos años están abriendo una línea de trabajo prometedora, foco de interés para psicólogos, geriatras o neurólogos, entre otros.

Ahora bien, el mecanismo a través del cual la educación haría posible un mejor y más prolongado funcionamiento de la memoria y del resto de las funciones cognitivas no está todavía claro. Así, la experiencia educativa podría influir de manera directa en el rendimiento cognitivo, pero también podría estar relacionada con otros aspectos vinculados a la salud física y mental de los individuos que, a su vez, podrían facilitar el mantenimiento de un óptimo funcionamiento cognitivo durante más tiempo (como podrían ser experiencias de tipo social y ocupacional a lo largo de la vida, hábitos de salud, nutrición, aficiones e intereses personales, etc.).

Desde las ciencias médicas, una posibilidad que se está barajando en los últimos años es que la educación favorezca el funcionamiento de ciertos circuitos neuronales alternativos que beneficiarían los procesos cognitivos cuando las áreas cerebrales tradicionalmente implicadas en estos procesos ya no funcionan de forma eficiente.

En este sentido, resultados recientes (Springer, McIntosh, Winocur y Grady, 2005) muestran que al analizar las regiones cerebrales implicadas en la realización de una determinada tarea de memoria, se obtienen resultados diferentes para jóvenes con un nivel educativo alto y bajo y para ancianos también con nivel educativo alto y bajo. Es decir, los circuitos neuronales que se estarían poniendo en juego variarían en función del nivel educativo de los sujetos y no serían los mismos para jóvenes y para ancianos.

El concepto que se utiliza en la literatura reciente para referirse a este fenómeno es el de *reserva cognitiva* o *reserva cerebral*.

Sin embargo, en la medida en que esta reserva cognitiva puede referirse tanto a las estructuras, como a los procesos, Stern (2002) hace una diferenciación entre los modelos pasivos y activos de reserva cognitiva: los primeros ligados a variables estructurales y cuantitativas (tamaño cerebral o número de sinapsis), y de ahí el nombre de modelos pasivos; los segundos relacionados con variables funcionales, es decir, con la forma en que se llevan a cabo ciertos procesos y la eficiencia a la hora de solventar las tareas. Estos últimos modelos enfatizarían, por tanto, la capacidad activa de los individuos para responder a las demandas del entorno y para continuar operando de forma efectiva.

En el cuadro titulado «Reserva cognitiva» se puede encontrar un breve comentario sobre la aplicación del concepto de reserva cognitiva más allá del envejecimiento normativo.

## RESERVA COGNITIVA

El concepto de reserva cognitiva no sólo se aplica en el caso de los cambios que acompañan al envejecimiento normativo, sino que también se estudia en pacientes con demencia. En éstos, un mayor nivel educativo no retrasaría el proceso patológico subyacente, pero sí parece estar en la base de una mejora en la habilidad de los pacientes para compensar este proceso y, por tanto, para mantener durante más tiempo sus habilidades cognitivas (Alexander, Furey, Grady, Pietrini, Brady, Mentis y cols., 1997). Ello explicaría por qué, paradójicamente, en los pacientes con un mayor nivel educativo el tiempo transcurrido desde que se observa una pérdida de memoria inicial hasta la presencia de un trastorno severo es menor (Stern, 2002): así, los sujetos con mayor reserva cognitiva requerirían una mayor patología subyacente para comenzar a mostrar afectación, pero, dado que se presupone que la patología progresa al margen del nivel de reserva, una vez superado éste la manifestación clínica mostraría un declive más rápido.

El estudio de la reserva cognitiva está, en la actualidad, tomando en cuenta un conjunto de factores variados, cada uno de los cuales contribuiría de manera diferencial a incrementar este potencial de los sujetos. Hasta ahora nos hemos referido al nivel educativo de los individuos, pero tal vez tomar los años de escolarización formal como punto de referencia no sea la forma más adecuada de representar la reserva cognitiva, sobre todo si consideramos que ésta no es estable, sino que varía en el transcurso de la vida. Así, las experiencias educativas no formales, un ambiente rico en estímulos cognitivos, un elevado nivel de compromiso y de relaciones sociales, etc., deben tomarse también en consideración como elementos que inciden sobre la reserva cognitiva. Así, por ejemplo, la investigación de laboratorio con animales ha podido constatar los efectos positivos de los entornos enriquecidos. Encontraréis más información al respecto en el cuadro de texto.

## ENTORNOS ENRIQUECIDOS

Estudios realizados con animales a los que se introduce en entornos enriquecidos muestran no sólo cambios conductuales, con mejoras en una variedad de tareas de memoria y aprendizaje, sino también un incremento en la complejidad de las estructuras nerviosas de determinadas áreas cerebrales. Estos cambios se observan incluso cuando no son individuos jóvenes, sino de mediana o avanzada edad los que se ubican en el entorno enriquecido (Diamond, Jonson, Protti, Ott y Kajisa, 1995).

Un planteamiento de esta naturaleza conduce de manera necesaria a preguntarnos por la posibilidad de intervenir, a través del estilo de vida y de las actividades que realizan los ancianos, sobre esta capacidad de reserva con el objetivo de incrementarla.

## 5. ¿Se puede preservar y/o mejorar nuestra memoria cuando envejecemos?

Aunque en el próximo capítulo se retoma con mayor profundidad el tema de la capacidad de reserva y se presenta en relación con la inteligencia, entendida en un sentido amplio, queremos referirnos ahora de una forma más específica a la optimización y la compensación aplicadas a los procesos de memoria y atención.

El concepto de **optimización**, que en las últimas décadas ha adquirido un extenso desarrollo en el marco de la psicología del ciclo vital, remite, en un sentido general, a la adquisición y al mantenimiento de aquellos mecanismos o procesos que permiten alcanzar los objetivos vitales definidos por el individuo. Así pues, la optimización implica la inversión de recursos y esfuerzos para hacer posible un nivel óptimo, cuantitativa y cualitativamente, de funcionamiento.

Resulta más difícil definir el término **compensación**, debido a que ha venido siendo utilizado, con algunas diferencias en cuanto a su significado, en múltiples áreas de la psicología. Bäckman y Dixon (1992) ofrecen una definición de compensación que intenta recoger sus aspectos más relevantes. Así, para estos autores la compensación se referiría a un proceso de superación de déficit o pérdidas; este proceso se produciría, en primer lugar, cuando hay un desajuste entre las habilidades del sujeto y las demandas de su entorno y, en segundo lugar y como consecuencia de este desajuste, cuando se ponen en marcha conductas cuyo objetivo es disminuirlo. A su vez, este proceso de superación podría llevarse a cabo a través de mecanismos diferentes, de los cuales nos interesa destacar dos: una mayor inversión de tiempo y esfuerzo en la realización de la tarea, y la puesta en marcha de habilidades diferentes (ya presentes o nuevas) para sustituir la que ha declinado o se ha perdido.

Estos dos conceptos, optimización y compensación, pueden aplicarse a procesos y a comportamientos muy diferentes y presentes en cualquier etapa del ciclo vital; por ello, resultan también muy adecuados para explicar de qué forma se puede intervenir sobre la memoria y, en general, sobre las funciones cognitivas durante la vejez.

En apartados anteriores, hemos visto como la edad es un factor relevante para explicar el funcionamiento de la memoria en distintas etapas de la vida y, consecuentemente, muchos de los olvidos cotidianos que experimentan los mayores. Sin embargo, hemos visto también que otros factores pueden influir en el rendimiento de nuestra memoria. La investigación y la experiencia muestran que trabajando sobre algunos de estos factores podemos preservar e incluso mejorar este rendimiento, lo que constituye el objetivo básico de los programas de estimulación cognitiva.

Muy habitualmente, con la edad se reducen de una forma significativa las demandas que realiza el entorno; así, los mayores suelen abandonar ciertas actividades que implican estímulo intelectual, contacto social e, incluso, au-

toestima (pensemos, por ejemplo, en los efectos de la jubilación, en los estereotipos sociales que suelen manejarse sobre la vejez o en las enfermedades y las dificultades de movilidad que a menudo acompañan al envejecimiento).

Esta disminución de las demandas externas suele tener como consecuencia inmediata la práctica desaparición de elementos de estimulación cognitiva, cuando, tal como hemos visto en el apartado anterior, un ambiente rico en estímulos parece ser un elemento clave a la hora de favorecer la plasticidad cerebral y la capacidad de reserva cognitiva.

Tomando todo ello como premisa, los programas de estimulación cognitiva se han desarrollado con el objetivo de llevar a cabo una intervención global, diseñando ejercicios que pongan en acción los diferentes procesos mentales (la percepción, la atención, la memoria, el lenguaje, etc.) con el objetivo de mantenerlos activos y fortalecer las conexiones y redes neuronales subyacentes. El principio básico en el que se apoyan estos programas es que, del mismo modo que el ejercicio físico mantiene el cuerpo en forma, la estimulación cognitiva actúa como una gimnasia mental previniendo el deterioro y manteniendo e, incluso, mejorando el rendimiento cognitivo de los mayores, es decir, optimizando y compensando los procesos cognitivos.

Así, en los programas de estimulación se diseñan y practican ejercicios para trabajar de forma independiente o combinada diferentes funciones cognitivas. Las más frecuentes son las siguientes:

- Orientación espacial y temporal: si bien es una de las funciones que más rápidamente resulta afectada en ciertos trastornos cognitivos, como la enfermedad de Alzheimer, cuando se trabaja con mayores sanos suele estar preservada. Aun así, suele ser frecuente realizar ejercicios que trabajen estos aspectos. Respecto a la orientación temporal, algunos de los ejercicios más habituales consisten en recordar el día de la semana y la fecha, comentar las festividades próximas, sean generales o personales o realizar ejercicios de planificación de actividades a corto, medio y largo plazo. En cuanto a los aspectos espaciales, los ejercicios suelen incluir el dibujo de planos de lugares conocidos y el diseño de recorridos por estos planos, el uso de callejeros y mapas para trabajar también la orientación en ámbitos de mayor extensión y la vinculación de estos recorridos a la memoria espacial, tratando de realizar trayectos mentales.
- Atención: ya hemos visto en apartados anteriores la importancia de los mecanismos atencionales para la adecuada selección y codificación de la información, procesos imprescindibles para el posterior recuerdo de la misma. De ahí que sean también especialmente relevantes todos aquellos ejercicios que trabajan estimulando esta capacidad, tanto a nivel visual como auditivo. Para la modalidad visual suelen utilizarse ejercicios similares a los pasatiempos: buscar diferencias entre dibujos, realizar laberintos, encontrar un objeto concreto entre

una gran variedad de estímulos, localizar errores tipográficos, etc. Por lo que se refiere a la modalidad auditiva, muy frecuentemente se trabaja a través de la escucha atenta, es decir, leyendo o presentando auditivamente una información sobre la que a continuación se realizan preguntas. También se pueden trabajar otras modalidades sensoriales presentando diferentes objetos o sustancias a los sujetos que deben describir e intentar identificar utilizando sólo el sentido correspondiente, por ejemplo, con los ojos vendados y palpando, o degustando, etc.

- Memoria: en los talleres de estimulación cognitiva, la memoria se puede trabajar desde dos puntos de vista diferentes y no necesariamente excluyentes: el primero y más frecuente es trabajar los aspectos relacionados con la codificación, la retención y la recuperación de información, el segundo es trabajar la memoria autobiográfica a través generalmente de la técnica de la reminiscencia.

Con respecto al primero, se utilizan tanto una serie de estrategias generales como un conjunto de técnicas específicas que tratan de optimizar los tres procesos básicos que implica el recuerdo: la codificación de la información, su retención, es decir, su mantenimiento en la memoria y su recuperación posterior en el momento en que el sujeto la precisa.

Entre estas estrategias generales, se suele explicar y practicar el papel que juegan en el recuerdo la asociación, la visualización y la atribución de significado, entre otras. Aunque se trata de estrategias diferentes, un elemento común a todas ellas es que permiten codificar la información que el sujeto recibe vinculándola a otros contenidos mentales y, de este modo, favorecer sus posibilidades posteriores de recuperación.

Estas estrategias o principios generales se han utilizado de forma combinada dando lugar a diferentes técnicas que permiten aprender y retener informaciones específicas, por ejemplo la técnica para asociar caras y nombres, la técnica de los lugares o la técnica del relato, ambas utilizadas para el aprendizaje de información verbal, o la técnica de palabras clave para el aprendizaje de vocabulario extranjero (Herrmann, Raybeck y Gutman, 1993). Los programas de estimulación cognitiva suelen explicar y entrenar alguna de estas técnicas, mostrando sus efectos positivos sobre el recuerdo de los sujetos.

Otra perspectiva desde la que se puede trabajar la memoria y que también se suele adoptar en muchos programas o talleres de estimulación cognitiva es la que remite a la **memoria autobiográfica**, es decir, a los acontecimientos que conforman la vida de cada uno de nosotros. Frecuentemente, se utiliza la técnica de la reminiscencia, que se ha empleado, no sólo con mayores sanos, sino también en el caso de mayores con un deterioro cognitivo serio en la medida en que en ellos



la memoria remota se mantiene hasta etapas más avanzadas (Francés, Barandiarán, Marcellán y Moreno, 2003). En el contexto de los programas de estimulación, la técnica de la reminiscencia suele realizarse en grupo, utilizando como apoyo algún objeto o fotografía e incentivando a que los sujetos lo usen para recordar y compartir algún evento de su propio pasado. Planteada de este modo, la reminiscencia no sólo estimula la memoria autobiográfica de cada uno de los participantes, sino que suele favorecer también la comunicación y el sentido de pertenencia entre los miembros del grupo.

- Lenguaje: es una de las funciones que no suele mostrar un declive importante en la vejez, aunque sí parece disminuir la complejidad sintáctica de las oraciones y aumentar la dificultad para acceder al léxico (Maylor, 1990; véase capítulo 6). En los programas de entrenamiento cognitivo se suelen trabajar fundamentalmente los aspectos relacionados con la fluidez verbal (denominación de objetos, juegos de sinónimos y antónimos, descripción de láminas o escenas, etc.) y la capacidad de comunicación con el resto de los compañeros del grupo.

Hasta aquí nos hemos referido exclusivamente a la estimulación de las funciones cognitivas, sin embargo, el diseño habitual de estos programas les lleva a incidir también en otras áreas más allá de la estrictamente cognitiva; así, suelen trabajar sobre aspectos metacognitivos, proporcionando información a los mayores que les libera de estereotipos habituales y suele aliviar los frecuentes temores y ansiedades relacionados con el funcionamiento cognitivo y, especialmente, con la evolución de su memoria. Suele ser frecuente que se trabaje también con técnicas de relajación, lo que permite disminuir la ansiedad que pueden experimentar los mayores ante los cambios que acompañan a esta etapa vital. El contexto de este tipo de programas les proporciona además un espacio de relación social en el que intercambiar y compartir inquietudes y vivencias personales, lo que los convierte en un elemento socioterapéutico.

Todo ello convierte a los programas de estimulación cognitiva en una herramienta interesante y útil en la que se trabajan de una manera integrada aspectos cognitivos, metacognitivos, afectivos y sociales con el objetivo último de mejorar la calidad de vida y la autonomía de los mayores.

### Cuestiones clave

1. El declive de la memoria no sólo se produce en el envejecimiento normativo, sino que es una de las características más destacadas de algunas patologías ligadas a la vejez. Reflexiona sobre las dificultades de diagnóstico ligadas a los difusos límites entre lo que representa un cambio benigno en la memoria y los primeros estadios de un proceso de demencia.
2. Los datos de los estudios transversales y longitudinales sobre los cambios que experimentan memoria y atención no resultan siempre coincidentes. ¿A qué crees que obedecen estas discrepancias?, ¿cómo podrían solventarse?
3. El concepto de *reserva cognitiva* está adquiriendo gran importancia a la hora de explicar las diferencias individuales en relación a los cambios cognitivos en los mayores. Reflexiona sobre sus implicaciones.

### Actividades prácticas

1. Elabora un cuestionario de metamemoria que te permita obtener información sobre diferentes aspectos, por ejemplo: la valoración de los mayores acerca del funcionamiento actual de su atención y su memoria, si perciben cambios en las tareas cotidianas que implican estos procesos, cuáles son sus olvidos más frecuentes, si utilizan alguna estrategia para intentar paliarlos y cuáles son, etc. Una vez elaborado, pasa este cuestionario a 4 o 5 mayores con perfiles diferentes (distinto nivel cultural, actividades de ocio diversas, diferente grado de autonomía, etc.) y elabora un informe recogiendo los aspectos más destacados de sus apreciaciones.
2. Visita algún centro en el que se haya diseñado y puesto en práctica un taller de estimulación cognitiva; infórmate y describe sus principales características: qué objetivos persigue, quién ha diseñado el taller, quién lo imparte, a qué tipo de mayores va dirigido, qué procesos se trabajan y de qué forma, qué valoraciones hacen de él los participantes, etc.

### Lecturas recomendadas

Iñiguez Martínez, Julio (2004): *El Deterioro Cognitivo Leve. La importancia de su diagnóstico diferencial para detectar un posible proceso de demencia de tipo Alzheimer*. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, n.º 17. [Fecha de publicación: 15/11/2004].

<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iniguez-deterioro-01.pdf>>

Esta página permite acceder al informe que desde el *Portal Mayores* del IMSER-SO se realizó en 2004 sobre el Deterioro Cognitivo Leve o *Mild Cognitive Impairment*. El informe presenta una descripción de este trastorno e incide en su evaluación y en los problemas de delimitación con respecto a la demencia y, específicamente, la enfermedad de Alzheimer.

Graf, P., y Ohta, N. (2002) (eds.): *Lifespan Development of Human Memory*. Cambridge: The MIT Press.

Este libro lleva a cabo una introducción, desde el punto de vista cognitivo, a la investigación sobre el desarrollo de la memoria a lo largo del ciclo vital. No aborda sólo las investigaciones centradas en el envejecimiento normativo, sino que aporta información también sobre el desarrollo de la memoria durante la infancia y la madurez. En este sentido puede ser un complemento interesante al presente capítulo para obtener una panorámica más completa sobre la evolución de la memoria a lo largo de la vida.

Stern, Y. (2002): «What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept». *Journal of International Neuropsychological Society*, 8, pp. 448-460.

Stern hace un repaso en este artículo de las distintas formulaciones del concepto de reserva cognitiva, clave a la hora de explicar los cambios cognitivos ligados al envejecimiento, generando un marco teórico comprensivo y clarificador, tanto para psicólogos como para otros profesionales implicados en el estudio y la atención de los mayores.

## Bibliografía

- Alexander, G. E.; Furey, M. L.; Grady, C. L.; Pietrini, P.; Brady, D. R.; Mentis, M. J. y cols. (1997): «Association of premorbid intellectual function with cerebral metabolism in Alzheimer's disease: Implications for the cognitive reserve hypothesis». *American Journal of Psychiatry*, 154, pp. 165-172.
- Arbuckle, T. Y.; Maag, U.; Pushcar, D., y Chaikelson, J. S. (1998): «Individual differences in trajectory of intellectual development over 45 years of adulthood». *Psychology and Aging*, 13, pp. 663-675.
- Bäckman, L., y Dixon, R. A. (1992): «Psychological compensation: A theoretical framework». *Psychological Bulletin*, 112, pp. 259-283.
- Baddeley A., y Hitch, G. J. (1974): «Working memory». En G. Bower (ed.), *Recent advances in learning and motivation*, vol. 8, pp. 47-70. Nueva York: Academic Press.
- Diamond, M. C.; Jonson, R. E.; Protti, A. M.; Ott, C., y Kajisa, L. (1995): «Plasticity in 904-day-old male rat cerebral cortex». *Experimental Neurology*, 87, pp. 309-317.
- De la Fuente, J.; Pousada, M., y Gómez-Zúñiga, B. (2005): «Inhibition and processing speed: cognitive differences between young and old people depressed and not depressed». *9<sup>th</sup> European Congress of Psychology*. Granada, España.
- Francés, I.; Barandiarán, M.; Marcellán T., y Moreno, L. (2003): «Estimulación psicocognoscitiva en las demencias». *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 26, pp. 405-422.
- Henry, J. D.; McLeod, M. S.; Phillips, L. H., y Crawford, J. R. (2004): «A meta-analytic review of prospective memory and aging». *Psychology and aging*, 19, pp. 27-39.
- Herrmann, D.; Raybeck, D., y Gutman, D. (1993): *Improving Student Memory*. Toronto: Hogrefe & Huber.
- Koriat, A.; Ben-Zur, H., y Sheffer, D. (1988): «Telling the same store twice: output monitoring and age». *Journal of Memory and Language*, 27, pp. 23-39.

- Light, L. L. (1991): «Memory and aging: four hypotheses in search of data». *Annual Review of Psychology*, 42, pp. 333-376.
- Maylor, E. A. (1990): «Recognizing and naming faces: aging, memory retrieval and the tip of the tongue state». *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 45B, pp. 215-226.
- Memon, A.; Hope, L.; Bartlett, J. C., y Bull, R. (2002): «Eyewitness recognition errors: The effects of mugshot viewing and choosing in young and old adults». *Memory and Cognition*, 30, pp. 1219-1227.
- Pousada, M., y De la Fuente, J. (2005): «Envejecimiento y cambio cognitivo». En S. Pizano y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 185-217. Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Reese, C. M., y Cherry, K. E. (2004): «Practical memory concerns in adulthood». *The International Journal of Aging and Human Development*, 59, 3, pp. 235-253.
- Salthouse, T. A.; Atkinson, T. M., y Berish, D. E. (2003): «Executive functioning as a potential mediator of age-related cognitive decline in normal adults». *Journal of Experimental Psychology: General*, 132, pp. 566-594.
- y Babcock, R. L. (1991): «Decomposing adult age differences in working memory». *Developmental Psychology*, 27, pp. 763-776.
- Salthouse, T. A.; Kausler, D. H., y Saults, J. S. (1988): «Investigation of student status, background variables and feasibility of standard tasks in cognitive aging research». *Psychology and Aging*, 3, pp. 29-37.
- Stern, Y. (2002): «What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept». *Journal of International Neuropsychological Society*, 8, pp. 448-460.
- Springer, M. V.; McIntosh, A. R.; Winocur, G., y Grady, C. L. (2005): «The relation between brain activity during memory tasks and years of education in young and older adults». *Neuropsychology*, 19, pp. 181-192.
- Verhaeghen, P.; Marcoen, A., y Goossens, L. (1993): «Facts and fiction about memory aging: A quantitative integration of research findings». *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 48B, pp. 157-171.

# 5. Inteligencia y sabiduría

Feliciano Villar

En este capítulo abordaremos los cambios cognitivos en la vejez que van más allá de los procesos y estructuras relacionados con la atención y memoria y que han sido estudiados fundamentalmente desde modelos de procesamiento de la información (véase capítulo anterior). En concreto, nos van a interesar los cambios en dos ámbitos: la inteligencia y la sabiduría.

Como veremos, los cambios en la inteligencia en la segunda mitad de la vida fueron históricamente los primeros por los que se interesó la psicología del envejecimiento. Estos primeros estudios se abordaron desde un enfoque psicométrico y la pregunta fundamental era si existía o no, y en qué medida, declive intelectual en la vejez. Como veremos, los estudios más actuales plantean preguntas algo más complejas e intentan ofrecer modelos y conceptos para entender la dinámica del cambio intelectual en la vejez. El estudio de la sabiduría es mucho más reciente y en su estudio lo estrictamente cognitivo se entrelaza con factores motivacionales, de personalidad y contextuales, ofreciendo una visión más integrada del desarrollo en la segunda mitad de la vida.

## 1. Inteligencia

### 1.1. El enfoque psicométrico de la inteligencia

El enfoque psicométrico pretende estudiar las diferencias entre diferentes personas en determinada dimensión psicológica, medida a partir de pruebas

en las que se supone que se refleja esa dimensión. Las diferentes respuestas de las personas a esas pruebas indicarían diferencias en la dimensión subyacente estudiada.

En el caso de la inteligencia, estas pruebas tienen una larga tradición y son enormemente conocidas: los tests de inteligencia. Así, una vez armados con este instrumento, una pregunta obvia es plantearse si las puntuaciones de inteligencia varían sistemáticamente en función de la presencia de ciertos factores. En nuestro caso, puede interesar saber si las puntuaciones de inteligencia siguen una tendencia determinada a lo largo de ciclo vital. Para ello, no tenemos más que aplicar un test de inteligencia adecuado (por ejemplo, el un test de inteligencia para adultos, como el WAIS) a muestras de edades diferentes y comparar los resultados. Este tipo de estudios, que comenzaron ya antes de la Segunda Guerra Mundial, fueron de los primeros en los que podemos ver un interés desde la psicología por los cambios que supone envejecer.

La evolución de las puntuaciones en el WAIS que mostraban estos primeros estudios era similar y se caracterizaba por un progresivo ascenso inicial hasta llegar a una cima, a la que se llega en algún momento entre los 20 y los 30 años de edad. Estas puntuaciones típicamente se mantenían relativamente estables unos pocos años para luego iniciar un descenso suave al principio y que se acelera en las últimas décadas de la vida (Matarazzo, 1976; Doppelt y Wallace, 1955). No obstante, tanto el inicio del descenso como el grado de aceleración de la caída en las últimas décadas varía en función del tipo de prueba analizado. En el caso del WAIS, las pruebas que forman la subescala verbal tendían a mostrar declives algo más tardíos y menores que las pruebas que forman la subescala manipulativa.

Algunos investigadores (por ejemplo, Horn y Catell, 1966; Horn, 1978) han propuesto que estos resultados pueden interpretarse teniendo en cuenta la existencia de dos tipos básicos de inteligencia. La **inteligencia fluida** sería la capacidad de la persona para adaptarse y rendir en tareas nuevas y abstractas, que no impliquen contenido semántico o cultural. Representaría el potencial intelectual biológico del individuo, determinado principalmente por factores innatos y fundamentado en la eficiencia del sistema nervioso central. La escala manipulativa del WAIS tendería a medir este tipo de inteligencia. En contraste, la **inteligencia cristalizada** representaría el fondo de conocimientos adquiridos por una persona, resultado de la influencia de factores educativos y relacionados con la experiencia. En general, los subtests verbales del WAIS serían buenos indicadores de inteligencia cristalizada.

De esta manera, si consideramos la inteligencia fluida, nos encontraríamos con un patrón de declive asociado a la edad similar al que podríamos encontrar en otro tipo de capacidades físicas y biológicas, ya que comienza en la juventud y se agudiza a medida que envejecemos. Por el contrario, en la inteligencia cristalizada estaríamos ante una relativa estabilidad o incluso crecimiento durante la juventud y madurez, años en los que la persona puede se-

guir acumulando conocimientos. Los declives, cuando aparecen, son suaves y comienzan en edades muy tardías.

Sin embargo, pese a que esta diferencia entre tipos de inteligencia parece relativizar el déficit asociado a la edad, en la práctica los estudios han resaltado sobre todo el declive de diferentes capacidades fluidas, explicándolos a partir de una pérdida neuronal irreversible que acompaña el envejecimiento cerebral. Como comentan Dixon, Kramer y Baltes (1985), parece como si la inteligencia fluida fuese la inteligencia verdadera y natural, mientras que la inteligencia cristalizada aparece como mero subproducto de la experiencia a la que se otorga mucha menor relevancia.

Por otra parte, también hemos de tener en cuenta que todos estos primeros estudios sobre inteligencia y envejecimiento utilizaban diseños transversales. Como hemos visto en el capítulo 1, en este tipo de estudios las distintas muestras participantes no difieren únicamente en edad, sino que también lo hacen en su año de nacimiento: cada uno de ellos pertenece a una generación o cohorte diferente. Debido a ello las diferencias entre las puntuaciones de inteligencia de estos grupos de personas no pueden ser exclusivamente interpretadas como cambios inherentes al proceso de envejecimiento, ya que las diferencias en las experiencias sociales y los cambios históricos que se dan entre generaciones podrían también desempeñar un papel importante (Schaie, 1983a). Por ejemplo, es bien sabido como las personas de las generaciones más mayores en general tienen menos años de estudios que las de generaciones más jóvenes, que han crecido en un contexto con más oportunidades en este sentido. Si la educación tuviera algo que ver con la inteligencia, las diferencias a favor de los jóvenes en el WAIS podrían ser debidas a ello y no al efecto del envejecimiento.

Teniendo en cuenta estas cuestiones, el psicólogo norteamericano K. Warner Schaie puso en marcha en 1956 el estudio probablemente más completo y detallado del que disponemos sobre la inteligencia desde un punto de vista psicométrico. Este estudio, conocido como el *Seattle Longitudinal Study*, es uno de los pocos estudios a largo plazo de tipo secuencial de los que disponemos en Psicología Evolutiva. Su diseño se ajusta a lo que el propio autor denomina «el diseño más eficiente» (véase capítulo 1), que permite estimar por separado los efectos de la edad y de la generación. El instrumento utilizado en este estudio para evaluar la inteligencia es el PMA, que valora cinco componentes o habilidades intelectuales primarias: capacidad espacial, comprensión verbal, capacidad numérica, capacidad de razonamiento y fluidez verbal.

En los resultados obtenidos por Schaie llama la atención la gran discrepancia existente entre datos longitudinales y transversales (Schaie, 1983b). Mientras que en la comparación transversal de muestras de diferente edad en un único momento de medida se observa una curva de declive de la inteligencia con la edad acentuada, al comparar una misma muestra a lo largo de los diferentes puntos de medida (comparación longitudinal) los resultados mues-

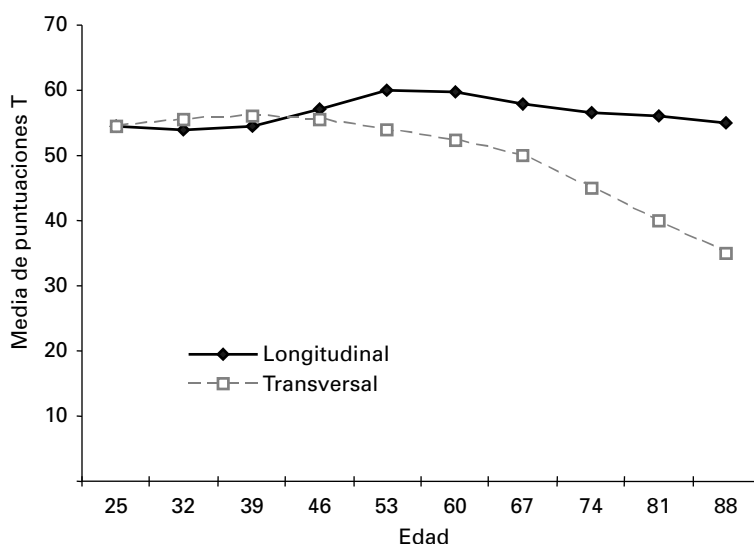
tran gran estabilidad e incluso algunas dimensiones de la inteligencia parecen incrementarse con la edad (véase figura 5.1).

En segundo lugar, en los resultados del estudio no parece existir un patrón claro de déficit intelectual relacionado con la edad que sea común ni a todos los individuos ni a todas las capacidades que poseen esos individuos. Las grandes diferencias interindividuales (entre personas de la misma edad) e intraindividuales (entre las diferentes capacidades intelectuales), en gran medida ignoradas por la investigación anterior, aparecen aquí como lo suficientemente importantes para descartar índices globales o uniformes de declive. Aunque después de los 60 años algunas dimensiones, especialmente aquellas vinculadas a la inteligencia fluida, sí muestran decrementos en la mayoría de los individuos, incluso la mayoría de las personas de edad muy avanzada (80 años o más) eran capaces de mantener niveles de funcionamiento estables en al menos una de las dimensiones medidas por el test (Schaie, 1994).

Una última conclusión de este estudio es la importancia que presentan los efectos asociados a la generación. Los cambios producidos antes de los 60 años parecen estar producidos casi en exclusiva por efectos asociados a la generación, mientras que los presentes en años posteriores se deben a la acción conjunta de factores generacionales y madurativos. Sólo a partir de los 80 años los factores madurativos (el efecto del envejecimiento) sobrepasarían claramente a los generacionales.

En resumen, estudios como el de Schaie proporcionan un patrón de cambio de la inteligencia en la segunda mitad de la vida mucho más complejo. Así,

**Figura 5.1. Evolución de las puntuaciones en inteligencia: comparación entre medidas transversales y longitudinales (Schaie, 1983b)**





si la edad por sí misma no es suficiente para explicar las diferencias entre jóvenes y mayores en capacidades intelectuales, nos podemos preguntar qué factores están influyendo además del envejecimiento. Conocer estos factores, que estén debajo de las importantes diferencias individuales y generacionales que hemos comentado, nos permitirá además conocer algunas de las claves para mantener esas capacidades en edades incluso muy avanzadas.

### 1.1.1. Factores que influyen en el mantenimiento o declive intelectual en la vejez

La **enfermedad** podría ser uno de los factores que intuitivamente podemos pensar que puede afectar al rendimiento intelectual de los más mayores. Aunque sabemos (véanse capítulos 1 y 2) que el envejecimiento no es en absoluto equivalente a enfermedad y que la mayoría de las personas mayores mantienen un buen nivel de salud hasta edades muy avanzadas, las enfermedades crónicas sí son más frecuentes entre los mayores que entre los jóvenes. Cuando comparamos las puntuaciones en test de inteligencia de mayores entre mayores sanos y mayores afectados por enfermedades crónicas, éstos obtienen sistemáticamente rendimientos menores (Hultsch, Hammer y Small, 1996).

Entre estas enfermedades crónicas, destaca especialmente el efecto negativo que tiene la presencia de enfermedades cardiovasculares y la artritis. El efecto de las primeras puede incluso ser directo, ya que el buen estado del sistema circulatorio es crítico para el mantenimiento de las estructuras y funciones cerebrales que soportan nuestras capacidades intelectuales (véase capítulo 3). En cualquier caso, ambos tipos de enfermedades tienen también un efecto indirecto a partir de la modificación del estilo de vida que suelen implicar. Ambas pueden suponer una pérdida de actividad y agilidad, lo que puede suponer mayores dificultades para obtener estímulos intelectuales y una menor velocidad a la hora de realizar tareas motoras como, por ejemplo, las que están implicadas en algunas pruebas de inteligencia.

Un aspecto relacionado con la salud que ha sido frecuentemente estudiado es la denominada **caída terminal**. Este fenómeno hace referencia al declive especialmente acentuado que experimentan las medidas de inteligencia tomadas en momentos temporales muy cercanos a la muerte (Bosworth, Schaie, Willis y Siegler, 1999). Este gran declive de la inteligencia poco antes de morir se produce especialmente en la inteligencia cristalizada, cuyas puntuaciones son más estables a lo largo del ciclo vital. Es decir, el derrumbe de las capacidades mentales más resistentes al envejecimiento parece estar relacionado con la proximidad a la muerte.

Los efectos de la caída terminal pueden conducirnos a exagerar la magnitud del declive intelectual en las personas mayores. Obviamente, el número de personas próximas a la muerte aumenta entre las muestras más mayores, y esta mayor presencia puede disminuir los valores promedio de inteligencia que medimos en los mayores. Si estos valores los generalizamos a los indivi-

duos que envejecen con salud y buenas expectativas de vida, estaríamos minusvalorando sus capacidades. El mismo efecto se produce al estar incluidas en las muestras mayores personas en estadios iniciales, quizá todavía ni siquiera diagnosticados, de enfermedades como las demencias, cuya presencia contribuye también a minusvalorar el potencial intelectual de las personas mayores sanas.

Un segundo factor importante que se relaciona con la conservación de las capacidades cognitivas en la vejez es el grado de **estimulación intelectual** que experimentamos a lo largo de nuestra vida. Según Schaie (1994), las personas que se mantienen activas, que están implicadas con el ambiente en el que viven y que mantienen una amplia gama de intereses y actividades intelectuales, como por ejemplo leer o asistir a programas formativos, son también aquellas en las que las capacidades intelectuales se mantienen en mayor medida según envejecen. De esta manera, el principio «lo que no se usa tiende a perderse» parece que funciona con respecto a las capacidades intelectuales: cuanto más las ponemos en práctica a partir de nuestra implicación en tareas que suponen retos intelectuales, más probabilidades de conservarlas.

Este menor declive cognitivo no sólo está relacionado con el estilo de vida que se lleva en el presente, sino con el que se ha llevado durante las décadas anteriores de la vida. Así, un bajo nivel educativo, un estatus social desfavorecido o la presencia de diversas problemáticas sociales parecen relacionarse con un mayor declive intelectual en la vejez. Estos efectos son tanto directos como indirectos, ya que precisamente son esas las personas que menor probabilidad tienen de llevar una vida intelectualmente estimulante en la vejez. Por otra parte, hemos de tener muy en cuenta que parte de los efectos generacionales pueden estar relacionados con las menores oportunidades educativas y, en general, intelectuales, de las que disfrutaron en su infancia y juventud las generaciones más mayores.

Por último, un tercer factor tiene que ver con la manera en la que los mayores afrontan tareas intelectuales y, en concreto, la respuesta a tests de inteligencia, lo que podríamos denominar **actitud ante la tarea**. Por ejemplo, se ha argumentado que los mayores abordan estas tareas con una mayor prudencia que los jóvenes: ante la duda, los mayores tienden más a no contestar, mientras que los jóvenes tenderían más a arriesgarse a dar una respuesta. En la mayoría de los tests de inteligencia, la excesiva cautela conlleva una menor puntuación final, especialmente en aquellos tests que tienen en cuenta no sólo la precisión, sino también la rapidez de las respuestas, como por ejemplo algunos subtests manipulativos del WAIS.

Aparte del decremento de velocidad de respuesta que implica una actitud prudente, la propia capacidad de responder con rapidez disminuye con la edad incluso en personas que no presentan ningún tipo de enfermedad crónica. Si tenemos en cuenta que muchos de los test de inteligencia premian las respuestas veloces, éste podría ser también un factor implicado en el declive de sus puntuaciones en personas mayores. Como hemos visto en el capítulo 4,

algunos autores incluso sitúan la ralentización cognitiva como el factor principal que explica los déficit cognitivos asociados a la edad.

### 1.1.2. Las aportaciones de la perspectiva psicométrica de la inteligencia

La perspectiva psicométrica de la inteligencia tiene una gran importancia histórica para comprender el origen y crecimiento del envejecimiento como ámbito de estudio para la psicología. Proporciona interesantes patrones y magnitudes de cambio asociado a la edad y especifica algunos factores que se relacionan con ese cambio. Desde un punto de vista conceptual, se han generado también de manera inductiva algunos conceptos generales (por ejemplo, el binomio inteligencia fluida e inteligencia cristalizada) que permiten ordenar y describir mejor los datos obtenidos. Quizá su debilidad principal estriba en que son estudios fundamentalmente descriptivos y que apenas han permitido la elaboración y puesta a prueba de modelos que permitan por una parte explicar los mecanismos que subyacen a determinado rendimiento cognitivo, lo que ayudaría a permitir predecir cambios futuros y a obtener criterios para optimizar el funcionamiento cognitivo de los mayores.

A pesar de esta limitación, la perspectiva psicométrica sigue influyendo en lo que sabemos y cómo estudiamos el cambio cognitivo que se produce en las últimas décadas de la vida. Su importancia actual se centra en tres aspectos:

- Desde un punto de vista empírico, los estudios psicométricos siguen proporcionando una descripción válida del cambio intelectual y aportan datos relevantes que han sido utilizados para corroborar ciertas visiones del envejecimiento. En concreto, Baltes acude a ellos para justificar una visión del envejecimiento caracterizada por la multidireccionalidad, la importancia de las diferencias individuales o la relevancia de los factores sociales e históricos (véanse capítulo 1 y siguiente apartado).
- Desde el punto de vista metodológico, es precisamente en los estudios psicométricos relacionados con el envejecimiento donde se han puesto en práctica de manera más ambiciosa, con estudios de mayor alcance, los diseños longitudinales y secuenciales tan necesarios para evaluar el cambio evolutivo.
- Por último desde un punto de vista técnico-instrumental, los estudios psicométricos aportan escalas estandarizadas y una amplia gama de problemas intelectuales de diferentes tipos. Estos instrumentos han sido utilizados más allá del ámbito estrictamente descriptivo, por investigadores que trabajan con modelos de procesamiento de la información (véase, por ejemplo, Verhaegen, 2000) o desde concepciones más contextuales de la cognición (véase, por ejemplo, Baltes y Smith, 1999).

Actualmente, disponemos de propuestas acerca de cómo y por qué cambia la inteligencia en la vejez con un nivel de complejidad mayor que simplemente aludir a patrones o magnitudes de declive o mantenimiento. Vamos a describir dos de estas propuestas: la primera de ellas trata de otorgar un papel más importante al contexto y la experiencia en el desarrollo de la inteligencia, la segunda destaca cómo a medida que pasan los años los cambios en nuestras capacidades intelectuales quizá no son tanto cuantitativos como cualitativos.

### 1.2. La mecánica y la pragmática de la inteligencia

Una de las críticas que se suele hacer a la manera clásica de medir el rendimiento intelectual mediante test, experimentos o pruebas estandarizadas de inteligencia es que colocan a la persona mayor en una situación que puede tener poco sentido para ellos. Así, mientras los jóvenes están acostumbrados a situaciones de examen en las que se busca únicamente dar un rendimiento máximo, los mayores (y especialmente las generaciones que hoy son mayores) están muy poco acostumbrados a situaciones de ese tipo, en las que se les sitúa frente a problemas abstractos alejados de su experiencia cotidiana y sin una finalidad práctica clara. Quizá el menor rendimiento de los mayores en este tipo de situaciones indique cierto déficit estadísticamente significativo, pero no nos diga mucho acerca de cómo los mayores utilizan sus habilidades intelectuales al abordar problemas cotidianos, problemas que generalmente son muchos más relevantes, ambiguos y complejos que los que se proponen en los test y en los que no se nos pide explícitamente cierto «rendimiento máximo» estandarizado.

Recogiendo este tipo de cuestiones, el investigador alemán Paul Baltes y su equipo han propuesto un modelo de cambio cognitivo que pretende dos cosas. En primer lugar, integrar los resultados obtenidos desde una perspectiva psicométrica y del procesamiento de la información con otros más cercanos a una visión contextual de la inteligencia, que incluya su uso como capacidad adaptativa que nos permite resolver problemas cotidianos. En segundo lugar, aportar una visión en la que junto con el declive se deje espacio también para el mantenimiento de ciertas habilidades o incluso a su mejora con la edad, lo que por otra parte da sentido al diseño de intervenciones optimizadoras en este ámbito.

Para ello, reformulan la distinción clásica entre inteligencia fluida y cristalizada y diferencian dos componentes o dimensiones cognitivas fundamentales (Dixon, Kramer y Baltes, 1985; Baltes, 1987, 1993):

- La **mecánica cognitiva**, referida a los procesos cognitivos básicos, que serían relativamente universales en cuanto a forma y funciones (velocidad, precisión, coordinación de operaciones básicas, etc). Sus

fuentes se encuentran fundamentalmente en el desarrollo biológico y en el cerebro como soporte de toda competencia cognitiva.

- La **pragmática cognitiva**, referida a capacidades contextualizadas en ciertos dominios de conocimiento. Haría referencia a conocimientos moldeados por las metas y entornos culturales de la vida cotidiana que la persona ha experimentado, conocimientos que permiten afrontar y adaptarse a las situaciones reales. Es producto de la adquisición de conocimientos culturales, ya sea de forma normativa (en contextos de socialización temprana y escolarización) o no normativa (reflejando especializaciones elaboradas a lo largo de la vida).

Al igual que sucedía con la inteligencia fluida y cristalizada, mientras la mecánica cognitiva declina a partir de la juventud, la pragmática cognitiva se mantiene (e incluso existen posibilidades de mejora) durante la adultez y vejez.

Baltes argumenta que la mayoría de los resultados que nos proporcionan los estudios experimentales realizados desde modelos de procesamiento de la información se dirigen al cambio en la mecánica cognitiva. Así, los factores que explican del declive en este componente se pueden relacionar con la progresiva ralentización de nuestro sistema cognitivo, la ineficiencia de la memoria de trabajo asociada a la edad o los déficit en procesos inhibitorios (véase capítulo 4).

Sin embargo, esto es sólo parte del cambio cognitivo asociado a la edad. La otra parte es la que proporcionan los estudios sobre pragmática cognitiva, es decir, sobre conocimientos y habilidades elaborados a partir de la experiencia de muchos años. Para evaluarlo, además, no tiene sentido utilizar los test o experimentos clásicos de inteligencia, sino que hemos de diseñar pruebas que sean relevantes y cercanas a las habilidades tal y como se ejercitan por las personas en su práctica cotidiana.

De acuerdo con los presupuestos de la psicología del ciclo vital que el propio Baltes abanderó, su propuesta deja de centrarse en la presencia o no de déficit o en la magnitud de esas pérdidas asociadas al envejecimiento. Su perspectiva es más abierta y optimista y se interesa, entre otros aspectos, por los siguientes:

- Hasta qué punto el progreso en la vejez es posible incluso en los componentes mecánicos de la cognición y cómo podemos promover ese progreso.
- En qué medida el mantenimiento o la ganancia en aspectos pragmáticos de la inteligencia puede compensar la pérdida en aspectos mecánicos.
- Cuál es el balance entre pérdidas y ganancias y las posibilidades de cambio de las personas que se encuentran en edades muy avanzadas, superiores a los 80 años.

### 1.2.1. Plasticidad y capacidades de reserva

Desde la psicología del ciclo vital se destaca que todas las personas, con independencia de nuestra edad, poseemos cierto potencial de flexibilidad. En cualquier momento de la vida podemos cambiar en alguna medida y nuestra composición biológica, nuestra cultura o nuestras elecciones pasadas sólo hacen más probables ciertas trayectorias evolutivas futuras, pero no las determinan. A ese grado de flexibilidad y potencialidad para el cambio se le denomina **plasticidad**.

La plasticidad, sin embargo, tiene ciertos límites, que se relacionan entre otros aspectos con la edad: tanto jóvenes como mayores tienen cierta capacidad plástica, pero la magnitud de ésta disminuye con la edad. Para entender mejor este cambio, Baltes (1987) diferencia entre tres aspectos del funcionamiento cognitivo:

- El **funcionamiento base**, que representaría el nivel inicial o habitual de rendimiento de una persona en una determinada tarea o en dominio de su vida cotidiana.
- La capacidad de **reserva base**, que se refiere al potencial de rendimiento en determinada tarea o dominio evolutivo. Es decir, se refiere al rendimiento máximo que podemos alcanzar por nosotros mismos en condiciones de alta exigencia, cuando necesitamos emplear todos nuestros recursos para ello.
- La capacidad de **reserva para el desarrollo**, que es el nivel de rendimiento máximo al que podemos llegar cuando realizamos la tarea en un contexto favorecedor, en el que contamos con ayudas de personas o instrumentos. Determinaría el nivel al que el individuo puede llegar si se efectúan intervenciones optimizadoras.

A medida que envejecemos no disminuyen tanto nuestras capacidades de base como nuestras capacidades de reserva: mejoramos menos en la tarea cuando nos esforzamos al máximo y nos beneficiamos menos de intervenciones optimizadoras. Es decir, decrecen las dos capacidades de reserva, lo que supone que disminuye el rango de plasticidad evolutiva, aunque esta plasticidad se mantiene en alguna medida a lo largo de toda la vida.

Estos conceptos se han aplicado al estudio de las capacidades cognitivas de los mayores y sus posibilidades de mejora. De acuerdo con ellos, si exponemos a las personas a pruebas en las que se les exige un rendimiento máximo (endureciendo las condiciones de las pruebas, por ejemplo), las diferencias asociadas a la edad aumentan, debido a que estamos evaluando los límites biológicos del funcionamiento humano. En el caso de la cognición, estos límites biológicos se refieren al componente mecánico, con lo que el estudio de reservas cognitivas nos permite observar como funciona el componente mecánico de la cognición (y sus posibles disfunciones) con especial nitidez (Baltes, 1993).

Por ejemplo, en una tarea cotidiana como puede ser la memorización de un número de teléfono, es probable que el rendimiento entre jóvenes y mayores sea muy similar. Sin embargo, si complicamos la tarea (por ejemplo, aumentando los números de teléfono a recordar, dejando menos tiempo entre la presentación de un número y la de otro, etc.), las diferencias entre mayores y jóvenes se multiplicarán. Por otra parte, si intentamos enseñar a jóvenes y mayores estrategias de memoria para mejorar el rendimiento en la tarea, los mayores mejorarán y podrán recordar cada vez más números, aunque esta mejora será más lenta y de menor magnitud que las que experimentarían los jóvenes. Los estudios que se han realizado siguiendo esta lógica (por ejemplo, Kiegl, Smith y Baltes, 1990) obtienen exactamente ese patrón de resultados y concluyen que las diferencias entre jóvenes y mayores no se encuentran tanto en el funcionamiento de base, sino más bien en las capacidades cognitivas de reserva. Pese a ello, los mayores disponen todavía de reservas que, si son activadas, mejoran su rendimiento.

Por otra parte, esta forma de concebir el cambio cognitivo tiene importantes implicaciones respecto a cómo entendemos el funcionamiento, las capacidades y las posibilidades intelectuales de los mayores. En concreto, es importante destacar tres aspectos.

El primero es que en las pruebas de laboratorio o en los test de inteligencia, lo que estamos evaluando son los rendimientos máximos individuales ante determinada tarea. Es decir, estamos exigiendo que los participantes movilicen sus capacidades de reserva base. De esta manera, no es extraño que los mayores tiendan a rendir menos. Estos déficit, sin embargo, pueden no tener mucha relevancia en la vida cotidiana de la persona mayor, donde se enfrenta a tareas rutinarias, ante las que tiene mucha experiencia y que raramente solicitan un rendimiento máximo. Es decir, la vida cotidiana se compone de tareas donde habitualmente se ponen en juego sólo capacidades de funcionamiento base.

Un segundo aspecto importante es que desde este punto de vista la inteligencia no se entiende como un atributo exclusivamente interno, sino que se manifiesta necesariamente en cierto contexto, en el que podemos disponer o no de ciertos instrumentos de ayuda, contar o no con el apoyo de otras personas, etc. Es decir, un contexto que puede ser más o menos facilitador. De esta manera, determinar como son y como podrían ser estos contextos para activar reservas evolutivas es clave para entender el funcionamiento de la cognición en la vida cotidiana, especialmente en la vejez donde, como hemos visto, hay probabilidad de que existan pérdidas en los componentes mecánicos de la cognición.

Por último, también es destacable que las personas mayores realmente se benefician de programas de intervención que pretenden estimular capacidades cognitivas. Estos beneficios, aunque son menores que los que obtienen los jóvenes, aparecen incluso en capacidades que supuestamente declinan con la edad, lo que desmiente que las personas mayores sean incapaces de

mejorar o de aprender. Algunas investigaciones muestran que incluso habilidades tradicionalmente vinculadas a la inteligencia fluida (es decir, vinculadas a la mecánica cognitiva) mejoran tras un entrenamiento adecuado, aunque esos beneficios tendían a desaparecer si la persona retornaba a un ambiente cognitivamente poco estimulante o si no se ejercitan las habilidades aprendidas (Willis y Nesselroade, 1990).

Estas intervenciones que pretenden alcanzar las fronteras de lo posible por la mecánica de la cognición también han sido utilizadas como herramienta diagnóstica de personas con unas reservas cognitivas especialmente reducidas: aquellas que están en las fases iniciales de una demencia. Estas personas prácticamente no se benefician de intervenciones optimizadoras y su rendimiento en situaciones de rendimiento máximo es muy pobre (véase Fernández Ballesteros, Zamarrón, Tárraga y Moya, 2003), lo que nos habla de una capacidad plástica prácticamente inexistente. Los resultados con este grupo de personas, que indudablemente tienen afectadas gravemente las estructuras cerebrales que soportan las capacidades cognitivas, apoyan la naturaleza biológica de la mecánica cognitiva.

### 1.2.2. Ser experto

Por lo que respecta al componente pragmático de la cognición, un aspecto especialmente interesante es si la presencia de un alto grado de conocimiento sobre determinado dominio (es decir, cuando somos expertos en él) hace que, cuando se trata de tareas relacionadas con ese dominio, no existan pérdidas asociadas a la edad o, incluso, puedan darse ganancias.

Ser experto implica poseer un cuerpo de conocimiento muy rico e interrelacionado sobre determinada temática (Ericsson y Charness, 1994). Muchos de estos dominios en los que somos expertos tienen una determinación cultural y por ello son relativamente compartidos por todos. Por ejemplo, a lo largo de la escolarización recibimos una serie de experiencias educativas sistemáticas sobre ciertas habilidades y áreas de conocimiento, en las que acabamos rindiendo a un nivel muy alto. La lectura o la escritura serían buenos ejemplos de estos «conocimientos expertos comunes». En otros casos, su origen puede ser fruto de una selección personal, como cuando nos interesa un tema y comenzamos a querer saber sobre él o cuando escogemos cierta especialización profesional. En cualquier caso, la acumulación de experiencias y aprendizajes en periodos largos de tiempo optimiza progresivamente esos cuerpos de conocimiento hasta dar lugar a dominios en los que la persona es experta.

El funcionamiento cognitivo en estos dominios de conocimiento experto puede mantenerse a un nivel muy alto hasta edades muy avanzadas incluso en aquellos mayores que muestran pérdidas en otros aspectos intelectivos relacionados con la mecánica cognitiva. Por ejemplo, Charness (1991) comprobó



como dos grupos de expertos ajedrecistas, uno compuesto por jóvenes y otro por mayores, diferían en cuanto a recuerdo de una serie de posiciones en el tablero: los jóvenes recordaban más, pero su nivel de maestría no era mayor que el de los mayores. De manera similar, Salthouse (1985), comparando expertos mecanógrafos jóvenes y mayores, comprobó que los jóvenes superaban ampliamente a los mayores en las competencias básicas que subyacen a la habilidad mecanográfica (velocidad perceptiva, rapidez psicomotora, etc.).

Así, pese a las pérdidas en aspectos relacionados, los mayores siguen rindiendo a un alto nivel en aquellas áreas en las que son expertos. Ello es debido a que disponer de un conocimiento extenso y profundo sobre determinado dominio puede hacernos actuar estratégicamente para compensar los posibles efectos de pérdidas en un nivel más básico (mecánico) que pueden estarse produciendo. Por ejemplo, los expertos ajedrecistas mayores de Charness seleccionaban un conjunto de jugadas óptimas muy reducido entre las que elegían una, mientras los jóvenes tomaban en cuenta muchas más jugadas, pero algunas de ellas poco eficaces. La posesión de estrategias y mecanismos mnemónicos altamente especializados y practicados hacía que los ajedrecistas mayores fuesen resistentes a déficit cognitivos que sí se evidenciaban en otros dominios de conocimiento más básico, no experto (Charness, 1991). Por lo que respecta a los mecanógrafos de Salthouse (1995), los mayores también aplicaban una serie de estrategias compensatorias, entre la que se contaban la retención de un mayor número de palabras cuando miraban al texto que debían mecanografiar.

En coherencia con estas ideas, cuando se evalúa la cognición fuera del laboratorio, con pruebas cercanas las tareas y problemas que las personas mayores resuelven en su vida cotidiana (y, por lo tanto, que se supone que conocen bien), los déficit asociados a la edad tienden a atenuarse en gran medida, aunque los jóvenes siguen rindiendo ligeramente más, lo que sugiere que si bien el declive asociado a la edad en la mecánica de la cognición puede compensarse a partir de la cognición pragmática, estos efectos compensatorios podrían tener un límite.

### 1.2.3. Inteligencia en la vejez muy avanzada (o cuarta edad)

Como hemos visto, la cognición en la vejez está caracterizada por ciertas pérdidas, pero también por la presencia de potencial plástico, mecanismos de compensación y posibilidad de experimentar incluso algunas ganancias. Esta imagen, sin embargo, corresponde a los primeros años de la vejez. Una vez traspasado determinado umbral, que en los países desarrollados suele situarse entre los 80 y los 85 años, el cambio cognitivo adquiere unos tintes marcadamente más pesimistas (Baltes y Smith, 2003).

En primer lugar, algunos estudios sugieren que la vejez muy avanzada estaría caracterizada por una progresiva **dediferenciación de las funciones**

**cognitivas** (Ghisletta y Lindenberger, 2004). Esta dediferenciación supone que las medidas de diferentes funciones sensoriales y cognitivas, tanto básicas como complejas (capacidades fluidas, cristalizadas, velocidad de procesamiento, etc.) tienden a presentar correlaciones entre sí mucho más altas en la vejez avanzada que en otros momentos anteriores de la vejez u otras fases de la vida. Junto a este resultado, también existe una convergencia entre los patrones evolutivos que muestran las medidas mecánicas y pragmáticas en la cuarta edad. En concreto, ambas muestran declives, cuando en fases anteriores las medidas pragmáticas podrían mostrar mantenimiento o incluso ganancias en algunos aspectos vinculados a dominios en los que se es experto. Esta generalización del declive puede poner en riesgo nuestro funcionamiento cotidiano en estas edades tan avanzadas.

En segundo lugar, en la vejez muy avanzada las pérdidas reducen drásticamente las capacidades de reserva de la persona y, en consecuencia, su capacidad para realizar nuevos aprendizajes. Por ejemplo, Singer, Lindenberger y Baltes (2003) comprobaron como, más allá de los 85 años, las personas tenían enormes dificultades para aprender una nueva técnica de memoria, incluso cuando se proporcionaba un contexto de aprendizaje con muchos apoyos y duradero en el tiempo. Entre aquellos mayores que lograban aprender la técnica, su uso mejoraba muy poco su rendimiento. Estas pérdidas a edades muy avanzadas llegan a ser tan importantes que afectan no sólo a las capacidades plásticas de la persona, a sus reservas y potencial, sino también a sus capacidades cognitivas de base, comprometiendo la realización de ciertas tareas cognitivas cotidianas incluso en personas no diagnosticadas con demencia.

En conjunto, la vejez muy avanzada implica un nivel de pérdidas biológicas (en el sustrato cerebral que soporta toda función cognitiva) tan elevado que no deja espacio para las ganancias y compensaciones de tipo cultural, que edades anteriores se expresan a partir de las capacidades cognitivas de tipo pragmático.

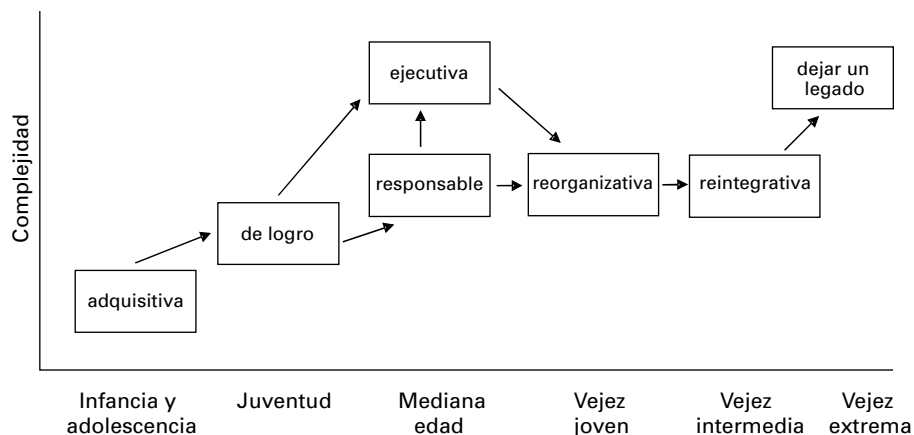
### 1.3. Inteligencia y cambios cualitativos

Los test y tareas estandarizadas para medir la inteligencia asumen que hay una única definición de inteligencia y que ésta puede ser evaluada precisamente a partir de esas tareas. Sin embargo, esta supuesta universalidad de la inteligencia es algo al menos dudoso. Por ejemplo, es plausible pensar que comportamientos que para nosotros son inteligentes y adaptativos y que conducen a un éxito social sean irrelevantes o incluso poco adaptativos en otros contextos sociales y otras culturas diferentes a la nuestra. Debajo de cada definición de inteligencia encontramos una serie de valores sobre qué se supone que es «inteligente» o importante para tener éxito. En este sentido, quizá las diferentes fases evolutivas sean contextos lo suficientemente diversos como para necesitar y modelar capacidades intelectuales también diversas.

En el caso de los test de inteligencia, históricamente tienen su origen en la adaptación de tareas escolares y cuentan como criterio de validez fundamental su alta relación con el éxito académico. Por ello, quizá el tipo de capacidad intelectual que evalúan sea muy relevante en la infancia y juventud, cuando precisamente la inteligencia tiene que abordar multitud de tareas y problemas en entornos académicos. Sin embargo, posteriormente, cuando los años de la escuela quedan cada vez más lejos, quizá el tipo de capacidades que miden los test de inteligencia no tengan tanta relevancia para abordar las demandas que plantean los nuevos contextos de desarrollo a los que se enfrentan personas de mediana edad y mayores. En otras palabras, la inteligencia quizá no sea tanto una dimensión cuantitativa que pueda subir y bajar a lo largo de la vida, sino más bien algo que se transforma cualitativamente en los diferentes momentos evolutivos al vernos expuestos a retos y demandas diferentes. Quizá lo inteligente es que nuestras capacidades cognitivas se modifiquen y especialicen para resolver los problemas típicos de cada edad, más que mostrar siempre características propias de una inteligencia «juvenil».

Schaie y Willis (2000) recogen esta idea al proponer que la edad implica no tanto cambios cuantitativos en la inteligencia, sino cambios cualitativos: cada etapa requeriría un estilo característico de ser inteligente (véase figura 5.2). Así, la infancia requeriría un tipo de **inteligencia adquisitiva**, orientada a incorporar las diferentes habilidades intelectuales básicas. En la adolescencia y juventud la orientación sería hacia una **inteligencia de logro**, ya que se trata de aplicar creativamente las habilidades y capacidades adquiridas a la consecución de metas vitales en los terrenos profesional y de relaciones personales. La mediana edad potenciaría un tipo de **inteligencia responsable**, en la que los recursos intelectuales se han de aplicar al afrontamiento de demandas de entornos de complejidad creciente. Por ejemplo, se deben sopesar las exigencias no siempre totalmente compatibles de los múltiples roles profesionales, familiares, que se desempeñan, adaptarse a cambios tecnológicos, etc. En esta fase de la vida, algunas personas de alto nivel educativo y profesional (por ejemplo, directivos, políticos, etc.) han de aplicar sus capacidades intelectuales no sólo a los sistemas en los que uno se encuentra directamente implicado (trabajo, familia, amigos, etc.), sino también a la toma de decisiones de alto nivel que afectan a sistemas no vinculados directamente a él mismo. Estas demandas más complejas potenciarían un tipo de **inteligencia ejecutiva**. Al acabar la etapa laboral, la persona ha de dedicar un gran esfuerzo en la reorganización de su propia vida para adaptarla a las nuevas circunstancias. La consecución de ciertas metas laborales o familiares deja de tener tanta importancia y se han de buscar nuevos objetivos significativos, lo que hace necesario (al menos para la mayoría de las personas de las sociedades industrializadas) un tipo de **inteligencia reorganizativa**. En la vejez, la necesidad de adquirir nuevos conocimientos continúa declinando y se requiere de la inteligencia mucho más orientada a lo personal, que toma sólo en cuenta los problemas relevantes para esta etapa de la vida y que ha de ajustarse a nuevas

**Figura 5.2. Cambios cualitativos de la inteligencia en función de la etapa vital (adaptado de Schaie, 2000)**



limitaciones, pérdidas o amenazas de pérdidas. Es un tipo de inteligencia que, además, ha de permitir la reflexión e integración de todo lo adquirido y experimentado en anteriores etapas, por lo que Schaie denomina a este estilo **inteligencia reintegrativa**. Por último, una vez que estos esfuerzos reintegrativos han sido puestos en marcha, muchas personas muy mayores (típicamente aquellos que han llegado a 80 o más años con un nivel aceptable de salud) comienzan a anticipar el final de sus vidas y su preocupación entonces es por **dejar un legado**. Este legado puede ser de muy diversos tipos, en función del estilo de vida que ha llevado la persona: desde realizar una última obra de calidad (una autobiografía, por ejemplo), hasta ordenar y distribuir las pertenencias.

En esta misma línea de contemplar cambios cualitativos en la inteligencia, otro grupo de investigadores proponen el desarrollo cognitivo adulto como una nueva etapa evolutiva dentro del marco ofrecido por Piaget.

Como es bien conocido, en la teoría evolutiva de Piaget el estadio de las operaciones formales, que se logra típicamente en la adolescencia, es el final de la secuencia de desarrollo cognitivo. Sin embargo, quizá las características del pensamiento formal no se ajusten especialmente a las demandas que ha de abordar el pensamiento adulto. En la vida adulta, por ejemplo, los problemas a los que nos enfrentamos no son los típicos problemas formales, con un contenido académico y lógico, muy delimitados, con una única solución y un número finito de variables con efectos separables y susceptibles de ser conocidos y medidos. Más bien al contrario, suelen ser problemas de naturaleza social y con intensas implicaciones emocionales, problemas ambiguos, abiertos, mal definidos y en los que los factores que participan son, en todo caso, interdependientes y difícilmente separables entre sí. Son problemas en los que el poder de la pura lógica formal por sí solo no es suficiente y ha de someterse a necesidades prácticas (Rybash, Hoyer y Roodin, 1986).

Por ejemplo, imaginemos la siguiente situación:

Juan es conocido por beber demasiado, especialmente cuando acude a fiestas. María, la esposa de Juan, después de la última borrachera le advirtió de que si volvía a hacerlo otra vez le abandonaría y se llevaría a sus hijos con ella. Esta mañana Juan llamó a María para decirle que llegaría tarde, ya que tenía un compañero de la oficina que organizaba una fiesta de despedida. Juan ha llegado muy tarde a casa y completamente borracho. ¿Qué crees que hará María?

Citado en Sigelman y Shaffer, 1995

Ante una situación como ésta, la mayoría de los preadolescentes y muchos adolescentes contestaron que María abandonaría a Juan. De hecho, ésta sería la respuesta si se aplicara la lógica propia del pensamiento formal. Sin embargo, los adultos son conscientes de que a veces la pura lógica no es la mejor respuesta en el mundo real. Son más proclives que los adolescentes a tener en cuenta las diferentes perspectivas que potencialmente se ponen en juego y posibles problemas que surgen de la adopción de esta decisión aparentemente «lógica» (los sentimientos de los hijos, la gravedad de la decisión a tomar, el tipo de carácter de María, los recursos de María para vivir sin su marido, la capacidad de enmienda de Juan, la cantidad de años que han pasado juntos, la calidad de la relación previa, etc).

Ante esta insuficiencia del pensamiento operatorio formal para dar cuenta del pensamiento adulto, lo que se postula es la presencia de una nueva etapa de desarrollo cognitivo: el pensamiento postformal. Si bien no existe una formulación única de las características que presenta este tipo de pensamiento, y cada investigador enfatiza aspectos diferentes, el panorama global es sin embargo coherente (Sinnott, 1996).

Una de las características más atribuidas al pensamiento postformal es el **relativismo**, que supone la conciencia de que no existe un único sistema conceptual que pueda ser aplicable a todas las situaciones, sino que cada una de estas situaciones se puede entender desde múltiples perspectivas, internamente coherentes pero mutuamente contradictorias entre ellas. El pensador postformal sabe que cuando soluciona un problema necesariamente se hace desde un marco interpretativo que influirá en el conocimiento y las soluciones que se obtengan. Por ello, se es consciente de que no existen verdades absolutas, ya que existen múltiples formas de abordar los problemas y los supuestos de partida que se escojan influirán en las «verdades» que se descubran (Sinnott, 1984).

El pensamiento postformal también es **dialéctico**, es capaz de integrar perspectivas contradictorias del mundo en marcos más inclusivos (Kramer, 1983). Los problemas importantes a los que los adultos se enfrentan en su vida implican en numerosas ocasiones puntos de vista opuestos, contradicciones e inconsistencias, aspectos que pueden ser reconciliados si se es capaz

de lograr una perspectiva más amplia con la que las diferentes partes puedan estar de acuerdo.

Por otra parte, los adultos que muestran este tipo de pensamiento no se centran únicamente en buscar soluciones supuestamente correctas y únicas, sino que son capaces de, ante situaciones ambiguas y mal definidas, **encontrar los elementos clave de los problemas** ante los que se enfrentan. Son capaces de plantearse las preguntas adecuadas y de detectar las inconsistencias e interrelaciones de ciertos puntos de vista, lo que les permite estar en mejor disposición para generar propuestas imaginativas, explorar nuevas perspectivas, idear nuevas formas de ver las situaciones (Arlin, 1984).

Por último, autores como Labouvie-Vief (1998, 2003) destacan que una importante característica del pensamiento adulto es la mayor integración entre los aspectos cognitivos y los afectivos. Para ella el desarrollo en la edad adulta supone una mayor **interrelación entre razón y emoción**, que permite el enriquecimiento de nuestra subjetividad y emociones a partir de su valoración desde criterios objetivos aportados por la razón, y al mismo tiempo implica también enriquecer la cognición incorporando experiencias personales, sentimientos e intuiciones. La integración de ambas esferas conduce en la vida adulta a la madurez.

Si bien el pensamiento postformal aporta un punto de vista más optimista respecto al desarrollo y posibilidades de crecimiento intelectual más allá de la adolescencia, es dudoso que se pueda considerar como una etapa más en el marco explicativo de Piaget. Desde este marco se contempla cada etapa como una reestructuración cualitativa y global del pensamiento, que integra en un marco más amplio el pensamiento típico de la etapa anterior y al mismo tiempo se aplica en todos los dominios y problemas a los que se enfrenta la persona. Al mismo tiempo, el movimiento evolutivo es unidireccional e invariante: no podemos saltarnos etapas y una vez en una etapa determinada, no podemos retroceder a etapas anteriores.

Es muy discutible que estos criterios se cumplan en el caso del pensamiento postformal. Por ejemplo, algunos autores destacan cómo existen numerosas personas capaces de pensar postformalmente sin haber pasado antes por el pensamiento formal, o cómo otras aplican el pensamiento postformal en ciertos dominios de su vida (quizá en los que son más expertos), mientras en otros siguen aplicando un tipo de razonamiento propio de etapas de desarrollo inferiores. Esto ha llevado a pensar que quizá el pensamiento postformal, más que una quinta etapa dentro del esquema propuesto por Piaget, sea un conjunto de «estilos cognitivos» que pueden aparecer durante la vida adulta en determinados ámbitos vitales (Sinnott, 1996). Esta concepción, junto con las propias características que se atribuyen a este pensamiento, lo acercan a la noción de sabiduría que examinaremos a continuación.

## 2. Sabiduría

El logro de la sabiduría es una de las metas a las que puede aspirar todo ser humano y, al mismo tiempo, es una característica tradicionalmente asociada con la vejez. Así, cuando pensamos en alguien sabio, es probable que evoquemos la imagen de una persona mayor. Por ello, el estudio de la sabiduría y su desarrollo en la adultez y vejez es especialmente relevante para poner de manifiesto que más allá de las pérdidas, el envejecimiento también puede implicar ciertas ganancias y aspectos positivos (Baltes, Glück y Kunzmann, 2002).

Sin embargo, abordar científicamente la sabiduría no es una tarea fácil. Tras analizar diferentes concepciones filosóficas, culturales e históricas de la sabiduría, Baltes y Staudinger (2000) destacan algunos aspectos frecuentemente mencionados al hablar de ella. Así, la sabiduría representa un nivel superior de conocimiento, juicio y consejo, un conocimiento amplio, profundo y equilibrado. Este conocimiento tiene que ver y se aplica a cuestiones importantes y difíciles relacionadas con la vida y su significado, y tiene en cuenta los propios límites e incertezas en los que se mueve todo conocimiento. A menudo la sabiduría se concibe como la confluencia perfecta entre mente y carácter, entre conocimiento y virtud, una cualidad que para serlo ha de estar dirigida a la consecución del bien, tanto el propio como sobre todo el del prójimo. Por último, la sabiduría se supone que es difícil de desarrollar y de definir, aunque paradójicamente puede ser reconocida fácilmente cuando se manifiesta.

A esta complejidad y multidimensionalidad del concepto de sabiduría se corresponden múltiples líneas y grupos de investigación que la estudian, cada uno con su propio enfoque. Vamos a mencionar el que quizá ha generado mayor número de resultados hasta el momento, el modelo de sabiduría de Berlín propuesto por Paul Baltes y su equipo. Acabaremos exponiendo algunas concepciones alternativas que pueden enriquecer el concepto de sabiduría y su desarrollo en la segunda mitad de la vida.

### 2.1. La sabiduría como conocimiento experto

Desde la perspectiva del modelo de Berlín la sabiduría se define como un conocimiento experto sobre la pragmática fundamental de la vida. Es decir, la sabiduría sería un conjunto de conocimientos sobre aquellos asuntos fundamentales, aunque inciertos, de la vida, entre los que se incluirían contenidos que tienen que ver con su planificación (el establecimiento de metas relevantes y de esfuerzos destinados a alcanzarlas), la gestión y el manejo de asuntos vitales (la mejor manera de afrontar y evitar situaciones problemáticas, la administración de nuestras posibilidades para llevar una buena vida) y la revisión vital (cómo dar significado a lo ya vivido para que lo veamos como un todo con sentido y ha merecido la pena ser vivido).

En tanto conocimiento experto, la sabiduría forma parte de lo que Baltes y su equipo denominan la pragmática cognitiva: es un cuerpo de conocimiento de base cultural que se adquiere a partir de un largo proceso de práctica y experiencia. Sin embargo, a diferencia de otros cuerpos de conocimiento experto frecuentemente estudiados (por ejemplo, el ajedrez, la música o la mecanografía), que son muy específicos, relativamente cerrados y destinados a solucionar problemas bien definidos, la sabiduría es un conocimiento de aplicación mucho más general, ya que tiene que ver con la experiencia cotidiana, y de complejidad incluso mayor, ya que los problemas que se plantean son mucho más ambiguos, sin una clara solución «correcta» (Baltes, Glück y Kunzmann, 2002).

Sin embargo, el estudio de la sabiduría requiere un nivel de especificidad en la definición mucho mayor. En este sentido, Baltes menciona cinco criterios que están presentes en el conocimiento sabio. Los dos primeros califican la sabiduría en tanto un conocimiento experto, y son los siguientes:

- Presencia de extensos conocimientos declarativos (saber qué) almacenados acerca de la vida y la actuación humana en ella, sobre la naturaleza humana, las relaciones interpersonales, las normas sociales, el desarrollo humano o las diferencias individuales.
- Presencia de un rico conocimiento práctico (saber cómo) sobre la manera de tratar los problemas de la vida cotidiana, que comprende estrategias para manejar problemas vitales complejos, para solucionar o mitigar conflictos, para establecer y priorizar metas o para encontrar sentido a la vida.

Este gran cuerpo de conocimiento declarativo y procedimental en todo caso ha de tener en cuenta además tres aspectos que se formulan como meta-criterios o criterios de partida:

- Comprensión de que la vida es un conjunto de contextos (trabajo, amistades, familia, ocio, educación, etc.) interrelacionados entre sí, lo que pasa en uno influye en el resto. Implica también ser consciente de cómo las personas y sus circunstancias pueden haber cambiado a lo largo del tiempo y pueden en el futuro ser diferentes a como son ahora.
- Conciencia de la relatividad de los juicios respecto a la cultura y a sistemas de valores particulares, a la vez que se reconocen un pequeño conjunto de valores de validez universal.
- Conciencia y aceptación de la impredecibilidad e incerteza fundamental de la vida. Implica saber que uno puede no tener acceso a toda la información y puntos de vista y que el conocimiento humano es, por naturaleza, limitado.

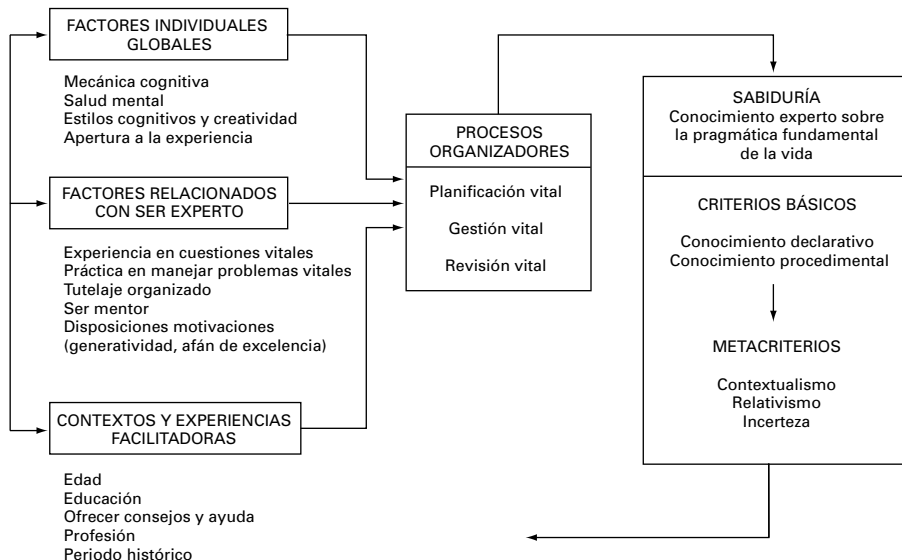


En el desarrollo de este conocimiento sabio a lo largo de la vida, el modelo de Berlín identifica tres tipos de factores responsables de su aparición. El primer tipo lo representan los contextos y experiencias vitales genéricas que pueden generar conocimientos relacionados con la sabiduría, como por ejemplo tener un buen nivel educativo, la experiencia relacionada con recibir y ofrecer consejos, tener experiencia en educar a otros o desempeñar una profesión en la que hemos de dirigir o responsabilizarnos de personas. Lógicamente, también la edad aquí jugaría un papel, dado que a mayor edad, mayor probabilidad de haber experimentado este tipo de situaciones.

Sin embargo, estos factores no son suficientes. También son importantes otra serie de vivencias más específicamente relacionadas con la planificación, gestión y revisión vital que implica la sabiduría: tener experiencia en la resolución de problemas y dilemas vitales, ejercer como mentor o consejero o disponer de ciertas cualidades o motivaciones como un fuerte interés por cuestiones humanas o un impulso hacia la mejora y la excelencia personal.

Por último, también hay que tener en cuenta ciertas disposiciones y factores individuales que, si bien son diferentes a la sabiduría y no la determinan, sí la favorecen. Nos estamos refiriendo a aspectos como la creatividad, la inteligencia, la flexibilidad o un tipo de personalidad caracterizado por el interés por aprender y la apertura a las nuevas experiencias. En conjunto, la definición genérica y específica de la sabiduría y los factores que la promueven pueden articularse según el gráfico que presentamos en la figura 5.3.

**Figura 5.3. Modelo de sabiduría desde la psicología *lifespan* (adaptado de Baltes, y Staudinger, 2000)**



Una vez definidos los criterios para identificar el conocimiento sabio, se está en disposición de estudiar empíricamente su frecuencia, con qué variables se relaciona e incluso cómo se puede potenciar. Para hacerlo, Baltes y su equipo optan por evaluar el conocimiento sabio a partir de las respuestas a una serie de dilemas vitales. La tarea de los participantes es pensar en voz alta sobre esos dilemas y la manera de tratarlos. Por ejemplo, algunos de estos dilemas son los siguientes (la traducción es nuestra):

Alguien recibe una llamada de teléfono de un muy buen amigo suyo diciendo que ya no aguanta más la situación y que va a suicidarse. ¿Qué se debería hacer o tener en cuenta en una situación como ésta?

Al reflexionar sobre nuestra propia vida, a veces llegamos a la conclusión de que no hemos logrado lo que una vez planeamos conseguir. En una situación como ésta, ¿qué deberíamos hacer o tener en cuenta?

Las respuestas a estos dilemas se transcriben y se puntúan por jueces entrenados en cada uno de los cinco criterios que identifican el conocimiento sabio. Las respuestas consideradas sabias serían aquellas que consiguen puntuaciones muy altas en todos los criterios.

A partir de procedimientos como éste, los resultados que se obtienen desde el modelo de sabiduría de Berlín indican que sólo aproximadamente el 5 % de las respuestas proporcionadas pueden considerarse sabias, lo que es coherente con la visión de la sabiduría como conocimiento experto y, por tanto, de difícil adquisición. Más sorprendente es el hecho de que la sabiduría, evaluada de esta manera, parece ser totalmente independiente de la edad. Así, tanto las puntuaciones promedio como el número de personas clasificadas como sabias es equivalente en muestras de diferentes edades, al menos entre los 25 y los 75 años (Staudinger, 1999). Sin embargo, aunque no aumentaban, las puntuaciones tampoco mostraban ningún tipo de declive en la vejez. Este hecho reafirma el carácter cultural y pragmático de la sabiduría, y su inmunidad, al menos hasta edades muy avanzadas, al deterioro en otros aspectos cognitivos, con los relacionados con la mecánica cognitiva.

Por otra parte, las respuestas de las personas de diferentes edades a los dilemas de sabiduría mostraban efectos de cohorte: los mayores superaban al resto cuando el dilema estaba protagonizado por una persona mayor y se centraba en un problema relevante en la vejez. Cuando esto no sucedía, los mayores obtenían puntuaciones de sabiduría menores a personas de otras edades. Esto apunta a que la simple relación entre ser mayor y ser sabio es una simplificación: las personas quizá nos hacemos «sabios» a determinada edad en aquellas cuestiones que tenemos que afrontar en la fase de la vida en la que estamos. Finalmente, desde el modelo de sabiduría de Berlín (véase figura 5.3) se contempla la edad como un factor facilitador de experiencias, pero no algo que determine adquirir conocimiento sabio. Esta adquisición está quizá más relacionada con lo que uno ha sido capaz de aprender de lo vivido (no simple-

mente con el hecho de haber vivido más) y la presencia de otras experiencias más específicamente relacionadas con ser experto en problemas vitales.

Esta importancia de las experiencias específicas para el desarrollo de la sabiduría se pone de manifiesto cuando se evalúa la sabiduría en personas que ejercen profesiones dedicadas precisamente al abordaje de problemas y dilemas vitales complejos e inciertos. Por ejemplo, Smith, Staudinger y Baltes (1994) observaron como las puntuaciones de sabiduría de un grupo de psicólogos clínicos eran significativamente más altas que las de otras personas, jóvenes o mayores, cuyas profesiones no implicaban tratar problemáticas vitales.

Por último, desde el modelo de sabiduría de Berlín se enfatiza que, en coherencia con su naturaleza pragmática, el conocimiento sabio se activa y aplica en situaciones sociales: la mayoría de los dilemas vitales a los que nos enfrentamos no nos implican sólo a nosotros sino también a otras personas. Ante este tipo de problemas solemos, antes de dar una solución, consultar y recoger la opinión de terceras personas en las que confiamos. En coherencia con ello, cuando tenemos la oportunidad de reflexionar en compañía de otros, el número de respuestas sabias a los dilemas aumenta (Staudinger, 1996).

### 2.2. Hacia una visión más integradora de la sabiduría

Las propuestas del modelo de Berlín han sido criticadas por ofrecer una visión unidimensional de la sabiduría como fenómeno casi exclusivamente cognitivo. Efectivamente, Baltes y su equipo han estudiado, más que la sabiduría, el conocimiento sabio, entendido como un cuerpo de conocimiento experto de carácter abstracto, teórico, que se pone de manifiesto en respuesta a dilemas hipotéticos y simplificados.

El logro de una versión ampliada y más integrada de la sabiduría viene de la mano de la incorporación de dos aspectos en cierta medida olvidados por el modelo de Berlín:

- Ciertas cualidades personales afectivas y motivacionales, más cercanas al ámbito de la personalidad que al cognitivo, que necesariamente caracterizarían a la persona sabia.
- La expresión práctica de la sabiduría. Ser sabio implica no sólo saber mucho, sino mostrar un comportamiento «sabio», una forma sabia de dirigir y abordar la propia vida.

Un ejemplo de estos modelos alternativos de sabiduría es propuesto por Ardel (2004). Para esta autora, la sabiduría no es una característica que atañe sólo a la cognición, sino a toda la persona. Así, Ardel plantea que la sabiduría implicaría la presencia simultánea de tres componentes:

- Un componente **cognitivo** similar al propuesto por Baltes y su equipo, y que incluiría una comprensión profunda de la vida, un deseo de

conocer la verdad, la aceptación de lo bueno y malo de la naturaleza humana y de los propios límites del conocimiento.

- Un componente **reflexivo**, que hace referencia a la capacidad para percibir los fenómenos humanos desde múltiples puntos de vista. Requiere autoconciencia para ser capaz de superar y trascender el propio punto de vista subjetivo.
- Un componente **afectivo**, referido a la estima y amor por los seres humanos, que implica simpatizar con ellos, sintonizar emocionalmente con ellos y perseguir su bienestar, el bienestar común.

A diferencia de Baltes, Ardelts evalúa la sabiduría a partir de las respuestas a cuestionarios en los que se incluyen ítems referidos a cada componente. Para ella, además, la persona sabia no es sólo una persona que tiene conocimientos, sino es una persona transformada, que se comporta de manera sabia y que está en paz y a gusto consigo misma. En coherencia con ello, encuentra una estrecha relación entre puntuaciones elevadas de sabiduría y satisfacción personal. La sabiduría se convierte en un buen indicador de llevar una vida satisfactoria, por encima de las circunstancias vitales objetivas como los ingresos, la salud, el estatus social, la situación residencial o la implicación social (Ardelt, 2000). De esta manera, la sabiduría se acerca a la idea de ella que tenía Erikson, la cualidad supone la cima del desarrollo personal y se alcanza cuando uno es capaz de dar sentido a su vida, de aceptarse a sí mismo y de tener una preocupación sincera hacia el cuidado y bienestar de los demás.

El elemento reflexivo de la sabiduría que incorpora el modelo de Ardelts también es enfatizado por otros autores. Por ejemplo, para Sternberg, un elemento clave para la sabiduría ser capaz de lograr un **equilibrio** entre los intereses muchas veces divergentes que se ponen en juego en determinada situación, intereses que pueden ser personales, interpersonales (de las diferentes personas implicadas) o extrapersonales (de instituciones o instancias generalizadas, como la naturaleza, el país, la humanidad, etc.). Estos intereses implican no sólo diferentes puntos de vista sobre la situación, sino también diferentes valores, motivaciones y prioridades. La persona sabia es capaz de comprenderlos, tenerlos en cuenta y llegar a un equilibrio tendente a conseguir el bien común, la satisfacción máxima posible para todas las partes.

Por otro lado, la sabiduría, además de ser un fenómeno cognitivo o un estado personal deseable, es también una práctica y una forma de comportarse en la vida cotidiana. Por ejemplo, el propio Sternberg (1998) concibe la sabiduría como una forma de inteligencia práctica, de formas de hacer adquiridas informalmente que se aplican a la resolución de situaciones difíciles y complejas de la vida cotidiana en las que están implicados intereses diversos. Esta inteligencia práctica para ser «sabia», sin embargo, ha de aplicarse al logro del equilibrio de intereses y estar guiada por la consecución de un bien común. De esta manera, hablar de sabiduría implica necesariamente también unas claras implicaciones morales, ya que ha de tener en cuenta los valores de determinada cultura, que determinan qué es lo que se entiende por bien común.

## Cuestiones clave

1. ¿En qué sentido la metodología y el diseño de los estudios influyen en los resultados que obtenemos respecto a la evolución de la inteligencia y sabiduría en la edad adulta y vejez? Pon algunos ejemplos.
2. Muchos estudios que comparan jóvenes y mayores en diferentes tareas cognitivas obtienen que los jóvenes suelen rendir más, y que estas diferencias son significativas estadísticamente. Sin embargo, ¿supone esto que los mayores presenten déficit cognitivos en su vida cotidiana? ¿Por qué?
3. Comenta los parecidos y diferencias entre los conceptos de pensamiento post-formal y de sabiduría.
4. Compara los enfoques de Baltes y de Ardelt respecto al concepto y estudio de la sabiduría. ¿En qué se parecen y en qué se diferencian? ¿Con cuál estás más de acuerdo y por qué?

## Actividades prácticas

1. Visita un centro para mayores y observa la forma en realizar actividades como, por ejemplo, jugar a juegos de mesa o realizar labores o manualidades diversas. Analiza en una de esas actividades los requerimientos cognitivos que implican: ¿qué tipos de operaciones mentales es necesario poner en juego?, ¿en qué orden?, ¿cuáles son los que diferencian una ejecución excelente de otra mediana o pobre?, ¿hasta qué punto factores como la experiencia, la velocidad, la planificación, etc., importan? Habla además con una o varias personas mayores que practiquen esa actividad y averigua aspectos cómo:
  - Desde cuándo se realiza la actividad.
  - Qué le aporta la realización de la actividad.
  - Si cree que la manera en la que la ejecuta ha cambiado con la edad.
2. Recoge ejemplos de personajes históricos o contemporáneos que puedan calificarse de sabios y especifica en qué consiste su sabiduría, por qué se les puede considerar sabios o sabias. En grupos de tres o cuatro personas, comparte tus ejemplos con los de tus compañeros, y trata de consensuar una definición de lo que a vuestro juicio significa ser sabio.

## Lecturas recomendadas

Baltes, P. B., y Staudinger, U. M. (2000): «Wisdom. A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence». *American Psychologist*, 55, pp. 122-136.

En este artículo, Baltes y Staudinger exponen su modelo de sabiduría y revisan la investigación de su grupo que avala esta concepción, incluyendo aquellos estudios que examinan la evolución y diferencias entre personas mayores y jóvenes.

Schaie, K. W., y Willis, S. L. (2003): *Psicología de la edad adulta y vejez* (5.ª ed.). Madrid: Pearson Prentice-Hall. [capítulo 12. «Desarrollo intelectual»].

Schaie y Willis son dos de los mayores expertos en el desarrollo de la inteligencia en la segunda mitad de la vida. En este capítulo, repasan y sintetizan lo que conocemos hasta ahora respecto a este tema, con especial atención a los resultados psicométricos y a los factores que influyen en el devenir del intelecto en estas edades.

Sternberg, R. J. (ed.) (1994): «La sabiduría: su naturaleza, orígenes y desarrollo». Bilbao: Desclée de Brouwer.

Los diferentes capítulos de este libro repasan, desde muy distintas perspectivas (incluyendo algunas filosóficas) el concepto de sabiduría y cómo se ha estudiado empíricamente.

## Bibliografía

Ardelt, M. (2000): «Antecedents and effects of wisdom in old age». *Research on Aging*, 22, pp. 360-394.

Ardelt, M. (2004): «Wisdom as expert knowledge system: A critical review of a contemporary operationalization of an ancient concept». *Human Development*, 47, pp. 257-285.

Arlin, P. K. (1984): «Adolescent and adult thought: A structural interpretation». En M. L. Commons, F. A. Richards y C. Armon (eds.), *Beyond formal operations: Late adolescent and adult cognitive development*, pp. 258-271. Nueva York: Praeger.

Baltes, P. B. (1987): «Theoretical propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline». *Developmental Psychology*, 23, pp. 611-626.

— (1993): «The aging mind: Potential and limits». *The Gerontologist*, 33, pp. 580-594.

— y Smith, J. (1999): «Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age». En V. L. Bengtson y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of theories of aging*, pp. 153-173. Nueva York: Springer.

— y — (2003): «New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age». *Gerontology*, 49, pp. 123-135.

— y Staudinger, U. M. (2000): «Wisdom. A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence». *American Psychologist*, 55, pp. 122-136.

—; Glück, J., y Kunzmann, U. (2002): «Wisdom. Its structure and function in regulating successful life development». En C. R. Snyder y S. J. López (eds.), *Handbook of positive psychology*, pp. 327-350. Nueva York: Oxford University Press.

Bosworth, H. B.; Schaie, K. W.; Willis, S. H., y Siegler, I. C. (1999): «Age and distance to death in the Seattle Longitudinal Study». *Research on Aging*, 21, pp. 723-738.

Charness, N. (1991): «Expertise in chess: The balance between knowledge and search». En K. A. Ericsson y J. Smith (eds.), *Towards a general theory of expertise: Prospects and limits*, pp. 39-63. Cambridge: Cambridge University Press.

Dopplett, J. E., y Wallace, W. L. (1955): «Standardization of the Wechsler Adult Intelligence Scale for older adults». *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, pp. 312-330.

- Ericsson, K. S., y Charness, N. (1994): «Expert performance: Its structure and acquisition». *American Psychologist*, 49, pp. 725-747
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M. D.; Tàrraga, L., y Moya, R. (2003): «Cognitive plasticity in healthy, mild cognitive impairment (MCI) subjects and Alzheimer's disease patients: A research project in Spain». *European Psychologist*, 8, pp. 148-159.
- Ghisletta, P., y Lindenberger, U. (2004): «Age-based structural dynamics between perceptual speed and knowledge in the Berlin Aging Study: Direct evidence for ability dedifferentiation with age». *Psychology and Aging*, 18, pp. 696-713.
- Horn, J. L. (1978): «Human ability systems». En P. B. Baltes (ed.), *Life-span development and behavior*, vol. 2, pp. 211-256. Nueva York: Academic Press.
- y Catell, R. B. (1966): «Refinement and test of the theory of fluid and crystallized intelligence». *Journal of Educational Psychology*, 57, pp. 253-270.
- Hultsch, D. F.; Hammer, M., y Small, B. (1996): «Age differences in cognitive performance in later life: Relationships to self-reported health and activity life style». *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 48B, pp. 1-P11.
- Kiegl, R.; Smith, R., y Baltes, P. B. (1990): «On the locus and process of magnification of age differences during mnemonic training». *Developmental Psychology*, 26, pp. 894-904.
- Kramer, D. A. (1983): «Post-formal operations? A need for further conceptualization». *Human Development*, 26, pp. 91-105.
- Labouvie-Vief, G. (1998): «Cognitive-emotional integration in adulthood». *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, pp. 206-237.
- (2003): «Dynamic integration: Affect, cognition, and the self in adulthood». *Current Directions in Psychological Science*, 12, pp. 201-206.
- Matarazzo, J. D. (1976): *Wechsler: medida y valoración de la inteligencia del adulto*. Barcelona: Salvat.
- Rybash, J. M.; Hoyer, W. J., y Roodin, P. A. (1986): *Adult cognition and aging. Developmental changes in processing, knowing and thinking*. Nueva York: Pergamon Books.
- Salthouse, T. A. (1995): «Redefining the concept of psychological compensation». En R. A. Dixon y L. Bäckman (eds.), *Compensation for psychological defects and declines: Managing losses and promoting gains*, pp. 21-34. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- (1996): «The processing-speed theory of adult age differences in cognition». *Psychological Review*, 103, pp. 403-428.
- Schaie, K. W. (1983a): «What can we learn from the longitudinal study of adult intelligence?». En K. W. Schaie (ed.), *Longitudinal studies of adult psychological development*, pp. 1-19. Nueva York: Guilford Press.
- (1983b): «The Seattle Longitudinal Study: A 21 year exploration of psychometric intelligence in adulthood. En K. W. Schaie (ed.), *Longitudinal studies of adult psychological development*, pp. 64-135. Nueva York: Guilford Press.
- (1994): «The course of adult intellectual development». *American Psychologist*, 49, pp. 304-313.
- (2000): «The impact of longitudinal studies on understanding development from young adulthood to old age». *International Journal of Behavioral Development*, 24, pp. 257-266.

- y Willis, S. L. (2000): «A stage theory model of adult cognitive development revisited». En R. Rubinstein; M. Moss y M. Keblan (eds.), *The many dimensions of aging: Essays in honor of M. Powell Lawton*, pp. 175-193. Nueva York: Springer.
- Sigelman, C. K., y Shaffer, D. R. (1995): *Life-span human development*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Singer, T.; Lindenberger, U., y Baltes, P. B. (2003): «Plasticity of memory for new learning in very old age: A story of major loss?», *Psychology and Aging*, 18, pp. 306-317
- Sinnott, J. D. (1984): «Postformal reasoning: The relativistic stage». En M. L. Commons; F. A. Richards y C. Armon (eds.), *Beyond formal operations: Late adolescent and adult cognitive development*, pp. 298-325. Nueva York: Praeger.
- (1996): «The developmental approach: postformal thought as adaptative intelligence». En F. Blanchard-Fields y T. Hess (eds), *Perspectives on cognitive change in adulthood and aging*, pp. 358-383. Nueva York: McGraw-Hill.
- Smith J., y Baltes P. B. (1999): «Trends and profiles of psychological functioning in very old age». En P. B. Baltes y K. U. Mayer (eds.), *The Berlin Aging Study: aging from 70 to 100*, pp. 197-226. Nueva York: Cambridge University Press.
- Staudinger, U., y Baltes, P. B. (1994): «Occupational settings facilitating wisdom-related knowledge: The sample case of clinical psychologists». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, pp. 989-999.
- Staudinger, U. M. (1996): «Wisdom and the social-interactive foundation of the mind». En P. B. Baltes y U. Staudinger (eds.), *Interactive minds*, pp. 276-315. Nueva York: Cambridge University Press.
- (1999): «Older and wiser? Integrating results on the relationship between age and wisdom-related performance». *International Journal of Behavioral Development*, 23, pp. 641-664.
- Sternberg, R. J. (1998): «A balance theory of wisdom». *Review of General Psychology*, 2, pp. 347-365.
- y Lubart, T. I. (2001): «Wisdom and creativity». En J. E. Birren y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging*, 5.<sup>a</sup> ed., pp. 500-522. San Diego: Academic Press.
- Willis, S. L., y Nesselroade, C. S. (1990): «Long-term effects of fluid ability training in old age». *Developmental Psychology*, 26, pp. 905-910.



# 6. Lenguaje y comunicación<sup>1</sup>

**Onésimo Juncos,  
Arturo Xosé Pereiro  
y David Facal**

Sentirse vivo es poder comunicarse. La historia individual de los seres humanos es una experiencia de comunicación, desde el nacimiento hasta el último adiós. Con el incremento de la edad aparecen cambios motrices, cognitivos y sociales, que dificultan la comunicación y el lenguaje. Pero la necesidad de vivir puede despertar en el corazón de cada individuo una potencia compensadora que promueva nuevas formas de comunicación y desarrolle al máximo la capacidad de lenguaje en un deseo imparable de palabra y contacto humano.

En este capítulo queremos dar una visión general sobre los cambios que tienen lugar en la comunicación y el lenguaje de las personas mayores, no sólo en el proceso normal de envejecimiento, sino también en situaciones excepcionales, en que el proceso de hacerse mayor se ve alterado por causas neurológicas, como es en los casos de demencias y afasias. Pretendemos también que el conocimiento de los cambios vaya acompañado de información sobre formas de evaluar y de intervenir en ellos que permitan que las personas que envejecen puedan desarrollar y compensar sus capacidades comunicativas para una mayor satisfacción vital.

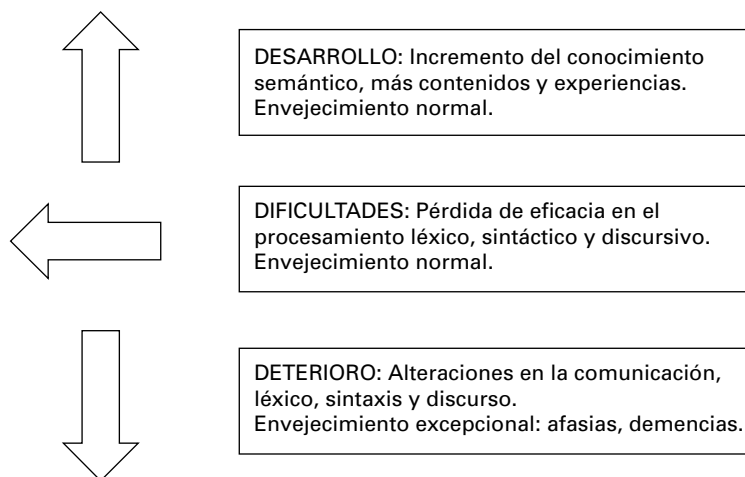
<sup>1</sup> La redacción de este capítulo ha contado con la financiación del Ministerio de Ciencia y Tecnología por medio del proyecto referencia nº BSO2001-3112/PSCE.

## 1. Desarrollo, dificultades y deterioro del lenguaje en la vejez

El desarrollo del lenguaje durante los primeros años de vida se caracteriza por un incremento de las capacidades comunicativas y lingüísticas. ¿Pero, qué sucede en el proceso de envejecimiento? Cuando hablamos de la vejez desde el punto de vista evolutivo, inmediatamente aparecen conceptos, tales como desarrollo, dificultades y deterioro (véase figura 6.1), que se suelen utilizar para definir este periodo de la vida. En la vejez hay desarrollo del lenguaje, porque se produce un incremento del conocimiento semántico; se amplía el conocimiento general del mundo con más contenidos y experiencias. Pero al mismo tiempo aparecen dificultades de acceso al léxico, de procesamiento sintáctico y de organización del discurso, que pueden tener su origen en una pérdida de eficacia en el procesamiento. En personas con envejecimiento excepcional, afectado por alteraciones neurológicas, se produce también un deterioro, más o menos específico e intenso, en la comunicación y el lenguaje.

Las personas mayores, aunque hayan sufrido muchas pérdidas, conservan el lenguaje. Su satisfacción vital no puede entenderse sin contacto humano y sin compartir viejas y nuevas experiencias. Su mente se conserva porque es interactiva y su vida emocional se desarrolla porque mantiene el calor de otras personas de su misma generación y de otras generaciones. Las dificultades y, en su caso, el deterioro de la comunicación y del lenguaje, tienen consecuencias sobre su calidad de vida. El desarrollo, las dificultades y el deterioro comunicativo y lingüístico se entenderán mejor si los consideramos a la luz de un modelo complejo formado por tres sistemas principales: cognición, interacción social y emoción.

**Figura 6.1. Desarrollo, dificultades y deterioro de la comunicación y del lenguaje en el envejecimiento**



### 1.1. Comunicación y lenguaje. Cognición, interacción social y emoción

Los cambios producidos por el envejecimiento en la comunicación y el lenguaje son fruto de las interacciones entre el sistema cognitivo, las relaciones sociales y los aspectos emocionales (véase figura 6.2).

El envejecimiento cognitivo se ha caracterizado como un proceso normal que tiene lugar a lo largo de los años y que produce una pérdida de eficacia en el procesamiento de las operaciones, mientras que mantiene los contenidos o conocimientos. Es lo que tradicionalmente se ha llamado como pérdida en la inteligencia fluida y mantenimiento en la inteligencia cristalizada. La pérdida de eficacia en el procesamiento afecta especialmente a la atención, a la memoria operativa (MO) y al control inhibitorio y tiene consecuencias sobre el funcionamiento de la comunicación y del lenguaje (Wingfield y Stine-Morrow, 2000).

En la vejez se producen alteraciones en varias dimensiones de la atención, como la atención sostenida, dividida y selectiva. También se altera la MO, especialmente en su componente Ejecutivo Central o Sistema Atencional Supervisor (Andrés y Van der Linden, 2000), del que depende el control del flujo de la información, y la regulación y supervisión de los diferentes procesos implicados en tareas complejas. Otro déficit cognitivo afecta a su capacidad inhibitoria; como resultado, los ancianos tienen dificultades para atender a la información relevante y para inhibir la información irrelevante que produce interferencias (Zacks y Hasher, 1994).

Las alteraciones de problemas de atención, MO y control inhibitorio tienen consecuencias sobre la eficacia de la comunicación, especialmente en cuanto a la atención compartida y la relevancia. La comunicación sólo es eficaz si ambos interlocutores se prestan atención el uno al otro, si su atención se focaliza y cambia sobre los mismos contenidos, y si lo que dicen o hacen es relevante para ambos.

#### LENGUAJE. UNIDADES Y NIVELES LINGÜÍSTICOS

Consideramos tres tipos de unidades, palabras, frases y discurso que pueden ser analizados desde tres niveles lingüísticos, fonología, sintaxis, semántica y pragmática. La fonología se refiere a aspectos estructurales de las palabras (fonema, sílabas, acentuación) que forman el léxico. La sintaxis se refiere a las propiedades de las palabras para ocupar un papel en la frase (nombre, verbo, etc.), y a las reglas gramaticales que rigen las combinaciones de palabras, el orden y el movimiento de los sintagmas para formar frases aceptables. La semántica se refiere al significado o contenido de palabras, frases y discurso (combinaciones de frases) y tiene mucha relación con el sistema conceptual y el conocimiento general. La pragmática se refiere a la utilización de palabras, frases o discurso en diferentes contextos y permite determinar las normas de uso y el sentido particular del lenguaje en esos contextos; la pragmática es un nivel en el que interactúan los aspectos cognitivos, sociales y propiamente lingüísticos del lenguaje.

El envejecimiento tiene también consecuencias sobre las relaciones sociales y la disponibilidad de interlocutores. Las relaciones conyugales y familiares cambian y la actividad social se transforma y puede debilitarse. Se pierden interlocutores de la misma generación y las relaciones intergeneracionales se dificultan por la influencia de las ideas y prejuicios que la sociedad tiene acerca de la vejez. Estos prejuicios determinan una forma especial de habla de los interlocutores más jóvenes cuando se dirigen a los mayores, el *elderspeak*, que se caracteriza por simplificación estructural, calidez, y superioridad (O'Connor y St. Pierre, 2004), que puede dificultar la comunicación.

La eficacia de procesamiento y los cambios en las interacciones sociales de los mayores no pueden ser considerados al margen de los aspectos emocionales. El bienestar emocional, el control de las emociones y la motivación cobran especial relevancia en la vida diaria de las personas mayores. Vamos a considerar varias dimensiones de la vida emocional que pueden ser útiles para comprender mejor la comunicación y el lenguaje en el envejecimiento.

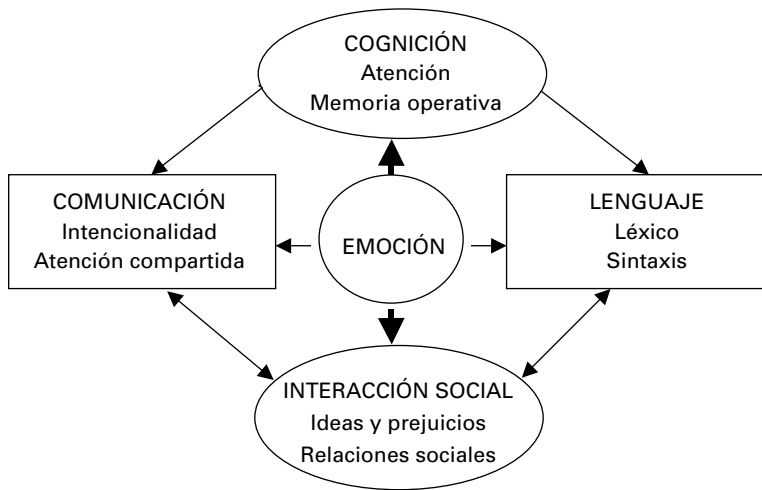
La primera es el concepto de inteligencia emocional, definido como una combinación de habilidades mentales y rasgos de la personalidad, o como las habilidades y competencias no cognitivas que ayudan a una persona a enfrentarse con éxito a los problemas de la vida. Entre estas habilidades destacan la autoconciencia emocional, la asertividad, las relaciones interpersonales, la responsabilidad social, y la empatía, que permiten una interacción y comunicación exitosa. Desde otros puntos de vista, la inteligencia emocional ha sido llamada sabiduría, y definida como una integración de afecto, cognición, motivación y experiencia de la vida, o como la aplicación del conocimiento para lograr un bien común a través de un equilibrio entre intereses intrapersonales, interpersonales y extrapersonales (Sternberg, 2003). La persona sabia escucha a los demás, sabe sopesar el consejo y puede tratar con diferentes tipos de gente. La sabiduría se aplica a la solución de problemas de la vida, la mayoría de los cuales afectan a varias personas, y se resuelven por el diálogo y la consulta, a través de la interacción y la empatía (Staudinger y Baltes, 1996; véase capítulo 5).

La segunda dimensión que nos interesa destacar es el papel compensatorio de las emociones sobre el deterioro de la atención y la memoria en la vejez. Los procesos emocionales, especialmente los referidos a la efectividad en el control emocional y los que contribuyen al bienestar emocional general, se mantienen e incluso se incrementan en la vejez y pueden ayudar a recordar información que de otra manera se habría olvidado (Mather, 2004). En los mayores no se altera el recuerdo de información con contenido emocional o de fuerte implicación motivacional, especialmente cuando la valencia es positiva. Las personas mayores, a diferencia de los jóvenes, recuerdan mejor los sucesos positivos de su vida que los negativos, lo cual tiene una función protectora mejorando su bienestar general.

El tercer aspecto importante es la función reguladora de la emoción sobre la intencionalidad. Los objetivos y proyectos de los mayores están regulados básicamente por las emociones, que contribuyen a incrementar su proyección

personal y comunitaria (Hooker y McAdams, 2003). Según el estudio de Berlín (Staudinger, Freund, Linden y Maas, 1999), los mayores se autoevalúan positivamente y expresan un marcado interés por el entorno y por la comunicación con otras personas. Los mayores pueden proyectar su capacidad emocional hacia nuevas relaciones sociales y familiares, nuevas amistades, nuevas actividades de voluntariado social, y, en definitiva, hacia nuevos interlocutores con los que comunicarse.

**Figura 6.2. Modelo integrado sobre la comunicación y el lenguaje en el proceso de envejecimiento**



## 1.2. Dificultades en el procesamiento léxico, sintáctico y discursivo en el envejecimiento normal

### *ELDERSPEAK* (Habla dirigida a mayores)

Es una forma especial de hablar de los adultos jóvenes cuando se dirigen a los mayores. Se ha analizado en muchos estudios sobre conversación intergeneracional y sobre interacción entre los cuidadores y mayores en centros gerontológicos. También se ha llamado habla condescendiente (*patronizing speech*), y se ha establecido un paralelismo con el habla de las madres a los niños (*babytalk*).

Sus características son: uso de un tono y volumen de voz exagerado; simplificación del vocabulario y de las frases; alto número de repeticiones; alta estructuración del discurso; restricción de temas; abuso de términos cariñosos.

Ha sido interpretado de dos maneras: 1) como una acomodación adecuada a las limitaciones reales que pueden presentar algunas personas mayores y que puede ser útil en la comunicación con ellas; y 2) como una acomodación exagerada basada en estereotipos de incompetencia y dependencia acerca de los mayores que supone una desvalorización y una renuncia a la comunicación significativa (véase Kemper y Harden, 1999).

En el léxico de los ancianos se mantiene e incluso se incrementa su capacidad comprensiva: aumenta la cantidad de palabras en su vocabulario (Verhaeghen, 2003), se incrementa su capacidad conceptual gracias a un mayor conocimiento y experiencia y se mantiene la organización semántica (Burke y Safto, 2004). Sin embargo, los ancianos tienen dificultades en su capacidad productiva, que se manifiestan en tareas tales como:

- Encontrar la palabra adecuada para nombrar objetos o acciones.
- Decir nombres a partir de una categoría dada (por ejemplo, decir nombres de animales carnívoros).
- Encontrar la palabra exacta ante una definición.

Uno de los problemas léxicos y una de las quejas cognitivas más frecuentes es el fenómeno de «la punta de la lengua» (PDL) (Burke, MacKay, Worthley, y Wade, 1991). Consiste en la demora o imposibilidad de decir la palabra adecuada, pero teniendo la sensación de certeza absoluta de conocer esa palabra. Son situaciones que a veces se resuelven espontáneamente en el curso de la conversación o se resuelven después de utilizar varias estrategias de búsqueda (buscar información relacionada, buscar la primera sílaba, preguntar a alguien, etc.).

Respecto a la sintaxis, los ancianos tienen dificultades en la comprensión, repetición, producción y uso espontáneo de oraciones complejas tanto en el lenguaje oral como escrito. Estas dificultades se han relacionado con alteraciones en el funcionamiento de la MO (DeDe, Caplan, Kemtes, y Waters, 2004; Kemper, Herman, y Liu, 2004) que alteran el proceso de estructurar una oración sintácticamente compleja. Las limitaciones de la MO para organizar, controlar y supervisar el proceso de estructuración de los elementos (sintagmas, asignación de papeles temáticos, movimientos, etc.) implicados en la oración, pueden ser la causa de los problemas mencionados.

En cuanto al discurso, referido a unidades más amplias que una palabra y una frase que tienen coherencia en torno a un tema central, se ha afirmado que los ancianos tienen problemas en comprensión y producción. Los principales estudios se han centrado en las modalidades de discurso narrativo y conversacional. Muchos ancianos tienen problemas en comprender historias o noticias complejas, se quejan de dificultades para seguir las películas, o para comprender una conversación cuando intervienen varias personas; y se dan cuenta de que hablan demasiado y se pierden cuando quieren contar una historia. En las investigaciones sobre el tema se informa de dificultades de los mayores en la comprensión de textos escritos, en la comprensión y producción de la conversación, en las descripciones, en narraciones orales y escritas y en los relatos autobiográficos. Las dificultades se concretan en que no se comprende toda la información del texto, se reduce el contenido informativo de sus producciones, se reduce la cohesión (disminuye en número de elementos cohesivos, como son las partículas referenciales), y au-

menta la cantidad del discurso o locuacidad (Juncos-Rabadán, Pereiro y Rodríguez, 2005).

Las dificultades en la comprensión pueden deberse a problemas para organizar la información en un todo coherente. Almacenar a corto plazo la información que se va recibiendo a medida que se lee un texto o se escucha un discurso, organizarla y relacionarla con otras informaciones ya almacenadas en la memoria a largo plazo, y estructurar todas ellas en un todo coherente, son funciones de la MO. Los problemas en el funcionamiento de la MO de los mayores pueden ser el origen de sus dificultades en la comprensión y producción del discurso.

La reducción de contenido informativo se acompaña, en muchas ocasiones, con el incremento de interpretaciones y adiciones subjetivas, y un aumento de la locuacidad. Estas características del contenido se han interpretado como una dificultad para organizar y estructurar la información compleja, y como la expresión de un estilo más interpretativo y subjetivo propio de los mayores. La primera interpretación destaca problemas cognitivos que afectan al funcionamiento de la MO. La segunda señala hacia la modulación emocional, según la cual los mayores valoran más la relación personal y emocional que el contenido informativo del discurso, por eso hablan más y de forma más subjetiva.

La pérdida de elementos cohesivos, que se manifiesta en las dificultades para establecer relaciones referenciales, puede ser reflejo de dificultades de la MO para almacenar la información de forma organizada. También puede ser debido a una dificultad para inhibir los elementos no relevantes que interfieren para establecer un referente claro. Por ejemplo, si en el texto aparecen varios personajes, a los que posteriormente se hace referencia a través de pronombres personales, los ancianos tienen dificultades en establecer con claridad a qué personaje en concreto se refiere cada uno de los pronombres.

### 1.3. Deterioro del lenguaje en el envejecimiento patológico

#### 1.3.1. Deterioro del lenguaje en la demencia tipo Alzheimer (DTA)

En las demencias se produce un deterioro progresivo de las capacidades cognitivas, comunicativas y lingüísticas (Bayles y Kaszniak, 1987; Robles y Vilariño, 1998 para una revisión), que se presenta inicialmente como dificultades similares a las del envejecimiento normal. A veces es difícil determinar si estas dificultades se corresponden a un proceso normal de envejecimiento, a un deterioro cognitivo leve o a un verdadero proceso de demencia. Especialmente difíciles de atribuir son los problemas de acceso léxico que aparecen de forma similar en los tres procesos mencionados.

En la demencia tipo Alzheimer (DTA) las primeras manifestaciones lingüísticas de deterioro aparecen en el léxico. Los pacientes y sus familias rela-

tan que olvidan los nombres. El examen detallado de las dificultades léxicas, en tareas de repetición, fluidez verbal, denominación, definiciones, generación de palabras a partir de categorías y de comprensión de palabras, indica que la alteración fundamental se da en la organización semántica (Garrard, Lambon, Patterson, Pratt y Hodges, 2005). Los pacientes pueden repetir fácilmente palabras así como decir listas de palabras que empiezan por un fonema o sílaba determinado, lo que indica que la organización fonológica del léxico está preservada. Los problemas aparecen especialmente en decir los nombres de objetos reales o representados en dibujos, en decir el nombre que corresponde a una definición, en generar nombres a partir de una categoría, y en comprender palabras. Se ha observado que la facilitación fonológica (presentación de palabras fonológicamente relacionadas) ayuda a la recuperación de palabras, mientras que la facilitación semántica (con palabras relacionadas semánticamente) no ayuda. Por ejemplo la denominación del dibujo que representa una cama es facilitada al presentar la palabra «lama» que tiene parecido fonológico con la palabra objetivo; sin embargo no es facilitada por la palabra «dormir» que tiene relación semántica. Paralelamente se va alterando la organización perceptiva y conceptual, y muchos pacientes confunden unos objetos con otros, como en el caso de un paciente músico que creía que su máquina de afeitar era un trombón.

A medida que va avanzando la enfermedad el deterioro semántico se incrementa. La destrucción de otras áreas cerebrales, especialmente del hemisferio izquierdo, produce alteraciones afásicas, sin embargo, el deterioro cognitivo, que afecta especialmente a la atención, la MO y la memoria a largo plazo, hace que los problemas del lenguaje sean más severos que en las afasias. El deterioro cognitivo altera no sólo el lenguaje (Hebert, Wilson, Gilley, Beckett, Scherr, Bennett, y Evans, 2000), sino también la percepción, el conocimiento del mundo, la memoria, especialmente la memoria autobiográfica, y como consecuencia el conocimiento de sí mismo. Los pacientes perciben, en distinta medida según el estadio de la enfermedad, estos cambios y sus consecuencias para la vida diaria. Pero son especialmente sus familias las que se dan cuenta del deterioro progresivo y de las implicaciones que los cambios tendrán en la comunicación. A pesar de la destrucción cognitiva, los pacientes conservan bastante bien sus capacidades comunicativas, que se ven afectadas, sin embargo, por las alteraciones en su personalidad y conducta (cambios de humor, irritabilidad, etc.). En las últimas fases de la enfermedad, se llega a una abolición casi absoluta del lenguaje y de la comunicación.

### 1.3.2. Deterioro de la comunicación y del lenguaje en otros tipos de demencia

En la demencia frontotemporal (DFT), caracterizada por atrofia y degeneración del lóbulo frontal y temporal, se producen problemas en la comunica-



ción a causa de alteraciones en la personalidad y en la conducta social. Los problemas están muy relacionados con la dificultad de inhibición y falta de atención. Los pacientes no pueden atender ni participar adecuadamente en la conversación. Por su comportamiento desinhibido, obsesivo y a veces paranoico no pueden mantener las reglas de la interacción, ni respetar los turnos, ni mantener las pautas de la conversación, por lo que la comunicación se hace muy difícil.

Las alteraciones frontales afectan especialmente a la MO en su elemento principal, el ejecutivo central, por lo cual se deterioran las capacidades de planificación, organización y control. Se ve afectado el lenguaje espontáneo, porque el paciente pierde la iniciativa para hablar y la capacidad de organizar el discurso. Su lenguaje puede aparecer como reiterativo, con perseveraciones y ecolalia. Aparecen dificultades en la comprensión del discurso, por la imposibilidad para organizar y estructurar las frases en un conjunto coherente. Se conserva relativamente intacta su capacidad léxica, tanto en comprensión como en producción. Cuando la degeneración afecta principalmente al hemisferio izquierdo, y se ven afectadas las áreas de Broca y la corteza temporal, se produce una afasia progresiva con deterioro de la comprensión y producción léxica y sintáctica. Si predomina la atrofia temporal se producen alteraciones semánticas que afectan a la comprensión de palabras, por eso se suele llamar también a estas alteraciones «demencia semántica». En las fases finales de la enfermedad se llega a un deterioro global de la comunicación y del lenguaje.

En las demencias subcorticales, como la demencia parkinsoniana y la enfermedad de Huntington, los trastornos del lenguaje empiezan afectando a aspectos motrices, como la articulación (disartria), la entonación o prosodia y la fluidez. Se mantienen los aspectos estructurales del lenguaje, como la organización del léxico, la sintaxis y el discurso que también se alteran a medida que avanza la enfermedad y se deterioran los aspectos cognitivos.

En las demencias vasculares las alteraciones del lenguaje pueden ser muy diferentes de unos casos a otros. Dependiendo de qué áreas cerebrales estén afectadas, así será el proceso de la enfermedad, tanto desde el punto de vista cognitivo, como comunicativo y lingüístico. Pueden darse procesos similares a los de la DFT, o a las DTA, o a las demencias subcorticales, con alteraciones que pueden afectar inicialmente a la fluidez del lenguaje, a su organización semántica o a la articulación del habla (tabla 6.1). El proceso de avance incrementa el deterioro cognitivo, comunicativo y lingüístico.

### 1.3.3. Deterioro del lenguaje en las afasias

En algunos casos, el envejecimiento patológico puede producirse por lesiones cerebrales focales (principalmente accidentes cerebrovasculares, procesos tumorales y traumatismos) que causan alteraciones específicas del len-

**Tabla 6.1. Deterioro de la comunicación y de la comunicación y el lenguaje en los principales tipos de demencias**

Tipo	Inicio	Desarrollo	Final
Alzheimer	Alteraciones léxicas de origen semántico.	Alteraciones léxicas, sintácticas y discursivas.	Abolición comunicación y lenguaje.
Frontotemporal	* Predominio frontal: Alteraciones en comunicación y conversación. Alteraciones en lenguaje espontáneo (reiteraciones, ecolalia). * Predominio temporal: alteraciones léxicas (demencia semántica).		
Parkinson	Alteraciones en articulación y entonación.		
Huntington	Alteraciones en articulación y fluidez.		
Vascular	Variabilidad individual.		

guaje tradicionalmente llamadas afasias (Goodglass y Kaplan, 1986). Se alteran fundamentalmente los procesos lingüísticos, quedando bien preservadas las capacidades cognitivas y comunicativas. En las afasias, los problemas del lenguaje aparecen de forma súbita. A diferencia de las demencias, el deterioro no es progresivo, sino que tiende a estabilizarse cuando se consolida la dinámica cerebral del área lesionada. Sin embargo, en los mayores son muy frecuentes las afasias causadas por lesiones vasculares que pueden repetirse y dificultar la reorganización cerebral.

Las afasias se han clasificado en varios tipos dependiendo de los síntomas y la localización de la lesión: afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia transcortical sensorial, afasia transcortical motora, afasia anómica y afasia global (véase tabla 6.2). Sin embargo, en los mayores las afasias tienen una caracterización más difusa y pueden aparecer con frecuencia otros déficit cognitivos asociados.

En la afasia de Broca, se altera la organización sintáctica del lenguaje tanto en la producción como en la comprensión. El habla de los pacientes se caracteriza por ser poco fluida y sus producciones cortas, con falta de estructuración sintáctica; es lo que se ha llamado lenguaje telegráfico y agramatical. Los pacientes tienen también dificultades para comprender frases sintácticamente complejas. El léxico está bien conservado, porque la organización semántica del lenguaje se mantiene. La afasia de Broca se suele

acompañar de problemas articulatorios y de estereotipias (palabras que se repiten sin control) que hacen difícil la comunicación. En los casos más graves el lenguaje productivo es completamente imposible y ha de ser sustituido por sistemas alternativos de comunicación no verbal (gestos y otros signos pictóricos).

En la afasia de Wernicke, las principales alteraciones se dan en la organización fonológica y semántica. Los pacientes tienen dificultades en la discriminación de los fonemas y por lo tanto no pueden comprender el lenguaje, en sus diferentes segmentos, palabras, frases y discurso. Su habla es fluida pero plagada de parafasias fonémicas y neologismos, es decir de palabras alteradas fonológicamente y que son difíciles de comprender. Una parafasia fonémica es una palabra que resulta de cambiar algunos fonemas de la palabra objetivo, por ejemplo decir «piña» en lugar de «viña». Cuando los cambios de fonemas son muy grandes se produce un neologismo, que es una palabra inexistente también llamada logatoma (por ejemplo, nuestro paciente B, con afasia de Wernicke, decía «arese» en lugar de «oreja» y «jareba» en lugar de «jirafa»). A veces las expresiones cargadas de parafasias y neologismos constituyen una auténtica jerga, imposible de entender, que se ha llamado jergafasia.

En la afasia transcortical sensorial, se produce una grave desorganización semántica. Los pacientes tienen severas dificultades en la comprensión de palabras, de frases y del discurso. Los síntomas son muy parecidos a los que se manifiestan en los estadios iniciales de la DTA, pero sin el deterioro cognitivo que caracteriza a ésta.

En la afasia transcortical motora, las alteraciones afectan al lenguaje espontáneo y producen una dificultad para producir un discurso organizado. Se producen perseveraciones y estereotipias. No se producen, sin embargo, alteraciones en el léxico, ni en la sintaxis. Los problemas tampoco afectan a la comprensión. Los síntomas de falta de espontaneidad y perseveraciones se parecen a los síntomas iniciales de la DFT, pero no van acompañados de alteraciones cognitivas ni de la personalidad.

La afasia anómica se ha caracterizado por dificultades de acceso al léxico, con dificultad o imposibilidad absoluta para decir nombres (anomia), pero sin problemas en la comprensión de los mismos. Los problemas léxicos de la afasia anómica son muy parecidos a las dificultades de acceso al léxico que se producen en el envejecimiento normal. La diferencia estriba en que son más frecuentes y más difíciles de resolver.

Por último, la denominación de afasia global se utiliza para caracterizar un deterioro grave del lenguaje, con grandes dificultades para la comprensión y la producción. Es un deterioro que suele producirse en los estados iniciales y graves de alteración del lenguaje por lesión cerebral. Suele evolucionar a otros tipos de afasia, o se mantiene en los casos muy graves.

**Tabla 6.2. Deterioro del lenguaje en los distintos tipos de afasias**

Broca	Alteraciones articulatorias. Habla no fluida y telegráfica. Alteraciones sintácticas en comprensión y producción. Agramatismo.
Wernicke	Alteraciones en la discriminación de fonemas. Dificultades en la comprensión y producción de palabras, frases y discurso. Habla fluida con parafasias, jerga.
Transcortical sensorial	Alteración de origen semántico. Dificultades en la comprensión de las palabras, frases y discurso.
Transcortical motora	Alteración del lenguaje espontáneo. Perseveraciones y estereotipias. Buena comprensión.
Anómica	Deterioro en la producción de palabras, anomia. Buena comprensión.
Global	Graves dificultades en la comprensión y en la producción en el léxico, sintaxis y discurso.

## 2. Evaluación de la comunicación y del lenguaje en la vejez

La evaluación de la comunicación y del lenguaje en la vejez tiene que estar enmarcada en un contexto de evaluación personal y acompañada de una evaluación neuropsicológica completa. El diagnóstico neuropsicológico puede realizarse con alguna de las pruebas clásicas (Lezac, 1995) o baterías computerizadas (CANTAB, 2004, Batería Neuropsicológica de Cambridge).

### 2.1. Evaluación de las capacidades comunicativas

Desde el punto de vista comunicativo se han de evaluar la estructura y las funciones de la interacción y la conversación. La estructura incluye el inicio y secuenciación de los turnos; las miradas durante los turnos; el control y seguimiento del tema; y las reparaciones, como son aclaraciones, peticiones de aclaración y rectificaciones. Las funciones se evalúan analizando el valor comunicativo de los enunciados. Pueden ser: directivas, cuando sirven para inducir al interlocutor a hacer algo, y se expresan como preguntas, peticiones u órdenes; respuestas a directivas, cuya función es manifestar que se ha comprendido una directiva; comentarios, que incluyen afirmaciones, juicios o explicaciones; y expresivas, cuando se refieren a la expresión de sensaciones o sentimientos.

Existen varios instrumentos diseñados en lengua inglesa para el análisis comunicativo, destacando el «Conversation Analysis Profile for People with

Cognitive Impairment» (CAPPPI) (Perkins, Whitworth y Lesser, 1997). Ante la ausencia de instrumentos en español hemos propuesto (Juncos y Facal, 2003) un sistema de evaluación, el «Análisis de la comunicación en personas mayores» (ACPM), compuesto por tres instrumentos: 1) Cuestionario sobre relaciones sociales y disponibilidad de interlocutores; 2) Cuestionario sobre habilidades conversacionales, y 3) Análisis de habilidades conversacionales a partir de una muestra de conversación espontánea.

El cuestionario sobre relaciones sociales y disponibilidad de interlocutores nos informa sobre:

- a) Los ambientes comunicativos en que se desenvuelven los mayores.
- b) Las personas con las que se comunican habitualmente (cónyuge, hijo/a, cuidador/a).
- c) La calidad de la relación en cuanto frecuencia, duración y función; y
- d) Grado de satisfacción en la comunicación.

El «Cuestionario sobre habilidades conversacionales» es un medio rápido de recoger información sobre las capacidades de comprensión y producción, manejo de los turnos y control del tema. En caso necesario se complementará con el análisis de la conversación espontánea grabada y transcrita. Nos informa sobre aspectos relevantes lingüísticos, como el volumen de la voz, articulación, prosodia, audición, comprensión y producción de frases y problemas de acceso al léxico; y sobre aspectos conversacionales, tales como seguimiento de los turnos, control del tema, habilidad para pedir y dar aclaraciones, y comportamiento no verbal.

### 2.2. Evaluación del lenguaje

Para la evaluación del lenguaje en la vejez pueden utilizarse dos sistemas: uno a partir del lenguaje espontáneo, y otro con instrumentos estandarizados.

La evaluación del lenguaje espontáneo se realiza a partir de la transcripción de una conversación analizando algunas medidas tales como: 1) cantidad de discurso: número total de palabras, número de palabras por unidad de tiempo, número total de enunciados, cantidad media de palabras por turno, porcentaje de enunciados por turno; 2) estructuración sintáctica: longitud media de los enunciados, longitud media de los cinco enunciados más largos, número de verbos por enunciado, proporción de oraciones subordinadas; 3) léxico: razón tipo/dato (*type/token*) que indica la riqueza de vocabulario y se obtiene dividiendo el número de palabras distintas por el número total de palabras, número de parafasias de los diversos tipos (fonéticas y semánticas), número de pausas en el interior de un sintagma, número de palabras vacías (tales como «cosa», «chisme»), número de circunloquios (indicativos de dificultad para encontrar la palabra).

Como instrumentos estandarizados se pueden utilizar los tests de la afasia, como el Boston (Goodglass y Kaplan, 1986), para exploración general de las capacidades lingüísticas y en particular para la exploración del léxico; el «Test de afasia en bilingües» (BAT) (Paradis, 1987), que se halla disponible en catalán, español, euskera y gallego; el «Psycholinguistic assessment of language processing in aphasia», PALPA (Kay, Lesser y Coltheart, 1992), en su adaptación española (Valle y Cuetos, 1998), que explora los diferentes procesos implicados en el lenguaje oral y escrito.

### **3. Intervención en la comunicación y el lenguaje**

La intervención en la comunicación y el lenguaje en personas mayores tiene que estar basada en un estudio completo del individuo e ir orientada a mejorar su satisfacción emocional, su interacción social, y a optimizar su capacidad cognitiva. Tiene que ser sistémica, es decir, realizada desde las unidades de atención clínica, social o educativa, que son los lugares naturales donde se programa la intervención, y expandida hacia la familia, las instituciones y los grupos vitales de los ancianos. Formará parte de una intervención global realizada por un equipo de profesionales.

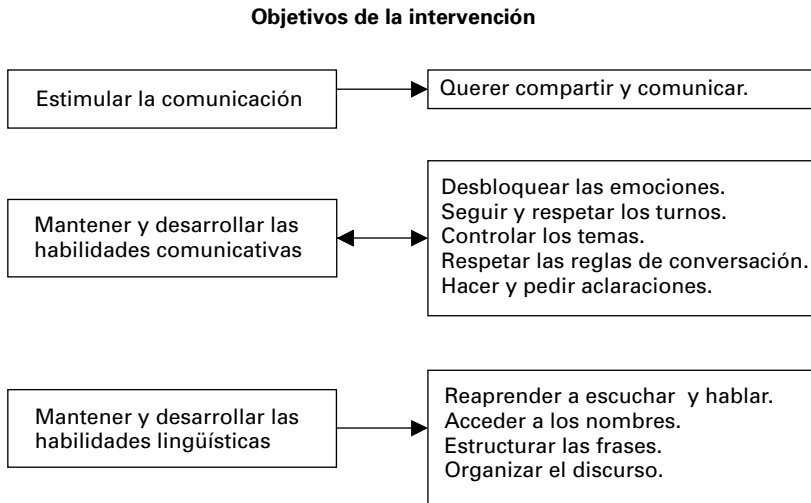
#### **3.1. Intervención en el envejecimiento normal**

En el envejecimiento normal, la intervención tiene como objetivos establecer las condiciones que permitan la comunicación, mantener y desarrollar las habilidades comunicativas y conversacionales, y mantener y desarrollar habilidades lingüísticas. La intervención estará orientada a estimular la voluntad de compartir y comunicar, y aprender o reaprender a hacerlo, desbloqueando las emociones, dominando las habilidades comunicativas, conversacionales y lingüísticas (véase figura 6.3).

En primer lugar se habrá de realizar un trabajo personalizado para conocer y comprender las necesidades comunicativas de los individuos, que vienen determinadas por su situación actual y por su historia de vida. En relación al conocimiento personal de los participantes, se buscarán aquellos contenidos que tengan más relevancia emocional para los distintos individuos y grupos.

Como actividades de comunicación y conversación se recomiendan los grupos de discusión sobre distintos temas. El uso de la reminiscencia y de las historias de vida puede ser especialmente productivo. Entre las actividades léxicas se pueden realizar ejercicios de fluidez verbal, de reconocimiento de palabras y no-palabras dentro de una lista oral y escrita, y juegos de mesa comercializados, así como crucigramas y autodefinidos. En sintaxis, son adecuados ejercicios de juicio de gramaticalidad, ejercicios de expresar ideas o proposiciones con diferentes estructuras gramaticales, ejercicios de construc-

**Figura 6.3. Objetivos de la intervención en la comunicación y el lenguaje en el envejecimiento**



ción de oraciones a partir de palabras dadas. En cuanto al discurso, pueden llevarse cabo ejercicios de organización y ordenación de viñetas de una historia; estructuración de textos a partir de frases separadas; utilización de la superestructura de una historia (personajes, escenario, trama y resolución) para elaborar diferentes textos narrativos; desarrollo de un discurso argumentativo para defender una determinada posición política; la narración oral de sucesos o historias.

La intervención en la comunicación y el lenguaje se ha de integrar en programas que aborden también el mantenimiento físico, la estimulación cognitiva, el desarrollo personal y social. Estos programas hacen posible que se mejore la comunicación y el lenguaje a partir de cualquier actividad, ya sea física, cognitiva, social o personal.

### 3.2. Intervención en el envejecimiento patológico

En casos de demencias y afasias, se pueden aplicar los mismos principios generales que hemos establecido. Tendremos en cuenta que el objetivo primordial en esos casos es conseguir el mayor nivel de comunicación posible dentro de la situación particular de cada persona potenciando las capacidades conservadas.

En las demencias, los objetivos de la intervención serán retrasar el proceso y mantener en la medida de lo posible las capacidades comunicativas. Por ese motivo, tiene gran importancia la intervención precoz; intervenir lo antes posible, en cuanto empiezan a aparecer los primeros síntomas, es la primera

recomendación general. Otras recomendaciones son: a) mantener y desarrollar al máximo las actividades de la vida diaria; b) participar en programas de estimulación cognitiva; c) mantener y desarrollar las relaciones sociales; d) participar en programas de entrenamiento en relaciones personales y sociales; y e) participar en programas específicos de logopedia. A medida que avanza la enfermedad y el deterioro del lenguaje se incrementa, el objetivo será mantener las capacidades comunicativas que permitan al paciente y a su entorno una mayor calidad de vida y satisfacción personal. En muchos casos en los que el lenguaje no es suficiente para mantener un nivel de comunicación adecuado, se recurrirá a sistemas alternativos adaptados a las capacidades sensoriomotrices y cognitivas de los pacientes.

En la intervención en personas mayores con afasia, hay que tener en cuenta la edad de los pacientes y la extensión de la lesión; a mayor edad y mayor extensión, peor pronóstico de recuperación. Daremos algunas pautas generales de intervención en los distintos tipos de afasia (véase revisión en Guell y Olivé, 2001). En las afasias tipo Broca los programas se centrarán en el desbloqueo del lenguaje en caso de graves dificultades de fluidez; tratamiento de los problemas articulatorios; tratamiento de los problemas de sintaxis; y tratamiento de los problemas de organización discursiva. En las afasias tipo Wernicke los objetivos más importantes de la intervención son la reorganización de la discriminación de los fonemas; la eliminación de las parafasias y la jerga; la mejora de la comprensión de las palabras, de las frases y del discurso. En la afasia transcortical sensorial el objetivo principal será la reorganización semántica para mejorar la comprensión de las palabras, frases y textos. En la afasia transcortical motora, el objetivo es recuperar la capacidad de planificación, control y organización del lenguaje espontáneo. En la afasia anómica el objetivo principal consiste en reorganizar los procesos de acceso al léxico.

### 3.3. Nuevas tecnologías en la intervención en comunicación y lenguaje

La utilización de las nuevas tecnologías (NT) en la comunicación y el lenguaje con personas mayores nos abre grandes posibilidades de intervención (Charness, Parks y Sabel, 2001). Tanto en el envejecimiento normal como en el excepcional las NT nos permiten diseñar programas que actúen como un *interface* comunicativo, programas de entrenamiento cognitivo relacionando lenguaje, atención, memoria y razonamiento, y programas específicos de logopedia. Las NT permiten interactividad y retroalimentación, dan seguridad a los usuarios por su gran consistencia, tienen grandes posibilidades de expansión por su gran versatilidad, y permiten utilizar gran variedad de estímulos visuales y auditivos.

En casos de afasias y demencias, las NT pueden ser utilizadas para desarrollar sistemas alternativos de comunicación, crear sistemas compensatorios



de atención y memoria, y diseñar programas específicos de logopedia (Czaja, Guerrier, Fair y Landauer, 1993). Los sistemas compensatorios de atención y memoria facilitan la vida diaria de los ancianos. Los programas informatizados de logopedia permiten realizar numerosos ejercicios de lenguaje oral y escrito de forma individual y adaptada a las posibilidades temporales de cada persona (Beveridge y Crerar, 2002).

En el envejecimiento normal el acceso a los ordenadores y a Internet puede contribuir a desarrollar nuevos lazos sociales, nuevas ventanas al mundo y nuevas herramientas de comunicación y actividades de estimulación cognitiva; también puede permitir el acceso a la cultura y a la educación permanente y la implicación en actividades de cooperación social.

## Cuestiones clave

1. ¿Qué aspectos del envejecimiento cognitivo tienen más influencia en las dificultades de la comunicación y del lenguaje en la vejez normal?
2. ¿Qué semejanzas y diferencias existen entre los problemas de comunicación y del lenguaje en las demencias y en las afasias?
3. ¿En qué medida los aspectos emocionales pueden compensar las dificultades del lenguaje en el envejecimiento normal y excepcional?
4. ¿Qué instrumentos pueden ser útiles para evaluar las habilidades en conversaciones en la vejez?
5. ¿Cómo se complementan las evaluaciones realizadas con instrumentos estandarizados y con análisis del lenguaje espontáneo?
6. ¿Qué semejanzas y diferencias establecerías entre los programas de intervención en el envejecimiento normal y excepcional?

## Actividades prácticas

1. Intenta charlar con un grupo de mayores en alguno de sus centros de reunión (club, parque, etc.). Observa el comportamiento comunicativo y lingüístico de cada uno. Al finalizar haz un análisis de la conversación siguiendo las siguientes pautas:
  - Participación de los interlocutores: ¿Participan todos? ¿Por qué?
  - Desarrollo de los turnos: ¿Se toma y se cede el turno adecuadamente?
  - Desarrollo del tema o temas: ¿De qué temas se trata? ¿Se sigue el tema principal? ¿Se cambia de tema a lo largo de la conversación?
  - Características del lenguaje: Riqueza de vocabulario. Estructuración de las frases. Coherencia del discurso. Presencia de petición de aclaraciones.
  - Comunicación no verbal: Volumen y tono de la voz. Expresiones faciales y gestos manuales.

Prepara un pequeño informe indicando ejemplos significativos de cada uno de los elementos considerados.
2. Observa a distintas personas jóvenes cuando hablen con personas mayores (hijos con sus padres mayores, nietos con abuelos, cuidadores con personas mayores dependientes, etc.) y analiza si su forma de hablar puede ser caracterizada como *elderspeak*. Redacta un informe en el que describas a los interlocutores, el contexto y las características del habla (incluyendo ejemplos) y el efecto que tiene sobre los mayores.
3. En un centro de mayores interactúa con una persona con dificultades en la comunicación. Haz un análisis de su lenguaje espontáneo considerando los siguientes aspectos:
  - Fluidez en el habla: ¿El lenguaje es fluido y comprensible?
  - Articulación: ¿Tiene dificultades motrices?
  - Léxico: Dificultad para encontrar palabras, parafasias, circunloquios.

- Sintaxis: Problemas en la estructuración y/o comprensión de las frases; agramatismo.
- Discurso: Coherencia general del discurso, capacidad para mantener la atención del interlocutor.
- Comunicación gestual: Utiliza los gestos para comunicarse.

Recoge información sobre la patología que presenta esta persona, y redacta un pequeño informe, especificando si los problemas observados se corresponden con un cuadro de afasia o una demencia.

### Lecturas recomendadas

Juncos, O. (1998): *Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención*. Barcelona: Masson.

El libro se compone de ocho capítulos que abarcan casi todos los temas tratados en el presente capítulo.

Nussbaum, J. F. y Coupland, J. (2004) : *Handbook of communication and aging research*. 2nd Edition. Mahwah, N J: Lawrence Erlbaum.

Manual con un enfoque psicosociolingüístico, que aborda la repercusión sobre la comunicación de distintos aspectos sociales, como los estereotipos, las relaciones intergeneracionales, las relaciones de pareja y la jubilación.

Wingfield, A. y Stine-Morrow, E. (2000): «Language and speech». En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (eds): *The Handbook of Aging and Cognition*, 2.ª ed., pp. 359-416. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Capítulo de revisión sobre lenguaje y envejecimiento normal en la vejez desde la perspectiva cognitiva.

Worrall, L. E y Hickson, L. M. (2003): *Communication disability in aging: From prevention to intervention*. Clifton Park: Delman Learning.

Manual sencillo sobre los problemas de comunicación y del lenguaje en el envejecimiento normal y excepcional, con un enfoque de intervención.

### Bibliografía

Andrés, P., y Van der Linden, M. (2000): «Age-related differences in supervisory attentional system functions». *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B, pp. 373-380.

Bayles, K. A., y Kaszniak, A. M. (1987): *Communication and cognition in normal aging and dementia*. Londres: Tylor and Francis.

Beveridge, M. A., y Crerar, M. A. (2002): «Remediation of asyntactic sentence comprehension using a multimedia microworld», *Brain and Language*, 82/3, pp. 243-295.

Burke, D. M., MacKay, D., Worthley, J., y Wade, E. (1991): «On the tip of the tongue: What causes word finding failures in young and old adults?» *Journal of Memory and Language*, 30, pp. 542-579.

— y Shafto, M. A. (2004): «Aging and language production». *Current Directions in Psychological Science*, 31, pp. 21-24.

- CANTAB. (2004): CANTABeclipse. Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery. Cambridge: Cambridge Cognition.
- Charness, N.; Parks, D., y Sabel, B. (2001): *Communication, technology and aging: Opportunities and challenges for the future*. Nueva York: Springer.
- Czaja, S.; Guerrier, J.; Nair, S., y Landauer, Th. (1993): «Computer communication as an aid to independence for older adults». *Behaviour and Information Technology*, 12, pp. 197-207.
- De De, G.; Caplan, D.; Kemtes, K., y Waters, G. (2004): «The Relationship between age, verbal working memory, and language comprehension». *Psychology and Aging*, 19, pp. 601-616
- Garrard, P., Lambon, M. A., Patterson, K., Pratt, K. H., y Hodges, J. J. (2005): «Semantic feature knowledge and picture naming in dementia of Alzheimer's type: A new approach». *Brain and Language*, 93, pp. 79-94.
- Goodglass, H., y Kaplan, E. (1986): *La evaluación de la afasia y trastornos asociados*. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid: Médica Panamericana.
- Guell, M., y Olivé, M. C. (2001): «Rehabilitación de la afasia». En M. Puyuelo (ed.), *Casos clínicos en logopedia 3*, pp. 73-144. Barcelona: Masson.
- Hebert, L. E.; Wilson, R. S.; Gilley, D. W.; Beckett, L. A.; Scherr, P. A.; Bennett, D. A., y Evans, D. A. (2000): «Decline of language among women and men with Alzheimer's disease». *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B, pp. 354-361.
- Hooker, K y McAdams, D. P. (2003): «Personality reconsidered: A new agenda for aging research». *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, pp. 296-304.
- Juncos, O., y Facal, D. (2002): «Evaluación de las capacidades comunicativas en la vejez». En *Homenaje al Doctor Jorge Perelló Gilberga. Congreso Internacional de Foniatría, Audiología, Logopedia y Psicología del Lenguaje. «Aportaciones al comienzo de un nuevo siglo»*, pp. 467-477. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Juncos-Rabadán; Pereiro, A. X., y Rodríguez, M. S. (2005): «Narrative speech in aging: Quantity, information content and cohesion». *Brain and Language*, 95, pp. 423-434.
- Kay, P.; Lesser, R., y Coltheart, M. (1992): *Psycholinguistic Assessment of Language Processing in Aphasia*. Londres: LEA. (Adaptación española, Valle, F., y Cuetos, F, *EPLA, Evaluación Psicolingüística del Lenguaje en la Afasia*. Londres: LEA, 1998).
- Kemper, S., y Harden, T. (1999): «Experimentally disentangling what's beneficial about elderspeak from what's not». *Psychology and Aging*, 14, pp. 656-670.
- ; Herman, R. E, y Liu, Ch. (2004): «Sentence production by young and older adults in controlled contexts». *The Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 59B, pp. 220-224.
- Lezac, M. D. (1995): *Neuropsychological Assessment*, 3.<sup>a</sup> ed. Oxford: Oxford University Press.
- Mather, M. (2004): «Aging and emotional memory». En D. Reisberg y P. Hertel (eds.), *Memory and emotion*, pp. 272-307. Nueva York: Oxford University Press.
- O'Connor, B. P., y St. Pierre, E. S. (2004): «Older persons' perceptions of the frequency and meaning of elderspeak from family, friends and service workers». *The International Journal of Aging and Human Development*, 58, pp. 197-221.

- Paradis, M. (1989): *La evaluación de la afasia en bilingües*. Barcelona: Masson.
- Perkins, L.; Whitworth, A., y Lesser, R. (1997): *Conversation analysis profile for people with cognitive impairment*. Londres: Whurr Publishers.
- Robles, A., y Vilariño, I. (1998): «Trastornos del lenguaje en la demencia». En O. Juncos (ed.), *Lenguaje y envejecimiento. Bases para la intervención*, pp. 73-97. Barcelona: Ed. Masson.
- Staudinger, U. M., y Baltes, P. B. (1996): «Interactive minds: A facilitative setting for wisdom-related performance». *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, pp. 746-762.
- ; Freund, A. M.; Linden, M., y Maas, I. (1999): «Self, personality, and life regulation: facets of psychological resilience in old age». En P. B. Baltes y K. U. Mayer (eds.), *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100*, pp. 302-328. Nueva York: Cambridge University Press.
- Sternberg, R. J. (ed.) (2003): *Por qué las personas inteligentes pueden ser tan estúpidas*. Barcelona: Ares y Mares.
- Verhaeghen, P. (2003): «Aging and vocabulary scores: A meta-analysis». *Psychology and Aging*, 18, pp. 332-339.
- Wingfield, A., y Stine-Morrow, E. (2000): «Language and speech». En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (eds). *The Handbook of Aging and Cognition 2nd. ed.*, pp. 359-416. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Zacks, R., y Hasher, L. (1994): «Directed ignoring. Inhibitory Regulation of working memory». En D. Dagenbach y T. H. Carr (eds.), *Inhibitory Processes in Attention, Memory and Language*, pp.241-264. San Diego: Academic Press.



**Cuarta parte**

# **Personalidad y cambio psicosocial**





# 7. Personalidad y adaptación

Feliciano Villar y Carme Triadó

El estudio de la personalidad es uno de los ámbitos de interés con mayor tradición en la psicología. Sin embargo, definir lo que entendemos por personalidad no es fácil, y para hacerlo debemos considerar propuestas derivadas de una variedad de orientaciones. Para Fierro (1983), el término personalidad se refiere a un conjunto de fenómenos que se pueden ordenar en dos dimensiones: una que iría de lo interior a lo exterior y otra que iría de lo que es más general a lo que es más particular.

Respecto a la primera de las dimensiones, por una parte tendríamos autores que estudian la personalidad a partir del comportamiento que despliega la persona, de su forma de presentarse, de los roles que se desempeñan. En cambio, otros enfatizan los aspectos internos de la personalidad, manifestados por un núcleo interno de pensamientos, actitudes, pensamientos y otros aspectos psicológicos privados.

En la dimensión general-individual se plantea el tema de la universalidad o no de la personalidad, de si ésta presenta unas características y sigue unas leyes y procesos de carácter nomotético, que podemos encontrar en mayor o menor grado en todas las personas, o si, por el contrario, la personalidad es un conjunto de atributos ideográficos, particulares, que hacen que las personas sean cualitativamente diferentes. Para Allport (1977; p. 19)

si queremos estudiar la personalidad hemos de estar preparados a pasar rápidamente de lo particular a lo general y de lo general a lo particular, de la persona concreta a la persona abstracta y viceversa.

Lo que aprendemos estudiando a una persona en concreto nos ayuda a conocer a las personas en general y lo que conocemos sobre éstas es en parte aplicable al individuo. Las ideas básicas a la definición de la personalidad según Allport (1977) las encontramos brevemente explicadas en el cuadro correspondiente.

### IDEAS BÁSICAS A LA DEFINICIÓN DE LA PERSONALIDAD SEGÚN ALLPORT (1977)

- Se trata de una *organización dinámica* pues ha de integrar y organizar diversos procesos que hacen de la personalidad una estructura en desarrollo.
- *Interna* y que afecta a los *sistemas psicofísicos*, por lo que requiere el funcionamiento de la mente y el cuerpo en un todo inseparable —no es exclusivamente mental ni exclusivamente física—.
- Los diferentes procesos que la componen *determinan* o ejercen una influencia directiva sobre todos los actos adaptativos y expresivos.
- Los actos adaptativos y las relaciones en general con el medio (y no tan sólo adaptativos sino de dominio y transformación, etc.) se realizan mediante la *conducta y el pensamiento*.
- La forma de relación con el medio, la conducta y el pensamiento, es *característica* de la persona son únicos en cada individuo, a pesar que pueden ser compartidos, en parte, con otros individuos.

Hampson (1986), por su parte, añade las ideas de estabilidad (en el tiempo) y consistencia (en diferentes situaciones) como aspectos fundamentales para entender qué es la personalidad. Así, la personalidad puede cambiar con el tiempo o fluctuar de unas situaciones a otras, pero si se compara con el núcleo permanente subyacente, esta inestabilidad es relativamente superficial.

Pese a ello, y en relación al envejecimiento, la cuestión tradicionalmente central ha sido si la personalidad permanece estable o cambia en la segunda mitad de la vida. No obstante, quizá la clave está en que ambos, estabilidad y cambio, coexisten, y lo que realmente interesa es saber qué es lo que se mantiene con los años y qué es lo que cambia y en qué sentido. Para ayudar a responder a estas cuestiones, Hooker (2002) ha propuesto un modelo de personalidad en la que diferencia tres niveles:

- El nivel de los **rasgos** de personalidad, entendidos como disposiciones de comportamiento amplias, no vinculadas a ningún contexto en particular y relativamente estables.
- El nivel de las **adaptaciones características**, que se refiere a aquellas metas, tareas evolutivas o motivaciones particulares que también dirigen nuestro comportamiento, pero que están ligadas a ciertos contextos o momentos vitales.

- El nivel de la **historia vital**, o la creación narrativa de nuestra vida y de cómo imaginamos que cambie en el futuro. Estas historias vitales, el resumen de lo que somos y cómo hemos llegado a serlo, son absolutamente particulares y cada una es diferente a la otra.

La personalidad sería la integración de los tres niveles, y en cada uno de ellos no solamente es más general (los rasgos) o particular (las historias vitales), sino que el cambio evolutivo puede afectarles de manera más o menos profunda. En el resto del capítulo expondremos lo que sabemos respecto a este cambio evolutivo para cada uno de los tres niveles.

### 1. Los rasgos de personalidad: ¿estabilidad o cambio?

Wrightsman (1994) define un rasgo de personalidad como «una cualidad de la personalidad consistente y generalizable que es permanente en el tiempo y que influye la conducta» (p. 161). Por tanto podemos decir que determinan las dimensiones básicas de la personalidad humana, serían algo así como sus cimientos. Tradicionalmente, los rasgos de personalidad se han estudiado desde una perspectiva psicométrica: se han seleccionado comportamientos, emociones, opiniones, etc., que diferencian a unas personas de otras y se han traducido en forma de enunciados que la persona tiene que juzgar si son aplicables a él mismo, si le caracterizan o no. A partir de procedimientos estadísticos, se han elaborado modelos de personalidad que especifican cuáles son los rasgos básicos en los que las personas podemos parecer nos o diferenciar nos y se han propuesto instrumentos psicométricos para poder evaluar la presencia de esos rasgos y su intensidad en personas determinadas. Las personas diferirían unas de las otras en función de la combinación especial que resulta de la mayor o menor intensidad de los rasgos.

Sin embargo, los diferentes modelos especifican un número muy variable de esos rasgos básicos. Algunos (por ejemplo, el modelo de Eysenck) han destacado tres factores, otros incluso hasta 16 (por ejemplo, el modelo de Catell). Pese a esta gran variabilidad, en los últimos años ha aparecido un modelo que ha suscitado un relativo consenso. Este modelo propone la presencia de cinco grandes rasgos de personalidad: inestabilidad emocional, extraversión, apertura a la experiencia, amabilidad y responsabilidad. Estos cinco rasgos se miden a partir del cuestionario NEO-PI (Costa y McCrae, 1985) y cada factor se compone de seis subescalas o aspectos específicos asociados (véase tabla 7.1).

Desde la perspectiva de los rasgos, una de las cuestiones a estudio es la referida al cambio y estabilidad de la personalidad. El objetivo general de los investigadores sobre el desarrollo de la personalidad es poder hacer afirmaciones que se apliquen a la mayoría de las personas. Para ello, una de las primeras cuestiones es conseguir una muestra representativa de la población. Esto se consigue más fácilmente en un estudio transversal, pero este tipo de

**Tabla 7.1. Los cinco grandes. Conceptualización y subescalas (aspectos específicos)**

Rasgo	Conceptualización	Aspectos específicos
Inestabilidad emocional.	Alto nivel de ansiedad y emocionalidad.	Ansiedad, hostilidad colérica, depresión, impulsividad, falta de naturalidad, vulnerabilidad.
Extraversión.	Implicación en relaciones interpersonales y tareas que impliquen actividad.	Simpatía, sociabilidad, agresividad, actividad, búsqueda de excitación, emociones positivas.
Apertura a la experiencia.	Deseo de experimentar, aprender, conocer cosas nuevas.	Fantasia, estética, sentimientos, acciones, ideas, valores.
Amabilidad.	Tendencia a ser de trato fácil con los demás, capacidad empática.	Confianza, honradez, altruismo, respeto, docilidad, modestia, idealismo.
Responsabilidad.	Orientación a las normas y autocontrol dirigido a metas.	Competencia, orden, persistencia, rendimiento, esfuerzo, autodisciplina, reflexión.

estudios no nos dan informes sobre el cambio. Los estudios longitudinales sí que nos pueden dar información sobre el cambio, pero requieren muchos años de seguimiento con las dificultades tanto económicas como humanas que requiere (véase capítulo 1).

Vamos a referirnos a continuación a los principales estudios longitudinales que se han realizado para demostrar el cambio o la estabilidad en la personalidad a lo largo del ciclo vital.

### 1.1. Estudios centrados en el cambio: estudios de Kansas City

Los estudios de Kansas City se realizaron en la década de los cincuenta por un equipo de investigadores de la Universidad de Chicago encabezado por Bernice Neugarten. Los participantes en el estudio fueron setecientas personas de clase media de entre cuarenta y noventa años. La primera investigación obtuvo información sobre la personalidad, a partir de un estudio de tipo transversal. En una segunda fase se llevó a término un estudio longitudinal que duró seis años en el cual se utilizaron diversas pruebas (Neugarten, 1964). Para medir la personalidad en la primera fase se utilizaron pruebas de actitudes y sentimientos y se exploraron los estilos de vida con preguntas sobre actividades, intereses, grados de compromiso con la gente y frecuencia con que

salían de casa. Estos aspectos no mostraban cambios sustanciales a lo largo del tiempo.

Adicionalmente, también aplicaron una prueba proyectiva para revelar las motivaciones inconscientes: el «Test de Apercepción Temática» (TAT). El TAT es un prueba donde se muestra a las personas una serie de láminas con escenas ambiguas (por ejemplo, un hombre mirando de soslayo por entre las cortinas de una ventana) y se les pide que cuenten una historia sobre cada escena. Según Belsky (2001), la teoría es que en estas historias las personas revelan sus preocupaciones y conflictos inconscientes y su oculta visión del mundo. Entre otros aspectos, estas historias sirvieron para evaluar a los sujetos en dos grandes dimensiones de personalidad: la *energía del yo* (una forma de reaccionar contraria a la pasividad y se refiere a la participación enérgica, apasionada y firme en la vida) y el *estilo de dominio* (el grado de control que la persona cree tener sobre el mundo y los acontecimientos que experimenta). A diferencia de lo que pasaba con los estilos de vida, estas dimensiones de personalidad sí mostraban cambios sistemáticos relacionados con la edad.

En el grupo que contaba unos 50 años, las puntuaciones de la energía del yo y del estilo de dominio declinaban gradualmente: sus repuestas en el TAT mostraban protagonistas menos firmes y enérgicos, más pasivos y determinados por acontecimientos ajenos a su voluntad. Esto llevó al equipo de investigadores a proponer que a medida que las personas se hacen mayores tendían a implicarse menos en el mundo y a estar más preocupadas por ellas mismas. Es decir, El TAT ponía de manifiesto que con la edad se apreciaba una tendencia hacia la **interioridad**. Esta retirada interna, acompañada de una reducción del número real de roles entre hombres y mujeres que ya habían superado los 60 años, llevó a a proponer la polémica **teoría de la desvinculación**, que afirma que en la vejez se produce un proceso natural de desvinculación o retirada a medida que se envejece, lo que induce a las personas a distanciarse emocionalmente de la sociedad. Según esta propuesta, esta retirada no es solo normal sino que es la forma correcta de envejecer (véase capítulo 9).

El segundo descubrimiento de los estudios de Kansas City es menos evidente. Se trata de que las diferencias de personalidad entre los sexos parecen difuminarse y tienden a converger: «parece [...] que las mujeres se hacen más tolerantes ante sus propios impulsos agresivos y egocéntricos; [...] y los hombres ante sus impulsos dirigidos a ocuparse de los demás» (Neugarten y Gutmann, 1964, p. 89). Es decir, hombres y mujeres se hacen más andróginos a medida que envejecen, pudiendo expresar más abiertamente cuando es necesario comportamientos y actitudes tradicionalmente asociados al otro sexo.

De acuerdo con Gutmann (1987), esta tendencia aparece en la vejez debido a que la paternidad y la maternidad y la educación de los hijos propician unos roles de género definidos durante la fase adulta más joven, lo que denomina el **imperativo paternal**. Este fenómeno hace referencia a una interpretación cultural de la división de trabajo en el marco familiar: en algunas culturas, los hombres adultos jóvenes y al comienzo de la mediana edad han de

enfatar sus cualidades masculinas porque su trabajo fundamental consiste en procurar el sustento y protección de la familia; las mujeres adultas jóvenes y al comienzo de la mediana edad, por su parte, han de expresar sus cualidades femeninas relacionadas con alimentar y proporcionar satisfacción a las necesidades emocionales de sus familias. Según Gutmann, la situación cambia radicalmente hacia la mitad de la edad adulta, cuando hombres y mujeres están más libres de la demanda del imperativo paternal. Cuando los hijos se independizan, las mujeres pueden demostrar las cualidades masculinas que tenían controladas y los hombres las femeninas y relajadas de educador que estaban ocultas en edades previas. En un estudio longitudinal de Nelson y Wink, citado por Belsky (2001), un grupo de mujeres a los 27 años obtenían unas puntuaciones muy inferiores a las de sus parejas en rasgos masculinos, mientras que a los 50 años esas mismas mujeres se consideraban iguales en estos rasgos que ellos.

Sin embargo, es posible que estos cambios no sean tan universales como piensa Gutmann. Un grupo de investigadores (Dion y Yee, 1987), al estudiar las diferencias étnicas reveladas en un test general sobre la personalidad, descubrieron que las actitudes masculinas y femeninas tradicionales eran especialmente fuertes entre universitarios y universitarias americanos de origen asiático. Esto parece indicar que los roles de género están sujetos a normas culturales y sociales y probablemente puedan ser diferentes en distintas culturas, clases sociales o en diferentes momentos históricos. Por ello, la tendencia a volverse andrógino puede depender de contar con un entorno adecuado y un medio social propicio.

### **1.2. Estudios centrados en la estabilidad: los cinco grandes rasgos de Costa y McCrae**

Si bien el estudio de Kansas es uno de los referentes en el estudio del cambio de la personalidad en la vida adulta, los rasgos que estudia (estilo de dominio, energía del yo, masculinidad/feminidad) se evalúan a partir de pruebas proyectivas que tienen un peso interpretativo muy elevado.

La manera más usual de evaluar rasgos de personalidad es, sin embargo, el uso de cuestionarios y escalas estandarizados que nos proporcionan resultados numéricos con un nivel de precisión mucho más elevado al que se consigue con pruebas proyectivas. En este sentido, el estudio longitudinal de Baltimore es quizá el más representativo de la investigación más reciente en el desarrollo de la personalidad durante la vida adulta utilizando escalas para medir la personalidad. A diferencia de lo que sucede con el estudio de Kansas, el estudio de Baltimore, utilizando una muestra de voluntarios y voluntarias a los que se les aplica el test de personalidad de los cinco grandes cada un número determinado de años, parece indicar que la estabilidad predomina sobre el cambio (McCrae y Costa, 1990, McCrae, 2002).

El seguimiento de estos rasgos a lo largo del tiempo ha permitido rechazar ciertos estereotipos sobre el proceso de envejecimiento. Se suele pensar, por ejemplo, que las personas mayores se infantilizan y son susceptibles de sufrir inestabilidad emocional, o que con la edad se vuelven conservadoras y rígidas o que tienden a la desvinculación y a apartarse del mundo. Si esto fuese así, deberíamos encontrar puntuaciones más altas en inestabilidad emocional y más bajas en apertura a la experiencia y extraversión a medida que se envejece. En los participantes en el estudio de Baltimore, las puntuaciones fueron aproximadamente las mismas en todas las edades, lo cual nos hace pensar que no se dan cambios en la personalidad con el paso del tiempo. Si una persona mayor es maniática o rígida, tiene que ver más con su personalidad de base que con el hecho de envejecer.

A partir de estos datos podríamos pensar que la personalidad se estabiliza «para siempre» en algún momento de la edad adulta, pero quizá esto tampoco sea cierto del todo. Si bien los investigadores del estudio de Baltimore defienden que no se puede predecir que se darán cambios en un sentido estereotipado a medida que pasan los años y que es cierto que muchas de las características de las personas jóvenes serán las mismas cuando sea anciano/a, también hay personas que cambian mucho con la edad. En cuanto a los rasgos, es posible que la constancia a lo largo de la vida se pueda aplicar a los rasgos más amplios y generales y que al mismo tiempo esos rasgos puedan cambiar en su forma de manifestarse. Por ejemplo, una puntuación alta en inestabilidad emocional a los 20 años se relacionaría con conductas de fobia y ansiedad, y a los 60, con conductas de hostilidad y resentimiento.

El estudio de Baltimore ha suscitado importantes críticas, algunas relativas al diseño, ya que los participantes a lo largo del tiempo pueden acostumbrarse a dar determinadas respuestas. Otras críticas son más teóricas y se refieren a que los sujetos no sean capaces de reconocer los rasgos que les caracterizan, por ejemplo puede ser que los demás le consideren agresivo pero la persona no se considere como tal. Estudios longitudinales recientes que analizan los cambios en la personalidad en adultos muy mayores (Maiden, Peterson, Caya y Hayslip, 2003) sugieren la existencia de estabilidad moderada en tres rasgos: inestabilidad emocional, extraversión y apertura a la experiencia. Esta estabilidad, sin embargo, estaba influenciada por los cambios negativos en circunstancias vitales. Por ejemplo, el descenso en apoyo social y el aumento de necesidades no satisfechas se asociaban a una mayor inestabilidad emocional. Menos extraversión estaba asociada con peor salud y mayores necesidades psicosociales. El rasgo de apertura a la experiencia era muy estable y fue el menos afectado por los acontecimientos vitales.

Otros estudios han relacionado la estabilidad y cambio de la personalidad con la autoestima, los valores y el bienestar psicológico. Caprara, Caprara y Steca (2003) realizaron tres estudios con una muestra de hombres y mujeres italianos, en cada estudio las relaciones entre personalidad y edad eran analizadas a través de rangos de edad, desde adultos jóvenes a adultos mayores.

Muestran que las mujeres parecen estar mejor preparadas para enfrentarse al envejecimiento con éxito. Los hombres persisten en presentar una imagen de sí mismos que es difícilmente consistente con su pérdida de energía, apertura y estabilidad emocional. Las mujeres presentan niveles más bajos que los hombres en autoestima y autoconcepto, pero sus niveles no cambian en los diversos grupos de edad, sin embargo en los hombres declinan significativamente. Las mujeres parecen estar más inclinadas a reajustar sus objetivos.

## 2. El yo: autoconcepto y procesos adaptativos

El concepto de yo es uno de los más ambiguos con los que cuenta la psicología. Quizá una definición en la que podríamos llegar a cierto consenso es entender el yo como aquellos conocimientos que tenemos de nosotros mismos y que nos identifican. Sin embargo, ya en los primeros intentos de definir el yo (James, 1890; Mead, 1934), se diferenció entre dos aspectos importantes:

- El yo como objeto, o aquellos conocimientos que hacen referencia a cómo nos percibimos a nosotros mismos, a cómo creemos que somos: aquellas respuestas que proporcionamos cuando nos preguntamos «¿quién soy yo?».
- El yo como sujeto, que representa aquella parte de nosotros mismos que percibe, que interpreta, que conoce, que toma decisiones, que actúa (sería algo así como «el yo en acción»).

Trasladando esta diferencia clásica en términos más actuales, podríamos diferenciar dos vertientes en el estudio del yo: la primera entiende el yo como conocimiento declarativo (el **yo como contenidos** de conocimiento, como el conjunto de significados acerca de quiénes somos), la segunda entiende el yo como conocimiento procedimental (el **yo como proceso** ejecutivo que interpreta el mundo y dirige nuestros comportamientos y decisiones). Teniendo en cuenta esta diferencia, profundicemos algo más en cada uno de ellos y sus implicaciones en relación al envejecimiento.

### 2.1. El yo como contenido: autoconcepto y bienestar

El conjunto de conocimientos que tenemos sobre nosotros mismos es lo que denominamos autoconcepto. Sin embargo, no todos los atributos y significados que podemos atribuirnos a nosotros mismos tienen la misma relevancia. Brandtstädter y Greve (1994) proponen que los significados que forman parte del autoconcepto han de cumplir al menos tres condiciones:

- Continuidad: aspectos que percibimos como relativamente permanentes en nosotros mismos. El autoconcepto garantizaría mantener



cierto sentido de estabilidad y de continuidad temporal, un sentido de ser el mismo pese a los cambios que podamos experimentar.

- Relevancia discriminativa: atributos que permiten diferenciarnos de los demás y hacernos únicos en cierto sentido.
- Significación biográfica: atributos que consideramos importantes, esenciales para definirnos a nosotros mismos y nuestra trayectoria evolutiva.

Aunque el contenido concreto de atributos autoasignados es diferente de unas personas a otras, estos atributos suelen organizarse entorno a algunas áreas típicas. Así, podemos hablar al menos de tres de estas áreas de contenido: el autoconcepto psicológico, que haría referencia a aquellos atributos referidos a formas típicas de ser y comportarse, preferencias o rasgos de personalidad (por ejemplo, «soy trabajadora», «me gusta estar en mi casa», «soy tranquilo»); el autoconcepto físico, que incluye atributos relativos al cuerpo, la apariencia y el aspecto externo, las competencias físicas y la salud («soy atractivo», «mi vista ya no es la que era», «tengo una salud de hierro») y el autoconcepto social, que haría referencia a menciones a las relaciones que mantenemos con otras personas significativas, a roles sociales que desempeñamos o a la identificación con ciertos grupos sociales («soy padre de cuatro hijos», «adoro a mi esposa», «soy española»). En cualquier caso, la gran mayoría del contenido del autoconcepto son atributos que expresan cualidades o atributos positivos (Herzog y Markus, 1999). En el cuadro correspondiente podemos ver otras dimensiones importantes del autoconcepto.

Con respecto al efecto de la edad, se podría pensar que debido a ciertas pérdidas y amenazas que acompañan al proceso de envejecimiento (cambios en la apariencia, disminución de la fuerza física, mayor susceptibilidad a ciertas enfermedades, pérdida de personas queridas, abandono de ciertos roles significativos como los vinculados al trabajo, recorte de ingresos, etc.) algunos aspectos del autoconcepto, especialmente los que implican una valoración (véase cuadro «Las dimensiones del autoconcepto»), cambiasen o disminuyesen a medida que nos hacemos mayores. Sin embargo, numerosos estudios parecen demostrar que, en general, la preminencia de los atributos positivos, la autoestima, el bienestar subjetivo o el sentido de control parecen no experimentar cambios significativos en la vejez (Brandtstädter y Greve, 1994). Esta estabilidad del autoconcepto (y, especialmente, de su valoración) a pesar de ciertos riesgos objetivos que implica hacerse mayor y que intuitivamente podrían predecir declive, ha sido llamada la **paradoja del envejecimiento**.

Investigaciones más recientes, utilizando medidas de bienestar subjetivo que incluyen diferentes componentes, sí han logrado encontrar algunos cambios asociados a la edad en algunos de ellos. En concreto, la satisfacción con la vida es sin duda la más estable e independiente de la edad (Diener y Suh, 1998). El afecto negativo, cuando cambia, parece hacerlo incluso en sentido

### LAS DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO

Además de incluir conocimientos respecto a cómo creemos que somos en diferentes dominios de nosotros mismos (físicos, psicológicos, sociales), el autoconcepto también presenta otras dimensiones que influyen en nuestro comportamiento y ayudan a entenderlo.

En primer lugar, incluye significados acerca de cómo fuimos en el pasado y también acerca de lo que esperamos ser o cómo esperamos estar en el futuro. Algunos autores (Markus y Nurius, 1986) han propuesto el término de **yo posible** (*possible selves*) para referirnos a las imágenes, más o menos elaboradas, sobre lo que queremos ser en el futuro (yo deseado) o, por el contrario, sobre lo que deseáramos evitar (yo no deseado). Estas ideas sobre nuestro futuro se convierten en metas que son elementos motivadores que dan sentido a nuestras acciones y ofrecen una dirección hacia la que guiar nuestros esfuerzos.

Un segundo aspecto importante que vincula nuestro autoconcepto con el comportamiento es el **sentido de control**, o el grado en el que percibimos que lo que nos sucede depende de nosotros mismos y que podemos tener un impacto positivo en el entorno que nos rodea. Este sentido de control es clave para nuestro desarrollo, ya que es lo que posibilita la implicación de la persona en cursos de acción que cree eficaces para conseguir ciertas metas evolutivas (Brandstädter, 1998).

Un tercer aspecto importante en el autoconcepto es su dimensión afectiva o evaluativa. Los atributos que forman parte de nuestro autoconcepto presentan cierta carga afectiva, ya sea positiva (cuando estamos contentos y satisfechos con nosotros mismos) o negativa (cuando nos valoramos de forma pesimista). Esta dimensión afectiva del autoconcepto es la **autoestima**, entendida como el conjunto de evaluaciones genéricas sobre uno mismo. La autoestima depende en gran medida de la distancia que percibimos entre cómo nos vemos a nosotros mismos ahora y nuestras metas o cómo nos gustaría vernos en el futuro (los yo posibles). Cuando esta distancia percibida es excesivamente alta, la autoestima se resiente.

favorable a las personas mayores, que parecen experimentar menos estados emocionales negativos que personas más jóvenes (Mroczek y Kolarz, 1998).

En contraste con estos cambios en los afectos negativos, la mayoría de los estudios tienden a mostrar que el afecto positivo disminuye algo con la edad. Diener y Lucas (2000) atribuyen este ligero descenso de emociones positivas con la edad a la presencia entre ellas de estados de gran activación y excitación, aspectos estos que sí podrían ser algo menos frecuentes o especialmente menos intensos a medida que pasan los años.

Si observamos lo que sucede con visiones alternativas del bienestar (véase cuadro «El complejo concepto del bienestar»), vemos que la paradoja del bienestar no es la norma general. Así, por ejemplo, en la visión multidimensional de Ryff, los componentes más ligados a una visión hedónica del bienestar, como la autoaceptación (la actitud positiva o negativa hacia uno mismo) o la

## EL COMPLEJO CONCEPTO DEL BIENESTAR: HEDONÍA Y EUDAIMONÍA

Tradicionalmente, la psicología se ha ocupado más de los estados y procesos patológicos o problemáticos, aquellos que causan dolor e insatisfacción en el ser humano, que de aquellos otros relacionados con el funcionamiento psicológico positivo. Sin embargo, poco a poco se ha venido abriendo paso la idea de que la salud (al menos en el sentido psicológico del término) no se define simplemente a partir de la ausencia de patología, sino que implica además la presencia de estados y procesos positivos. En este sentido, el estudio del bienestar adquiere una gran relevancia.

A pesar de que su estudio científico es relativamente reciente, el bienestar como tema de reflexión filosófica se remonta, al menos, hasta los grandes filósofos griegos. Ya en ellos (especialmente en Aristóteles) arranca una doble visión del bienestar que se mantiene en la actual investigación científica en este ámbito (véase, por ejemplo, Ryan y Deci, 2001). Estas dos vertientes del bienestar son las siguientes:

- La visión «hedonista» (del griego *hedone*, placer), que asocia el bienestar a la obtención de sentimientos de placer y felicidad.
- La visión «eudaimonista» (del griego *daimon*, o esencia, verdadera naturaleza) que asocia bienestar a la consecución de nuestros potenciales, a la realización de aquello que podemos llegar a ser.

El concepto tradicional de bienestar subjetivo, con sus componentes de satisfacción en la vida y balance entre afectos y emociones positivos (placer) y negativas (dolor), está asociado a la primera de las tradiciones: el bienestar correspondería a la experiencia subjetiva que resulta de la valoración global de la vida y nuestra reacción afectiva ante ella.

Frente a esta concepción dominante, algunos autores han tratado de subrayar la segunda de las tradiciones, la visión eudaimónica del bienestar, asociada a la implicación en actividades que nos llenan y nos hacen crecer, a la experiencia de sentirse vivo y sentir que lo que hacemos tiene sentido, con «el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial» (Ryff, 1995; p. 100).

Así, la concepción eudaimónica del bienestar tendría que ver con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiriera significado para uno mismo, con los desafíos a los que voluntariamente nos enfrentamos y con un cierto esfuerzo con superarlos y conseguir metas valiosas. En contraste, el bienestar hedónico tendría que ver más con sentimientos de relajación, de ausencia de problemas y de presencia de sensaciones positivas. Por poner un ejemplo extremo, una persona que esté experimentando sufrimiento y dolor presentaría un bajo bienestar hedónico, pero quizá al mismo tiempo podría experimentar un gran bienestar eudaimónico si contempla ese sufrimiento como algo con significado desde su perspectiva, que le hace convertirse en mejor persona.

competencia ambiental (el sentido de dominio y control sobre nuestro entorno), tendían a permanecer estables con la edad. Sin embargo, cuando se evaluaban aspectos eudaimónicos del bienestar, como el propósito en la vida (la visión de la vida como algo con significado y la presencia de objetivos vitales definidos) o el crecimiento personal (la sensación de estar en desarrollo y abierto a nuevas experiencias), menguaban con la edad, siendo este decremento especialmente acusado al comparar a personas de mediana edad con personas mayores. De acuerdo con Ryff (1995), este fenómeno podría tener dos explicaciones diferentes:

- Podría reflejar un contexto que limita las oportunidades de las personas mayores para disponer de experiencias significativas y mantener un crecimiento personal continuo. Así, mientras estamos consiguiendo que cada vez más personas vivamos más años, el cambio en las estructuras sociales para dar sentido a estos años de más va muy por detrás.
- Tanto el crecimiento personal como el propósito en la vida adquieren un significado diferente a medida que nos hacemos mayores. Quizá a medida que envejecemos estos aspectos son cada vez menos relevantes, lo que más que expresar un declive o desimplicación, está indicando un movimiento adaptativo y positivo por el que la persona se ajusta a unas condiciones cambiantes, en las que el tiempo que nos queda por vivir es mucho menor y, por lo tanto, quizá no tiene tanto sentido esta orientación al futuro que expresan ambos componentes.

### 2.2. El yo como proceso: la autorregulación y la adaptación

Además como conjunto de conocimientos que tenemos sobre nosotros mismos (el autoconcepto), el yo también puede ser entendido como un conjunto de procesos encargados de administrar los recursos con los que cuenta la persona (físicos, cognitivos, emocionales, sociales) para decidir la trayectoria evolutiva que deseamos seguir y reaccionar ante los cambios, desafíos y amenazas de un entorno siempre cambiante. En este sentido, el yo es una función ejecutiva encargada de orquestar y dirigir el desarrollo personal tanto de manera proactiva, tratando de planificar y desplegar acciones intencionales para conseguir ciertas metas, como reactiva, tratando de superar y salir adelante ante situaciones difíciles o desfavorables.

En la puesta en marcha de estos procesos adaptativos el autoconcepto tiene un papel fundamental. De hecho, los procesos autorregulatorios y adaptativos se suelen poner en marcha debido a dos tipos de motivos:

- La continuidad del autoconcepto: el autoconcepto aporta un sentido de estabilidad, coherencia y continuidad en el tiempo, nos permite tener claro quiénes somos a pesar de los cambios que podemos experi-

mentar en el tiempo o en diferentes contextos. Por ello, un importante motivador para poner en marcha procesos adaptativos es, precisamente, el mantenimiento de esta estabilidad y coherencia, al menos en sus aspectos fundamentales.

- La valoración positiva del autoconcepto: un segundo motivador importante para poner en marcha procesos adaptativos es la necesidad de mantener nuestro autoconcepto en términos positivos. Con independencia de las experiencias objetivas, las personas tendemos a interpretar lo que nos pasa y a comportarnos de manera que podamos sostener una imagen positiva de nosotros mismos.

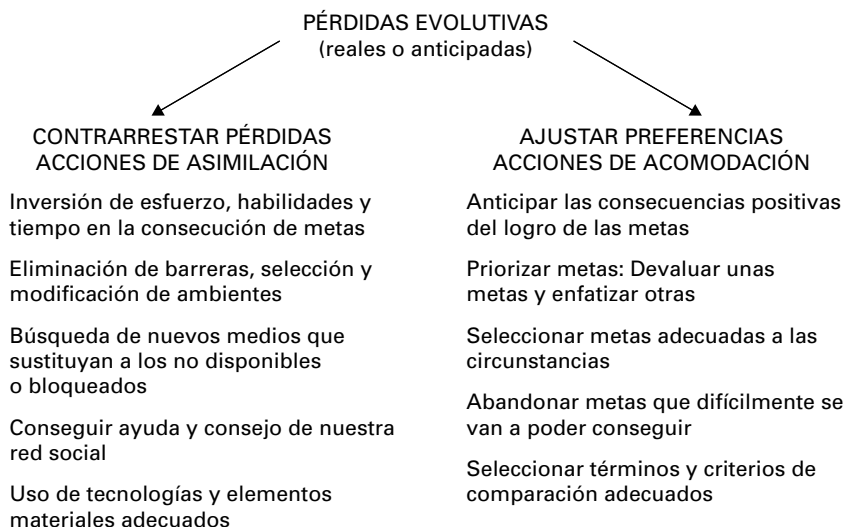
Las funciones adaptativas se mantienen durante toda la vida, y sin duda son fundamentales en la vejez, cuando las pérdidas y amenazas de pérdidas comprometen la estabilidad de nuestro autoconcepto y restringen las posibilidades de que se mantenga en términos positivos.

Esta capacidad de adaptación ha sido concretada en ocasiones a partir del concepto de afrontamiento (*coping*), definido como «los esfuerzos cognitivos y comportamentales para manejar, reducir o tolerar las demandas internas o externas que crea una determinada transacción estresante» (Folkman, 1984; p. 839). Ante una situación estresante, ponemos en marcha estos mecanismos de afrontamiento para mantener nuestra satisfacción y bienestar (Bueno y Navarro, 2004). En relación con el envejecimiento, la mayoría de los estudios mencionan que a medida que nos hacemos mayores abordamos los problemas de manera más madura, utilizando estrategias como el humor, la reinterpretación positiva de la situación o la aceptación, y dependiendo menos de mecanismos como la negación o las respuestas agresivas (Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek, 1987; Vaillant, 2000).

Sin embargo, el envejecimiento es demasiado común y previsible para ser considerado una fuente de estrés (aunque sí lo pueden ser algunos acontecimientos concretos asociados, como la viudedad o la ocurrencia de ciertas enfermedades), por lo que aplicar el concepto de afrontamiento resulta problemático. Además, la perspectiva del afrontamiento concibe a las personas como seres meramente reactivos que únicamente responden a desafíos y amenazas externas para lograr lo que han perdido o pueden perder. Desde una perspectiva del desarrollo, la persona no reacciona únicamente ante problemas, sino que es capaz de establecer metas y esforzarse para conseguir las contribuyendo a crear intencionalmente su propio desarrollo personal.

Desde esta perspectiva del desarrollo, autores como Brandtstädter enfatizan el papel de las metas como elemento clave en la puesta en marcha de procesos adaptativos. Según este punto de vista, las personas estaríamos motivadas a lograr un acercamiento o consistencia entre nuestro autoconcepto presente (cómo creemos que somos) y nuestras metas o yo posibles, debido a que cuando la discrepancia entre ambos sobrepasa determinado nivel, nuestra autoestima se resentiría. Para reducir tales discrepancias se plantean dos tipos

**Figura 7.1. Los procesos de asimilación y acomodación como estrategias adaptativas ante pérdidas evolutivas reales o anticipadas (parcialmente adaptado de Brandtstädter, Wentura y Rothermund, 1999; p. 382)**



principales de mecanismos que podemos poner en funcionamiento: la asimilación y la acomodación (Brandtstädter y Greve, 1994; véase figura 7.1).

La **asimilación** sería el proceso por el que la persona pone en marcha acciones para acercarse y conseguir metas y preferencias personales. Se trata de actuar intencionalmente sobre una situación insatisfactoria (es decir, que no se ajusta a lo que deseáramos) para que sea compatible o congruente con nuestras metas, aproximando la trayectoria evolutiva real a la trayectoria deseada. Los mecanismos de asimilación (proceso también denominado por Brandtstädter «persecución tenaz de objetivos») pueden ponerse en marcha bien cuando nos suceden ciertos acontecimientos o nos encontramos ante situaciones que nos alejan de los objetivos deseados o de estados valorados por nosotros (con lo que sería un proceso compensatorio para volver al estado anterior), bien a partir de movimientos autoiniciados, por los que elevamos nuestro nivel de aspiración o nos autoestablecemos objetivos nuevos cuando algunos de ellos ya los hemos conseguido.

En contraste, el segundo de los procesos, la **acomodación** (también denominado «ajuste flexible de metas») se pone en marcha cuando ante una situación de excesiva discrepancia entre nuestra situación y nuestras metas, modificamos estas metas (bien reduciendo nuestro nivel de aspiración, bien abandonando unas y estableciendo otras más accesibles) para disminuir la brecha. Se trata de modificar la trayectoria evolutiva deseada para que se ajuste en mayor medida a la trayectoria real (Wrosch, Scheier, Carver y Schultz, 2003).

Así, mientras la asimilación mantiene metas y compromisos, intentando poner en marcha acciones intencionales para conseguirlos, la acomodación implica el ajuste de esas preferencias y metas para que estén más cerca de nuestra situación presente. Optar por un mecanismo u otro cuando percibimos una discrepancia excesiva entre nuestra situación actual y nuestras metas depende de factores como los siguientes:

- Importancia de las metas: si las metas son muy centrales, muy importantes y difícilmente sustituibles por otras, la tendencia es a no abandonarlas. Es decir, optar por los procesos de asimilación. En cambio, si la meta bloqueada es poco importante o fácilmente sustituible por una alternativa, es más probable (y efectivo) iniciar procesos de acomodación.
- Percepciones de control: la percepción de control sobre la consecución de determinada meta evolutiva es un prerrequisito para iniciar acciones intencionales destinadas a alcanzarla, es decir, para implicarnos en procesos de asimilación. Cuando este control es mínimo (por ejemplo, si hemos intentado alcanzar esa meta repetidamente y no lo hemos conseguido), la tendencia es a abandonar la meta (acomodación).
- Significados paliativos: en ciertas áreas es más fácil encontrar significados alternativos para justificar el abandono de ciertas metas. Estos significados de naturaleza cultural en los que nos apoyamos a la hora de cambiar elementos de autoconcepto pueden facilitar la acomodación. Por ejemplo, la aparición de tareas evolutivas (véase capítulo 1) que corresponden a nuevas fases de la vida puede hacer más fácil abandonar ciertas ambiciones pasadas que se supone que no corresponden ya con nuestro momento vital. Si estos significados justificadores no existen o la persona es incapaz aceptarlos, es más probable que tratemos de alcanzar nuestros objetivos sin rebajarlos (asimilación).

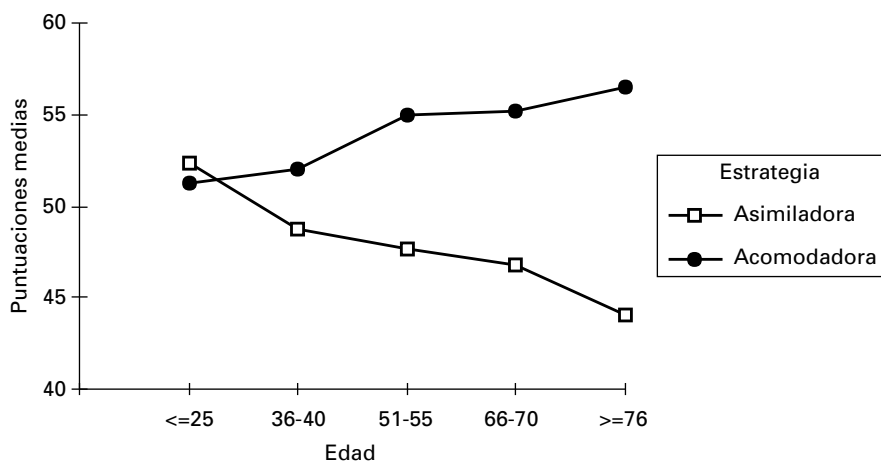
Los mecanismos de asimilación y la acomodación se entienden como procesos antagónicos: en la medida en que se activan unos, los otros se inhiben. Sin embargo, esta complementariedad no implica falta de relación. Por ejemplo, se supone que sólo cuando comprobamos o esperamos que la asimilación no va a ser posible ponemos en marcha procesos de acomodación. Por otra parte, estos procesos de acomodación a la larga favorecen posteriores asimilaciones: reducir nuestro nivel de aspiración, estableciéndonos metas más fácilmente alcanzables (es decir, la acomodación) hace más fácil la consecución de esos nuevos objetivos más modestos y, por tanto, más controlables y con menos demandas de recursos de acción. Tampoco podemos hablar de que un proceso sea «más sano» o simplemente mejor que otro: ambos son ingredientes necesarios para mantener la integridad de nuestro autoconcepto

y adaptarnos a las cambiantes situaciones con las que nos encontramos. Por ejemplo, ciertas situaciones depresivas o de insatisfacción pueden fundamentarse en el intento de mantener a toda costa ciertas metas que están fuera de nuestro alcance o en cuya consecución hemos fracasado repetidamente (sobreasimilación) o bien en justo lo contrario, la carencia de aspiraciones que puedan motivarnos y dirigir nuestro comportamiento (sobreacomodación).

Respecto a la presencia de estos procesos adaptativos en el envejecimiento, hacerse mayor implica ciertos cambios que hacen necesaria su presencia. Como ya se ha comentado, muchos de estos cambios son pérdidas o amenazas de pérdidas, tanto en el ámbito físico (cambios en la apariencia, pérdida de fuerza física, mayor presencia de ciertas enfermedades) como en el psicosocial (pérdida del rol laboral, mayor pérdida de seres queridos). Estos cambios, unidos a la reducción del horizonte temporal que implica estar en las últimas décadas de la vida, hacen necesaria la aplicación de estrategias de adaptación para preservar nuestro sentido de continuidad y bienestar a pesar de los cambios y posibles pérdidas, provocando eso que llamábamos la paradoja del envejecimiento.

Esta relación entre la aplicación de mecanismos de adaptación y el mantenimiento del bienestar ha sido verificada empíricamente: las personas que aplican ese tipo de mecanismos mantienen estables diversas medidas de bienestar y de sentido de control personal, medidas que se ven comprometidas en las personas mayores que no aplican esos mecanismos adaptativos (Lang y Heckhausen, 2001). La aplicación preferente de unos mecanismos adaptativos u otros parece estar relacionada con la edad: mientras el uso de estrategias de asimilación parece disminuir a medida que pasan los años (aunque en

**Figura 7.2. Balance entre asimilación y acomodación a lo largo de la vida (adaptado de Brandtstädter, Wentura y Greve, 1993; p. 338)**





ningún caso desaparece), la acomodación parece aumentar su relevancia y presencia en las últimas décadas de la vida (véase figura 7.2).

Para explicar este cambio en el balance entre asimilación y acomodación hemos de tener en cuenta que el envejecimiento implica cambios que en buena medida son inevitables e irreversibles, poco modificables y controlables. Este tipo de cambios, lógicamente, potencia un afrontamiento en forma de acomodación (es decir, de abandono de metas y reducción de aspiraciones, por ejemplo) más que un afrontamiento en forma de asimilación (tratando de cambiar situaciones que por definición son poco o nada cambiables). Este progresivo aumento en la utilización de estrategias acomodadoras atenúa la tensión que puede derivarse de las pérdidas asociadas al envejecimiento y permite podernos ver a nosotros mismos bajo una luz favorable, incluso cuando experimentamos situaciones que años antes hubiéramos considerado poco soportables. Esta situación, sin embargo, no se circunscribe sólo al envejecimiento. En otros momentos en los que la persona sufre algún tipo de discapacidad, la aplicación de estrategias acomodativas es crítica para mantener unos niveles óptimos de adaptación, con independencia de la edad (Boerner, 2004).

### 2.3. Envejecimiento y desarrollo del yo

Una vez repasadas algunas cuestiones fundamentales sobre el yo y el envejecimiento, vamos a tratar ahora aspectos más específicos respecto a cómo cambia y se desarrolla el yo en las últimas décadas de la vida. Para ello tomaremos por separado las tres facetas del desarrollo que se diferencian desde la perspectiva del ciclo vital (Baltes, Lindenberger, Staudinger, 1998; véase capítulo 1): el mantenimiento, la regulación de la pérdida y el crecimiento. Como ya vimos en ese capítulo, las dos primeras van a ser especialmente importantes en la vejez.

#### 2.3.1. Continuidad

En párrafos anteriores hemos destacado que una de las funciones principales del autoconcepto es proporcionar una versión unitaria y coherente de nosotros mismos, y que precisamente la necesidad de mantener esa consistencia personal es uno de los motivadores principales para poner en marcha procesos adaptativos.

Muchas de las actividades vinculadas a procesos de asimilación presentan precisamente esta intención de mantener nuestro autoconcepto (lo que valoramos y lo que nos define) a pesar de los cambios que puedan darse en algunas facetas de nuestra vida a medida que pasan los años. Entre esas estrategias de asimilación destacan especialmente las **actividades compen-**

**satorias** (Brandtstädter y Rothermund, 2002), de especial importancia a medida que nos hacemos mayores y nuestros recursos menguan. Con las actividades de compensación lo que se pretende es encontrar nuevos caminos para superar las dificultades o barreras que nos impiden el mantenimiento de estados deseados. Entre ellas encontramos algunas fundamentadas en ayudas externas para la consecución o mantenimiento de estados que antes se lograban por uno mismo. Por ejemplo, las ayudas protésicas o tecnológicas para solucionar carencias o déficit físicos, o el acudir a nuestra red social para que nos ayuden a sostener o equilibrar situaciones que no queremos perder.

Otras acciones compensatorias implican sustituir ciertas competencias o actividades que pueden haberse debilitado o perdido por otras alternativas o reorganizar el curso de acción para adecuarlo a las nuevas circunstancias. Imaginemos, por ejemplo, un economista al que le gusta mucho su trabajo. Tras la jubilación, puede ver amenazada una visión de sí mismo como persona activa y productiva, capaz de tomar decisiones y ser competente en cuestiones financieras. Esto puede motivarle a poner en marcha acciones compensatorias, como por ejemplo ejercer como voluntario en organizaciones que asesoran a empresarios jóvenes, concentrarse en la gestión de sus propias inversiones bursátiles o cualquier otra actividad que sustituya a aquellas que la jubilación ha impedido y que ayudan a sostener nuestros intereses y necesidades, nuestro autoconcepto.

Esta importancia de la compensación resalta el poder de la persona mayor, incluso en momentos en gran dificultad, para tratar de recomponer unos recursos disminuidos con el fin de sostener un autoconcepto en peligro y mantener una visión positiva y consistente de nosotros mismos.

Otras estrategias de mantenimiento, sin embargo, no se fundamentan tanto en reorganizar nuestro comportamiento como en cambiar nuestra interpretación de los cambios que estamos experimentando. En este sentido, un mecanismo especialmente estudiado en referencia al envejecimiento es el **cambio en los estándares de comparación** que utilizamos para evaluar nuestra situación personal. El valor de las pérdidas que las personas mayores pueden experimentar con el paso de los años y de su declive en ciertas dimensiones resulta amortiguado por el hecho de que son pérdidas y declives esperados y normativos, es decir, cambios sobre los que ya se tenía cierta expectativa previa y que son experimentados por gran parte de las personas de una misma edad cronológica.

Sin embargo, esta falta de consecuencias para el autoconcepto de ciertas pérdidas asociadas al envejecimiento puede incluso reforzarse cambiando los estándares en función de los que valoramos nuestro estado actual y la cercanía o no de nuestras metas. Este cambio puede manifestarse de maneras diversas:

- La primera es cambiar los grupos o personas que nos sirven de referencia para saber si nos va bien o mal o si los cambios que implica el envejecimiento son buenos, malos o podrían ser peores. Así, a medida

que pasan los años parece que existe la tendencia a compararse con personas que muestran un peor envejecimiento que uno mismo, lo que facilita que la persona pueda percibir que envejece relativamente bien o que sus problemas e inconvenientes no son tan graves porque conoce a otras que envejecen peor y tienen problemas más graves. Este tipo de comparaciones potencian sentimiento de bienestar y satisfacción con la vida de los ancianos, ya que protegen su autoconcepto de los declives asociados al envejecimiento. En la vejez el ámbito más susceptible de generar comparaciones sociales favorables es precisamente el estado físico y la salud, el dominio quizá más amenazado por el paso del tiempo.

- En segundo lugar, una valoración positiva del propio envejecimiento se puede conseguir comparándolo con aquello que se supone que es el «envejecimiento normal», el que afecta a la mayoría de las personas. En este sentido, tener una imagen pesimista del «envejecimiento normal» podría resultar adaptativo, ya que permite que nos veamos como excepciones a la regla general: al sostener una visión y expectativas pesimistas sobre lo que supone envejecer en general, nos es más fácil percibir en nosotros mismos un mejor envejecimiento de lo que sería esperable. Por ejemplo, en una investigación de Heckhausen y Krueger (1993), se encontró que las personas mayores enfatizaban las pérdidas que conlleva envejecer para la mayoría de la gente, mientras al mismo tiempo minusvaloraban pérdidas y subrayaban las ganancias cuando se referían a su propio envejecimiento. Este efecto no se daba en los jóvenes, quienes esperaban lo mismo de su propio envejecimiento que del de la mayoría de las personas. De esta manera, paradójicamente, sostener una imagen muy negativa del envejecimiento (y, en general, los estereotipos negativos sobre esta etapa) puede favorecer que las personas mayores se adapten mejor a las pérdidas que se suceden con la edad.
- Un tercer mecanismo que implica estándares de comparación es el cambio en la percepción que uno tiene de su propia trayectoria evolutiva. En este caso la comparación, más que ser con otras personas, es con otros momentos de la propia vida. Ryff (1991), por ejemplo, encontró que a la hora de considerar su propia trayectoria evolutiva, las personas mayores la contemplan como caracterizada básicamente por la estabilidad. Los mayores estiman que han cambiado mucho menos con los años y evalúan su pasado de forma mucho más positiva de lo que lo hacen los jóvenes. Este tipo de comparaciones que subrayan la consistencia temporal (el ser el mismo pese a todo) evita que la persona se vea a sí misma declinando con la edad.

Todos estos procesos de comparación social pueden ser entendidos como movimientos de acomodación en la medida que tienen como consecuencia un

recorte de la distancia entre cómo nos valoramos a nosotros mismos actualmente y las trayectorias evolutivas deseadas. En este caso se lleva a cabo alterando el patrón con el que valoramos nuestro estado actual y la distancia hacia esas metas.

Si bien estos procesos de relativización del propio envejecimiento pueden ser maneras sanas de adaptarse a los cambios, llevados al extremo podrían significar la negación de los cambios negativos que acompañan al envejecimiento y un desajuste peligroso entre nuestro autoconcepto y la realidad. Para compatibilizar las amenazas y pérdidas que se experimentan con el mantenimiento de un sentido de consistencia y una autoevaluación positiva, la mayoría de las personas mayores reconocen esas pérdidas, pero les otorgan un valor secundario que impide que afecten a lo que verdaderamente se percibe como el núcleo personal. Es decir, se trata de que los cambios asociados al envejecimiento cambien nuestro autoconcepto pero únicamente en aspectos periféricos, no esenciales (Greve y Wentura, 2003).

Una manera de lograr este efecto es, por ejemplo, diferenciar entre el envejecimiento del cuerpo y un estado personal subjetivo que permanece inmune a los efectos del tiempo. Este «sentimiento de juventud interna» se percibe al preguntar a las personas la edad que creen que tienen por dentro, lo que se ha denominado **edad subjetiva**. Numerosas investigaciones han demostrado que no sólo la edad subjetiva suele ser diferente a la cronológica, sino que tales discrepancias tienen un marcado patrón evolutivo (Montepare y Lachman 1989). Mientras que en los adolescentes y jóvenes (típicamente los que todavía no han llegado a la veintena) las diferencias entre edad cronológica y subjetiva tienden a ser pequeñas, sintiéndose incluso más mayores de lo que en realidad son, a partir de cerca de los 30 años el sentido de la diferencia se invierte (uno se siente más joven de lo que es cronológicamente) y esta discrepancia aumenta proporcionalmente a la edad de la persona.

Este énfasis en «ser el mismo» y de «no envejecer por dentro» ayudaría a aceptar la pérdida pero sin que afectase a la imagen que tenemos de nosotros mismos, sin alejarnos del todo de unos ideales de juventud y dotando de un sentido de continuidad a nuestra trayectoria evolutiva. Se ha encontrado que las personas que se sienten más jóvenes de lo que son tienden a tener mayor autoestima, a estar más satisfechas consigo mismas y con la vida y a sentirse mejor de salud (Troll y Skaff, 1997).

### 2.3.2. Regulación de la pérdida

Una vez que las pérdidas o amenazas que experimentamos se perciben como irreversibles y no controlables (es decir, no podemos ejercer sobre ellas procesos de asimilación), la persona puede optar por cambiar o reorganizar la visión que tiene de sí misma de acuerdo con la nueva situación. El envejecimiento, que como hemos visto implica una reducción de los recursos

personales de acción y de las opciones evolutivas disponibles, tiende a dar protagonismo a estos procesos de acomodación, que en esencia consisten en devaluar metas antes valoradas y reevaluar nuevas metas (Brandstädter y Rothermund, 2002), ya sea reajustando su alcance o sustituyendo unas por otras.

En cuanto al **reajuste de metas**, es evidente que, dado que el tiempo de vida es por definición limitado, avanzar por el ciclo vital comporta una progresiva reducción de los años que nos quedan por vivir. Así, resulta plausible que envejecer también comporte una reducción del alcance temporal de nuestras metas y objetivos: mientras en la juventud éstos pueden establecerse a largo plazo, en la vejez la persona puede llegar a reconocer que no va a ser posible conseguir algunos proyectos personales mantenidos en otras etapas de la vida, lo que facilita que sus aspiraciones de futuro se recorten, situándose a más corto plazo o redefiniéndose de forma menos ambiciosa. Por ejemplo, comparando los deseos y temores futuros de cohortes de diferentes edades, Cross y Markus (1991) comprobaron como las personas más mayores enfatizan en mayor medida que los jóvenes el logro y desarrollo de roles y actividades que se desempeñan en el presente, más que la consecución de nuevos roles o actividades. De igual manera, Ryff (1991) ha comprobado como la distancia entre la manera en que las personas se ven en el presente y como les gustaría llegar a ser, se reducía en las personas de mayor edad. Este acercamiento entre el presente y lo ideal (entre lo que somos y lo que quisiéramos ser) se conseguía básicamente a partir de una reducción de los ideales a medida que se envejece.

Así pues, parece que a medida que la persona envejece la percepción del futuro cambia. Mientras que cuando se es joven el futuro es un dominio temporal en el que se puede progresar respecto al presente si todo va bien, los más mayores lo contemplan como un dominio en el que, si todo va bien, únicamente pueden mantener las condiciones positivas del presente. Debido a ello, lo prioritario para muchos mayores es conservar las cosas buenas todavía disponibles y posibles en su presente, como podrían ser mantener un cierto estilo de vida, ciertas actividades de ocio sin demasiadas exigencias físicas o intelectuales (pasear, tomar el sol, viajar, escuchar música, etc.) y, sobre todo, conservar el estado de salud y la autonomía personal. En este sentido, envejecer, a través de estos movimientos de acomodación, deja de convertirse en una cuestión de ganar y alcanzar nuevos retos para pasar a ser fundamentalmente un cuestión de no perder lo que ya se tiene y disfrutarlo mientras sea posible (Timmer, Steverink, Dittmann-Kohli, 2002).

Además de rebajar la ambición de nuestras metas y vincularlas más a la conservación de lo que ya se tiene, una segunda forma de acomodación consiste en **sustituir unas metas por otras**. En concreto, se trata de devaluar aquellas que se ven fuera del rango de lo posible para dar prioridad a otras más realistas, en las que la persona se percibe todavía con suficientes recursos y sensación de control como para poder conseguir las. Estos cambios en

objetivos vitales reflejan una estrategia de selección y concentración en dominios vitales relevantes ante una situación de escasez de recursos o riesgo de pérdida, y podrían reflejar también las diferentes tareas evolutivas ante las que se enfrenta la persona a medida que envejece. Por ejemplo, en un estudio transversal con personas de 25 a 105 años citado en Baltes, Lindenberger y Staudinger (1998, véase tabla 7.2) se apreció cómo las prioridades vitales de las personas cambiaban a medida que avanzaban a lo largo del ciclo vital. Así, la salud cobraba importancia a medida que las personas envejecían, para ser la prioridad fundamental en las personas de más edad.

**Tabla 7.2. Prioridades vitales para personas de diferentes edades (tomado de Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1998; p. 1107)**

25-34 años	35-54 años	55-65 años	70-84 años	85-105 años
Trabajo	Familia	Familia	Familia	Salud
Amistades	Trabajo	Salud	Salud	Familia
Familia	Amistades	Amistades	Competencia cognitiva	Pensar sobre la vida
Independencia	Competencia cognitiva	Competencia cognitiva	Amistades	Competencia cognitiva

Numerosos estudios (Westerhof, Dittmann-Kohli y Boede, 2003) han reafirmado esta mayor importancia y diferenciación del ámbito físico y de la salud en el autoconcepto de las personas mayores, tanto cuando hablan de deseos como de temores. El contenido del autoconcepto físico también cambia a medida que envejecemos y experimentamos pérdidas físicas. En concreto, la tendencia parece ser a reducir los requisitos que hay que cumplir para estar sano. La salud, que en la juventud está ligada a aspectos como la actividad, se define en los últimos años de la vida como poder valerse por sí mismo en ciertas actividades cotidianas básicas. Mientras en la juventud el autoconcepto físico está muy vinculado a competencias físicas, al cuerpo como fuente de placer y a la apariencia física, en la vejez el aspecto central es el mantenimiento de la autonomía pese a las limitaciones.

En cualquier caso, tanto reducir las perspectivas de futuro como cambiar nuestras metas y dominios vitales prioritarios podrían no sólo ser estrategias de acomodación adaptativas en sí mismas, sino a la vez favorecer la consecución de las metas que todavía se mantienen (es decir, favorecer la asimilación). Tener menos metas y más cercanas a su situación presente aumenta la probabilidad de conseguirlas, y, en consecuencia, el propio sentido de poder todavía influir en el entorno y dirigir su propia vida, lo que es un importante componente de la satisfacción personal (Dietz, 1996).

### 2.3.3. Crecimiento

Aunque de acuerdo con la perspectiva del ciclo vital el mantenimiento y la regulación de la pérdida son las dos facetas del desarrollo que dominan en la vejez, no hemos de olvidar que la posibilidad de experimentar ganancias y crecimiento sigue estando abierta durante toda la vida.

Algunas de las propuestas que contemplan la existencia de ganancias durante la segunda mitad de la vida plantean esas ganancias en forma de etapas, exponiendo ciertos cambios y formas típicas del yo que caracterizan cada momento de la vida. Las propuestas de Erikson son un buen ejemplo de teoría que postula la existencia de ciertos temas o tareas que el yo ha de resolver en cada momento de la vida, de acuerdo con unas exigencias sociales también cambiantes. Así, la generatividad sería el tema fundamental en la mediana edad, mientras que la integridad lo sería en la vejez. Cada una de ellas aporta, si es solucionada satisfactoriamente, nuevas cualidades y competencias al yo.

Respecto a la **generatividad**, expresa la necesidad de comprometerse en la creación y mantenimiento de algo que vaya más allá de uno mismo, que de alguna manera vaya a sobrevivirnos. La persona que es capaz de lograr la generatividad es útil a los demás, se preocupa por sus necesidades, es consciente de que necesita ser necesitado y consigue unos niveles de productividad y satisfacción elevadas en todas las esferas de su vida. Aunque Erikson la vincula prioritariamente a la mediana edad, sería un error circunscribirla exclusivamente a esa etapa. Los deseos de guiar a las nuevas generaciones, de participar en la creación de productos y obras que puedan sobrevivirnos y de contribuir al desarrollo de la comunidad, aspectos fundamentales de la generatividad, pueden mantenerse en la vejez (Sheldon y Passer, 2001), especialmente cuando ya eran aspectos importantes en la mediana edad y se conserva un estado de salud suficientemente bueno. Entre otros muchos ejemplos, la implicación de cada vez más personas mayores en asociaciones, en tareas de voluntariado o en el cuidado de los nietos son expresiones de generatividad. Esta alta implicación en tareas generativas puede, por otra parte, potenciar no sólo el bienestar, sino también la sensación de ser joven.

Las cualidades relacionadas con la **integridad** han sido las más frecuentemente estudiadas a la hora de buscar ganancias en el desarrollo del yo en la vejez. La integridad está vinculada a la evaluación de la propia trayectoria vital al final de nuestras vidas. El individuo que logra la integridad siente que ha merecido la pena vivir, está satisfecho con las decisiones tomadas a lo largo de la vida, las acepta como las apropiadas e inevitables dadas las circunstancias en las que se tomaron y es capaz de afrontar serenamente el fin de la vida. Como comenta George (2000), los valores de la vejez los hemos de buscar en cualidades que trasciendan los aspectos biológicos, los materiales y las condiciones de vida, ya que éstos corren el riesgo de disminuir con el paso de los años. Dejando de lado la revisión de vida como expresión de integridad,

que trataremos en apartados siguientes, la espiritualidad ha sido uno de los aspectos más estudiados.

Lars Tornstam (1996) ha expresado este interés en su concepto de **gero-trascendencia**. Para él, la gerotranscendencia es una cualidad que alcanzan algunas personas mayores y que supone dejar de lado una visión materialista y práctica del mundo para alcanzar otra más cósmica y trascendente. Para Tornstam, la gerotranscendencia tendría tres dimensiones clave: el cosmos, el yo y las relaciones sociales.

- Respecto a la dimensión cósmica, las personas que la alcanzan tienen poco o ningún interés en los bienes materiales. Por el contrario, son capaces de sentirse en comunión con la naturaleza y el mundo, vinculadas a las generaciones pasadas y a las venideras, sintiendo la vida como un todo del que forman parte. Las personas que logran este estado dejan de tener miedo a la muerte y aceptan los misterios de la vida.
- En la dimensión del yo, las personas que logran la gerotranscendencia son capaces de eliminar necesidades egoístas y transformarlas en impulsos altruistas, en un deseo por hacer el bien a los demás. Estas personas comprenden y aceptan sus limitaciones y defectos y suelen incrementar el tiempo invertido en pensar y meditar sobre la vida.
- En la dimensión social, las personas gerotranscendentes dejan de tener en cuenta el poder o la aprobación de otros como criterios para comportarse de una u otra manera. Dejan de representar roles para actuar como realmente sienten y son en cada momento. Se abandonan relaciones sociales superfluas para concentrarse en aquellas que realmente aportan algo al yo.

Aunque este concepto es muy sugerente y parece coherente con otros atribuidos a la vejez (interioridad, integridad, sabiduría), es un fenómeno difícil de medir e investigar. Algunos autores incluso lo califican críticamente como «orientalismo romántico» (Jönson y Magnusson, 2001) con poco valor científico.

Además de las propuestas de Erikson y los conceptos que derivan directa o indirectamente de ellas, dentro de estas teorías que postulan etapas o niveles crecientes de desarrollo del yo encontramos también la propuesta de Labouvie-Vief (1998), quien ha desarrollado una teoría en la que, a medida que el yo se desarrolla, es cada vez más capaz de integrar los aspectos cognitivos y los aspectos emocionales (véase capítulo 5).

Algunas de estas ganancias en el yo vinculadas a la vejez (integridad, gerotranscendencia, mejor dominio de las emociones, etc.) pueden verse comprometidas, sin embargo, cuando se alcanza lo que se ha dado en llamar vejez avanzada o cuarta edad. Veamos qué es lo que sucede en esas edades extremas.



#### 2.3.4. El yo en la cuarta edad

La vejez avanzada o cuarta edad, aquel periodo de la vida por encima de los 80 u 85 años, es un momento especialmente difícil para el yo. Las condiciones de vida en esas edades pueden llegar a ser muy adversas, ya que gran parte de las personas que alcanzan esa edad tiene una alta probabilidad de tener problemas de salud. Estos problemas pueden afectar no sólo a su estilo de vida y actividades de ocio, sino también a las actividades cotidianas que garantizan la independencia y autonomía. Por otra parte, llegar a esas edades suele implicar haber dejado muchas personas queridas por el camino, tener la sensación de estar en la primera fila de la trinchera, lo que en algunos estudios se denomina las condiciones límite de la experiencia de envejecer (Heikkinen, 1993).

En esas circunstancias, mantener el bienestar personal comienza a ser difícil. Las medidas globales de autoestima tienden a declinar más allá de los 80 años (Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling y Potter, 2002) y el contenido de nuestro autoconcepto comienza a no estar tan sesgado hacia cualidades positivas, apareciendo en mayor medida atributos que implican pérdidas: incapacidad para hacer ciertas cosas, discapacidades motoras y sensoriales, sentimientos de soledad en algunos casos, etc. Mientras en los mayores más jóvenes se autodefinen a partir de su implicación en actividades de ocio, de sus intereses o su participación en actividades sociales, en los más mayores la salud, la autonomía, el mantenimiento de la actividad cotidiana y la familia son los temas predominantes (Freund y Smith, 1999).

Sin embargo, hemos de ser prudentes a la hora de interpretar estos resultados. En primer lugar, ni los descensos en el bienestar ni la presencia de más atributos negativos en el autoconcepto implican que las personas muy mayores dejen de aplicar los procesos adaptativos para preservar la continuidad del yo, regular las pérdidas y crecer en cierto sentido. Únicamente estos procesos se ponen en marcha en situaciones mucho más exigentes, lo que quizá merma su eficacia. Así, las personas muy mayores aplican especialmente estrategias de tipo acomodador, renunciando a buena parte del control sobre su ambiente para vivir estrictamente en el presente, día a día, aprovechando las cosas buenas y placenteras que todavía se pueden hacer e intentando sostener una estructura y rutina vital estable, muy predecible, que ayude a preservar un sentido de continuidad y a minimizar los acontecimientos novedosos susceptibles de provocar tensión o ser peligrosos.

En segundo lugar, es importante diferenciar entre el efecto de la edad y el efecto de la discapacidad. Los descensos en medidas de bienestar subjetivo parecen darse especialmente en aquellas personas más mayores que presentan problemas en llevar a cabo actividades de la vida diaria necesarias para la vida independiente (Kunzmann, Little y Smith, 2000). Es la sensación de ser una carga y de no poder valerse por uno mismo lo que implica un descenso de bienestar, no la edad por sí misma. Esta diferencia es importante en la medida en que en muchos de los estudios sobre personas muy mayores únicamente

participan aquellos que pueden hacerlo, es decir, los que están suficientemente sanos, privándonos de conocer qué sucede en aquella parte de los mayores, sustancial en estas edades, que tiene más problemas de salud (Coleman y O'Hanlon, 2004).

Por último, también cabe pensar que el mayor equilibrio entre aspectos positivos y negativos en el autoconcepto de las personas muy mayores quizá esté reflejando una visión también más equilibrada de uno mismo, menos sesgada hacia el optimismo que en momentos anteriores de la vida. Cuando hay muchas cosas que lograr todavía, y muchas de ellas difíciles de conseguir, es adaptativo tener una visión optimista de nosotros mismos, confiar en nuestras capacidades y pensar que somos mejores de lo que quizá somos: es lo que nos va a motivar a avanzar. Sin embargo, en la recta final de la vida, cuando lo que queda es el presente, quizá ya no es necesario este sesgo optimista, y tiene mucho más sentido verse a uno mismo como es, como una combinación de cualidades y limitaciones.

### 3. Las historias vitales

El tercer enfoque en el estudio de la personalidad es quizá el más complejo y, probablemente por ello, también el que comparativamente ha recibido menos atención científica. En él se parte del supuesto de que las personas narramos historias para comprendernos a nosotros mismos y a los demás (Coleman, 1999; McAdams, 2001), reconstruyendo los acontecimientos de nuestro pasado y anticipando qué puede sucedernos en el futuro.

#### 3.1. Historias vitales e identidad

Como toda narración, las historias vitales presentan una forma particular: existen unos personajes, unos entornos en los que se desarrolla la historia, unos problemas o desafíos a solucionar por el protagonista y una conclusión. Esta estructura dota a las historias de coherencia interna, ordenando los acontecimientos en una línea temporal, vinculando los acontecimientos narrados en cadenas de causas y efectos (unos motivan o justifican la presencia de otros, hasta llegar al presente) y aportando un determinado mensaje o lección vital que une y da sentido a los diferentes episodios vitales narrados (Bluck y Habermas, 2000). Este modo coherente de contar nuestra trayectoria ayuda a encontrar significado, unidad y propósito a nuestra vida. A partir de su narración, damos sentido a lo vivido, lo comprendemos y vemos cómo nuestras diferentes experiencias se han desarrollado para dar lugar a lo que somos hoy y aspiramos a ser en el futuro.

De esta manera, las historias vitales en primer lugar sustentan una versión de nosotros mismos que, pese a los cambios, se ve como algo estable que se

mantiene a pesar de que nos comportemos de manera diferente en los distintos contextos en los que se desarrolla nuestra vida. En segundo lugar, proporcionan una versión de nuestra trayectoria vital en la que los cambios y las transiciones aparecen justificadas y como algo coherente y lógico, ofreciendo además vías de desarrollo futuro, metas, trayectorias posibles a seguir en los años siguientes. Por último, las historias vitales establecen lo que es único en nuestra trayectoria evolutiva, expresan un desarrollo de la persona que puede ser común al desarrollo de otros en algunos momentos, pero que globalmente nos hace únicos. Nuestra historia vital, como expresión de nuestra identidad personal, nos individualiza.

Una característica muy relevante de las narraciones sobre experiencias personales: es preciso que en ellas el narrador y el protagonista principal de la historia sean la misma persona. Así, podemos encontrar un Yo narrador (la persona en el momento que cuenta o evoca acontecimientos de su historia vital) y un Yo narrado (la imagen que da el narrador de sí mismo en la historia, cómo se describe, que acciones realiza, como reacciona). Este hablar de nosotros mismos permite objetivarnos, vernos desde fuera. En ocasiones, el narrador se identifica plenamente con el protagonista de la historia, pero en otras marca distancias respecto a él. Este manejo de la distancia, de las similitudes y diferencias entre el yo-narrador (tal y como soy ahora) y el yo-narrado (tal y como era antes, en el tiempo de la historia) puede utilizarse como un mecanismo para justificar ciertos comportamientos discutibles del pasado, o para condenarlos y pese a todo, obtener una imagen positiva de nuestro yo-presente, en tanto hemos cambiado y ya no somos los mismos que entonces.

Algunos autores enfatizan otras estrategias para construir nuestras historias de manera que nos veamos en ellas bajo una luz positiva (Wilson y Ross, 2003). Por ejemplo cuando destacamos los cambios que hemos experimentado a lo largo de la vida, estos cambios suelen implicar mejoras, aunque para ello tengamos que recordar el pasado como peor o inferior a lo que realmente fue. De manera similar, los éxitos del pasado suelen percibirse muy vinculados a nuestro presente, muy relacionados con la manera en la que somos ahora. En cambio, los fracasos y las decepciones pasadas se tienden a percibir como algo ajeno, como acontecimientos que o bien poco tienen que ver con nuestro yo presente o bien tuvieron consecuencias positivas al permitirnos cambiar y ser como somos ahora.

De esta manera, en general tendemos a recordar nuestro pasado elaborando historias vitales comprensibles y que, a ser posible, nos refuercen y permitan evaluarnos a nosotros mismos en términos positivos: los relatos vitales pueden ayudar a apuntalar e incluso a aumentar nuestra autoestima. Obviamente, aunque esto es lo más frecuente, no siempre es así y hay personas que recuerdan acontecimientos negativos y para las que recordar, más que una liberación o un modo de ver coherencia y progreso, supone una tortura y revivir pérdidas y situaciones desagradables. Probablemente, un signo de que los

acontecimientos negativos que todos experimentamos alguna vez en nuestra vida han sido asumidos y superados es, precisamente, la capacidad para hablar de ellos y de integrarlos en una trayectoria vital más amplia que les da sentido.

Además de esta función esencial de las historias vitales como soporte de nuestra identidad, algunos autores han destacado dos funciones adicionales de las historias vitales (Bluck, Alea, Habermas, Rubin, 2005):

- Una **función directiva**: toda historia encierra cierto tipo de aprendizaje, más o menos relevante, más o menos trascendente. Cuando hablamos de historias referidas a experiencias personales, esos aprendizajes corresponden a lecciones extraídas a partir de las cosas que nos han pasado a lo largo de la vida. Esas lecciones nos ofrecen una guía que influye en nuestra manera de comportarnos. Así, los recuerdos personales nos ofrecen pistas para poder tomar decisiones ante los problemas que se nos presentan en el día a día y la planificación de nuestra vida futura (Pillemer, 2003).
- Una **función social**: evocar experiencias personales pasadas permite crear, mantener o incrementar la intimidad en la relación con quienes nos escuchan. Por otra parte, la narración de recuerdos personales puede ser un medio para buscar la empatía y apoyo de la persona que nos escucha o, alternativamente, para ofrecerle nuestro apoyo. Las historias vitales también pueden utilizarse como medio para informar, enseñar, aconsejar o impartir una lección a la persona que nos escucha, ya que el relato de nuestra experiencia permite comunicar significados, verdades que uno cree que se han de tener en cuenta.

### 3.2. Historias vitales y vejez

Pese a que la adolescencia ha sido propuesta como la etapa donde comenzamos a elaborar nuestra historia vital (Habermas y Bluck, 2000), los vínculos entre las historias vitales y las personas mayores han sido especialmente estrechos y han generado muchos estudios. Una primera razón para ello reside en el concepto de integridad de Erikson. A partir de la reflexión sobre lo vivido, la persona necesita aceptar y sentir que lo vivido ha merecido la pena, que su vida ha tenido sentido y que, a pesar de los cambios experimentados, existe una continuidad fundamental que se mantiene en la vejez. La elaboración de una historia vital coherente y aceptable es un medio para conseguir este sentido de integridad.

En ocasiones, esta coherencia se logra a partir de cierta idea rectora o de una metáfora que parece describir la vida de una persona tal y como la relata ella misma. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo con personas mayores de 70 años, Ruth y Oberg (1996) intentan etiquetar las historias vitales que

recogen en función de la metáfora central y recurrente que las caracteriza o del modo esencial de afrontar los acontecimientos que se derivan de ellas. Encuentran historias vitales que transmiten un significado global como las siguientes:

- La vida dulce: son historias que describen una vida tranquila, que comienzan bien y siguen y acaban también bien. El éxito y los logros están presentes en todas las esferas de la vida.
- La vida como carrera de vallas: la vida se narra como un proceso de superación de los obstáculos que han ido apareciendo con los años. Esta superación comporta un sentimiento de orgullo.
- La vida como carrera laboral: este tipo de vida se asemeja a un currículum profesional. Se subrayan especialmente los trabajos y cómo y por qué se pasa de unos a otros, enfatizando los logros laborales.
- Una vida dedicada: la vida se describe como un continuo estar al servicio de las metas y los objetivos de otros. Las aspiraciones propias o bien no existen o son muy bajas, y se valora haber vivido para el cuidado y el bienestar de los demás.
- La vida amarga: vidas marcadas por penurias y problemas. Los protagonistas se describen como sufridores, como víctimas que han tenido una experiencia vital sombría. El mundo aparece en esas vidas como algo injusto, duro, incontrolable.
- La vida como trampa: la vida se narra como un engaño, un ir logrando cosas hasta que, cuando se cree estar en el mejor momento, sucede una desgracia inesperada que lo echa todo a perder.

Cada nueva experiencia vivida ha de ser encajada con la historia elaborada hasta ese momento, encaje que implica siempre dos movimientos complementarios: por una parte, una ampliación de la historia vital, añadiendo la nueva experiencia e interpretándola como una continuación de lo ya vivido. Por otra, una reorganización de la historia vital que teníamos hasta ese momento para acoger el nuevo episodio. En función del tipo de acontecimiento (si es más coherente o menos con lo ya vivido), se podrá simplemente incorporar o implicará un cambio más o menos profundo de la historia previa, pero en todo caso esta dialéctica entre la ampliación y la reorganización de nuestra historia se mantiene a lo largo de la vida. Pese a ello, es probable en estos cambios en la historia vital sean menos y de menor calado en los mayores que en los jóvenes. A medida que se envejece el pasado tiene un peso cada vez más grande en la historia vital y el futuro se contempla a un plazo mucho menor y más como una prolongación del pasado que como un periodo en el que se desean grandes cambios o se aspira a obtener logros radicalmente diferentes a los que ya se tienen. En suma, si queremos obtener una historia vital en su forma casi definitiva, hemos de estudiar las historias vitales de los mayores.

### 3.3. Reminiscencia, reflexión vital y revisión vital

Las historias vitales se nutren de la memoria autobiográfica, pero no son sólo memoria: son un modo especial de evocar acontecimientos en los que el recuerdo se mezcla con la interpretación, con el razonamiento acerca de lo sucedido, con la evaluación de la experiencia, con el intento de explicar y dotar de coherencia nuestras experiencias.

En este sentido, la reminiscencia es un concepto cercano a esta forma de «recordar interpretando». En concreto, la **reminiscencia** sería el proceso por el que evocamos acontecimientos o momentos del pasado y los traemos a nuestra conciencia, tratando de darles sentido. La reminiscencia es un concepto especialmente vinculado al recuerdo de acontecimientos relativamente remotos en el tiempo y que no incluyen referencias explícitas al presente o al futuro esperado. Por ello, la reminiscencia está asociada al estudio de los recuerdos de las personas mayores, mientras que las historias vitales se elaboran y podemos estudiarlas en personas de todas las edades a partir de la adolescencia (Webster, 2003; Staudinger, 2001).

La reminiscencia puede tener funciones diferentes para la persona. En concreto, se pueden diferenciar al menos tres tipos o niveles de procesos de reminiscencia distintos en función del nivel de interpretación y en los que se implican las personas mayores.

En un primer nivel estaría la reminiscencia que implica únicamente recuperar de nuestra memoria información sobre acontecimientos pasados. Obviamente, toda recuperación implica cierto grado de interpretación, pero en este caso la interpretación no es intencionada ni se quiere ir más allá que el simple «hacer memoria del pasado». Este tipo de reminiscencia sería prácticamente equivalente a la memoria autobiográfica.

En un segundo nivel encontraríamos las reminiscencias que implican reconstruir los acontecimientos vitales, analizarlos, explicarlos de alguna manera. En este caso nos encontramos ante un proceso que, además de implicar operaciones cognitivas o intelectuales de memoria, despierta también emociones y elementos motivacionales. Staudinger (2001) propone para este tipo de reminiscencias un nuevo nombre que evite confusiones: las llama **reflexiones vitales** (*life reflection*). Este proceso de reflexión vital implica recordar y analizar los recuerdos, organizándolos temporalmente, agrupándolos en categorías (por ejemplo, éxitos frente a fracasos, o familia frente a trabajo y ocio, etc.), comparando nuestra trayectoria vital con las de otras personas, evaluando si nuestras metas y sueños de juventud han llegado a cumplirse o no o, en fin, abstrayendo de metáforas o lecciones vitales. Para Staudinger estos procesos de reflexión vital son complejos y costosos, y por ello no aparecen de manera cotidiana en la vida de las personas. Tienen más probabilidad de aparecer en ciertas situaciones. Por ejemplo, cuando nos encontramos ante acontecimientos novedosos, ante obstáculos inesperados o ante transiciones que van a suponer un cambio importante en nuestra vida, es probable que nos

impliquemos en procesos de reflexión vital que nos hagan reconsiderar lo ya vivido para poder integrar los nuevos cambios (por ejemplo, al irnos de casa de los padres, si nos despiden del trabajo, al jubilarnos, al tener un hijo, al experimentar la muerte de un ser querido, etc.). Otro tipo de situaciones que estimulan las reflexiones vitales son los momentos en los que se abren diversas alternativas vitales entre las que tenemos que escoger (¿acepto la jubilación voluntaria o sigo trabajando?) o aquellas en las que nos encontramos desorientados (¿soy realmente feliz en mi relación de pareja?). En cualquier caso, los procesos de reflexión vital nos ayudan por una parte a reelaborar el conocimiento que tenemos de nosotros mismos y a saber cosas sobre la vida y por otra a aprender, a ser mejores, madurar y crecer psicológicamente. Por ello las reflexiones vitales son una importante fuente de desarrollo que se puede mantener hasta el final del ciclo vital.

Es precisamente en este segundo nivel en el que se mueven las historias vitales. De hecho, podemos considerar la historia vital como el producto de un proceso de reflexión vital amplio que tiene por objeto todo nuestro ciclo de vida o al menos una parte importante de él. Además, recordemos, la historia vital también incorpora aspectos relacionados con el presente y el futuro, no sólo con el pasado. En cualquier caso, los dos beneficios mencionados para las reflexiones vitales (comprenderse a sí mismo y a la vida, madurar psicológicamente) son también potenciales beneficios del proceso de relatar nuestras vivencias, de elaborar nuestra historia vital.

Por último, un tercer nivel de reminiscencia vincula el recuerdo con algo todavía más complejo: el proceso terapéutico de atar cabos que han quedado sueltos en la vida y la reconciliación con aspectos insatisfactorios de nuestro pasado. Es lo que se conoce como **revisión de vida** (*life review*), que se define como «el retorno progresivo a la conciencia de recuerdos y conflictos pasados no resueltos, para su reevaluación y resolución» (Butler, 1963, 2001). Este proceso evaluativo se supone que tiene lugar, de manera normativa, en los últimos años de la vida. Es decir, se implicarían en ella las personas mayores y aquellas personas que, por un motivo u otro, contemplan próximo el final de su vida.

A diferencia de las reflexiones vitales, las revisiones de vida tienen un marcado carácter evaluativo: no se trata simplemente de dar coherencia a la propia trayectoria vital, sino de recordar aspectos de nuestro pasado que no nos satisfacen e intentar arreglarlos. Este arreglo puede venir de la mano de la reelaboración de nuestra historia vital, pero también por otros medios, como el trabajo creativo (autobiografías, obras artísticas), hablar con personas que fueron relevantes en nuestro pasado para retomar episodios conflictivos y poder solucionarlos o a partir de transmisión a otros de la propia historia, con sus errores y aciertos. Una segunda diferencia con las reflexiones vitales (y con las historias vitales a las que dan lugar estas reflexiones) es que la revisión vital tiene un claro sentido clínico, y existen terapias basadas en el recuerdo que intentan facilitar a la persona esta reconciliación con su pasado.

A pesar de lo asegurado por Butler, investigaciones más recientes ponen en duda que los procesos de revisión vital sean comunes en la vejez. Quizá ello es debido a que el proceso de revisión vital implica una gran cantidad de esfuerzo. Se trata de buscar nuevos significados a la vida y el proceso puede conllevar poner en duda valores mantenidos durante muchas décadas para lograr niveles superiores de autocomprensión. Quizá la revisión vital sea necesaria sólo para aquellas personas que han experimentado acontecimientos traumáticos, grandes dificultades o crisis a lo largo de su vida, pero no para muchas o incluso para la mayoría de las personas mayores.



## Cuestiones clave

1. ¿Qué es un rasgo de personalidad?
2. Compara el estudio de Kansas con el de Baltimore en cuanto a las muestras utilizadas, los instrumentos de medida, los resultados obtenidos y las críticas recibidas.
3. ¿Qué es el imperativo paternal? ¿Estás de acuerdo con lo que afirma esta propuesta? ¿En qué sentido puede estar afectada por cambios históricos y generacionales?
4. Elabora un cuadro especificando y comparando las diferentes estrategias que promueven la continuidad, la regulación de la pérdida y el crecimiento del yo en la vejez.
5. ¿Cómo puede ayudar el recuerdo autobiográfico y la narración de episodios vitales a la persona mayor? Pon algunos ejemplos. ¿Existen también peligros o posibles consecuencias negativas de esta actividad reminiscente en la vejez?

## Actividades prácticas

1. Trata de recoger, mediante una entrevista, la historia vital de una persona mayor. En la entrevista has de elaborar preguntas dirigidas a cuestiones como las siguientes:
  - Recuerdos de la infancia: el primer recuerdo de la vida, cómo se recuerda a los padres y hermanos y qué se aprendió de ellos, la escuela y qué se aprendió allí, etc.
  - Adolescencia y juventud: primeras parejas (¿cómo se conocieron?), decisión, si se tomó alguna vez, de casarse. Primeros trabajos (¿cuáles fueron?, ¿qué se aprendió en ellos?, ¿qué motivó el cambio?). Ilusiones que se tenían. En los hombres, el servicio militar.
  - Mediana edad: los hijos (cómo cambiaron la vida, cómo se han intentado educar, etc.), los padres mayores (¿se ha tenido que cuidar de ellos?, ¿cómo se recuerda su fallecimiento en el caso que ya no vivan?). Posibles cambios de residencia, emigración, etc.
  - Vejez y presente: principales preocupaciones en el presente. Principales lecciones que se ha extraído de la vida. Aspectos de los que se está orgulloso y posibles arrepentimientos.
  - Futuro: ilusiones y metas actuales. Cómo se ve cuando sea más mayor. Preocupaciones e inquietudes respecto al futuro. Pensamiento respecto a la muerte. Cómo le gustaría ser recordado.

Estas preguntas, obviamente, se han de ajustar a las circunstancias de la persona concreta a la que entrevistemos. A partir de la grabación y transcripción de la entrevista, se trata de ver aspectos como: motivaciones principales en la vida (p. ej., en relación a las temáticas definidas por Erikson), elementos que le han dado significado, control externo o interno sobre la propia vida, mejores y peores momentos en la vida, naturaleza de las metas actuales, etc.

## Lecturas recomendadas

- Belsky, J. (2001): «Psicología del envejecimiento». Madrid: Paraninfo [capítulo 8: «La personalidad»].  
En el capítulo referido a la personalidad, Belsky elabora una excelente síntesis de lo que sabemos respecto al cambio (o estabilidad) de este aspecto durante el envejecimiento. Es especialmente completa su revisión desde el enfoque de las teorías de rasgos.
- Birren, J.; Kenyon, G.; Ruth, J-E.; Schroots, J., y Svensson, T. (eds) (1996): *Aging and biography: explorations in adult development*. Nueva York: Springer.  
Uno de los mejores libros sobre el valor de las narraciones, las historias vitales y el conocimiento autobiográfico, aspecto relevante en la segunda mitad de la vida y método de investigación para estudiar el desarrollo de la persona durante esos años.
- Coleman, P. G., y O'Hanlon, A. (2004): *Ageing and development: Theories and research*. Londres: Arnold.  
Este libro recoge los avances más recientes en la concepción del envejecimiento como un proceso de adaptación. Enfatiza, además, los aspectos evolutivos del yo en las últimas etapas de la vida, dedicando una atención especial a su cambio en situaciones como la vejez extrema o la demencia.
- Erikson, E. H. (1997): *The life cycle completed, expanded, 2<sup>nd</sup> edition*, Nueva York: Norton, [ed. cast.: *El ciclo vital completado*, 2.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Paidós. 2000].  
Erikson sigue siendo un autor clásico en la psicología evolutiva y su teoría de crisis y etapas vitales sigue inspirando mucha de la investigación actual respecto al yo y el envejecimiento.

## Bibliografía

- Allport, G. W. (1977): *La personalidad*. Barcelona: Herder (ed. orig. en inglés 1963).
- Baltes, P. B.; Lindenberger, U., y Staudinger, U. M. (1998): «Life-span theory in developmental psychology». En W. Damon (ed. de la serie), R. M. Lerner (ed. del volumen), *Handbook of child psychology, 5th edition: Vol. 1. Theoretical models of human development*, pp. 1029-1143. Nueva York: Wiley.
- Belsky, J. (2001): *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Thomson.
- Bluck, S. (2003): «Autobiographical memory: Exploring its functions in everyday life». *Memory*, 11, pp. 113-123.
- y Alea, N.; Habermas, T., y Rubin, D. (2005): «A tale of three functions: the self-reported uses of autobiographical memory». *Social Cognition*, 23, pp. 91-117.
- y Habermas, T. (2000): «The life story schema». *Motivation and Emotion*, 24, pp. 121-147.
- Boerner, K. (2004): «Adaptation to disability among middle-aged and older adults: The role of assimilative and accommodative coping». *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 59B, pp. 35-42.
- Brandtstädter J. (1999): «The self in action and development». En J. Brandtstädter y R. M. Lerner (eds.), *Action and self-development. Theory and research through the life span*, pp. 37-65. Thousand Oaks: Sage.

- y Greve, W. (1994): «The aging self: Stabilizing and protective processes». *Developmental Review*, 14, pp. 52-80.
- y Rothermund, K. (2002): «The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework». *Developmental Review*, 22, pp. 117-150.
- Bueno, B., y Navarro, A. B. (2004): «Afrontamiento y calidad de vida». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39 supl. 3, pp. 31-37.
- Butler, R. N. (1963): «The life review: An interpretation of reminiscence in the aged». *Psychiatry*, 26, pp. 65-70.
- (2001): «Life review». En G. L. Maddox (ed.), *The encyclopedia of aging: A comprehensive resource in gerontology and geriatrics*, 3.<sup>a</sup> ed. pp 790-795. Nueva York: Springer.
- Caprara, G. V., Caprara, M., y Steca, P. (2003): «Personality's correlates of adult development and aging». *European Psychologist*, 8, pp. 131-147.
- Coleman, P. G. (1999): «Creating a life story: The task of reconciliation». *The Gerontologist*, 39, pp. 133-139.
- y O'Hanlon, A. (2004): *Ageing and development*. Londres: Arnold.
- Costa, P. T., y McCrae, R. R. (1985): *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Cross, S., y Markus, H. (1991): «Possible selves across life span». *Human Development*, 34, pp. 230-255.
- Diehl, M.; Coyle, N., y Labouvie-Vief, G. (1996): «Age and sex differences in strategies of coping and defense across the life span». *Psychology and Aging*, 11, pp. 127-139.
- Diener, E., y Lucas, R. E. (2000): «Subjective emotional well-being». En M. Lewis y J. M. Haviland (eds.), *Handbook of emotions*, 2.<sup>a</sup> ed., pp. 325-337. Nueva York: Guilford.
- y Suh, E. M. (1998): «Subjective well-being and age: An international analysis». *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, pp. 304-307.
- Dietz, B. E. (1996): «The relationship of aging to self-esteem: The relative effects of maturation and role accumulation». *International Journal of Aging and Human Development*, 43, pp. 248-266.
- Dion, K. L., y Yee, P. H. (1987): «Ethnicity and personality in a Canadian context». *Journal and Social Psychology*, 127, pp. 175-182.
- Feldman, S. S.; Biringen, Z. C., y Nash, S. (1981): «Fluctuations in sex related self-attributions as a function of stage of family life cycle». *Developmental Psychology*, 19, pp. 24-35.
- Folkman, S.; Lazarus, R. S., Pimley, S., y Novacek, J. (1987): «Age differences in stress and coping processes». *Psychology and Aging*, 2, pp. 171-184.
- Freund, A. M., y Smith, J. (1999): «Content and function of the self-definition in old and very old age». *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, pp. 55-67.
- George, L. K. (2000): «Well-being and sense of self: What we know and what we need to know». En K. W. Schaie y J. Hendricks (eds.), *The evolution of the aging self*, pp. 1-35. Nueva York: Springer.
- Greve, W., y Wentura, D. (2003): «Immunizing the self: Self-concept stabilization through reality-adaptive self-definitions». *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, pp. 39-50.
- Gutmann, D. (1987): *Reclaimed powers: Men and woman in later life*. Evanston: Northwestern University Press.

- Habermas, T., y Bluck, S. (2000): «Getting a life: The emergence of the life story in adolescence». *Psychological Bulletin*, 126, pp. 748-769.
- Hampson, S. E. (1986): *La construcción de la personalidad*. Barcelona: Paidós (ed. original en inglés, 1982).
- Heikkinen, R-L. (1993): «Patterns of experienced aging with a finnish cohort». *International Journal of Aging and Human Development*, 36, pp. 269-277.
- Herzog, A. R., y Markus, H. R. (1999): «The self-concept in life span and aging research». En V. L. Bengtson y K. W. Schaie (eds.), *Handbook of theories of aging*, pp. 227-252. Nueva York: Springer.
- Hooker, K. (2002): «New directions for research in personality and aging: A comprehensive model for linking levels, structures, and processes». *Journal of Research in Personality*, 36, pp. 318-334.
- Hy, L. X., y Loevinger, J. (1996): *Measuring ego development*, 2nd. ed. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Jönsson, H., y Magnusson, J. A. (2001): «A new age of old age? Gerotranscendence and the re-enchantment of aging». *Journal of Aging Studies*, 15, pp. 317-331.
- Kunzmann, U.; Little, T. D., y Smith, J. (2000): «Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study». *Psychology and Aging*, 15, pp. 511-526.
- Labouvie-Vief, G. (1998): «Cognitive-emotional integration in adulthood». En K. W. Schaie y M. P. Lawton (eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics*, vol. 17, pp. 206-237. Nueva York: Springer.
- Loevinger, J. (1976): *Ego development: Conceptions and theories*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Maiden, R. J.; Peterson, S. A.; Caya, M., y Hayslip Jr., B. (2003): «Personality Changes in Old-Old: A Longitudinal Study». *Journal of Adult Development*, 10, pp. 31-39.
- Markus, H., y Nurius, P. (1986): «Possible selves». *American Psychologist*, 41, pp. 954-969.
- McAdams, D. P. (2001): «The psychology of life stories». *Review of General Psychology*, 5, pp. 100-122.
- (2001): «The psychology of life stories». *Review of General Psychology*, 5, pp. 100-122.
- McCrae, R. R. (2002): «The maturation of personality psychology: Adult personality development and psychological well-being». *Journal of Research in Personality*, 36, pp. 307-317.
- y Costa, P. T. (1990): *Personality in adulthood*. Nueva York: Guilford Press.
- Montepare, J., y Lachman, M. E. (1989): «“You’re only as old as you feel”: Self-perceptions of age, fears of aging and life satisfaction from adolescence to old age». *Psychology and Aging*, 4, pp. 73-78.
- Mroczek, D. K., y Kolarz, C. M. (1998): «The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness». *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, pp. 1333-1349.
- Neugarten, B. L. (ed.) (1964): *Personality in middle and late life*. Nueva York: Atherton.
- Gutmann, D. L. (1964): «Age-sex roles and personality in middle age: A thematic apperception study». En B. L. Neugarten (ed.). *Personality in middle and late life*, pp. 58-89. Nueva York: Atherton.

- Pillemer, D. B. (2001): «Momentous events and the life story». *Review of General Psychology*, 5, pp. 123-134.
- Ruth, J-E., y Oberg, P. (1996): «Ways of Life: old age in a life history perspective». En J. Birren; G. Kenyon; J-E. Ruth; J. Schroots y T. Svensson (eds) *Aging and biography: explorations in adult development*, pp. 167-186. Nueva York: Springer.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001): «On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being». *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 141-166.
- Ryff, C. D. (1991): «Possible selves in adulthood and old age: A tale of shifting horizons». *Psychology and Aging*, 2, pp. 286-295.
- (1995): «Psychological well-being in adult life». *Current directions in Psychological Science*, 4, pp. 99-104.
- Sheldon, K. M., y Kasser, T. (2001): «Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span». *Developmental Psychology*, 37, pp. 591-501.
- Staudinger, U. (2001): «Life reflection: A social-cognitive analysis of life review». *Review of General Psychology*, 5, pp. 148-160.
- Timmer, E.; Steverink, N.; Stevens, N., y Dittmann-Kohli, F. (2003): «Personal concepts of stability in the second half of life». *Journal of Aging Studies*, 17, pp. 427-443.
- Tornstam, L. (1996): «Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging». *Journal of Aging Studies*, 11, pp. 143-154.
- Troll, L. E., y Skaff, M. M. (1997): «Perceived continuity of self in very old age». *Psychology and Aging*, 12, pp. 162-169.
- Vaillant G. (2000): «The mature defenses: Antecedents of joy». *American Psychologist*, 55, pp. 89-98
- Villar, F.; Triadó, C.; Solé, C., y Osuna, M. J. (2003): «Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio». *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, pp. 152-162.
- Webster, J. D. (2003): «The reminiscence circumplex and autobiographical memory functions». *Memory*, 11, pp. 203-215.
- Westerhof, G. J.; Dittmann-Kohli, F., y Bode, C. (2003): «The aging paradox: Towards personal meaning in gerontological theory». En S. Biggs; A. Lowenstein y J. Hendricks (eds.), *The need for theory: Social gerontology for the 21st century*, pp. 127-143. Amityville: Baywood.
- Wilson, A E., y Ross, M. (2003): «The identity function of autobiographical memory: Time is on our side». *Memory*, 11, pp. 137-149.
- Wong, P. T. P. (1995): «The processes of adaptive reminiscence». En B. K. Haight y J. D. Webster (eds.), *The art and science of reminiscing. Theory, methods, and applications*, pp 23-35. Washington: Taylor and Francis.
- Wrightman, L. S. (1994): *Adult Personality Development*. Thousand Oaks: Sage.
- Wrosch, C.; Scheier, M. F.; Carver, C. S., y Schulz, R. (2003): «The importance of goal disengagement in adaptive self-regulation: When giving up is beneficial». *Self and Identity*, 2, pp. 1-20.



# 8. Sexualidad y afectividad

Félix López

En este capítulo, vamos a exponer lo que sabemos sobre la sexualidad en la vejez. Para ello comenzamos reconociendo los errores que nos han llevado a lo largo de los siglos a negar el derecho de las personas mayores a tener conductas sexuales, a perseguir sus manifestaciones o a crearles dificultades, si pretendían involucrarse en relaciones amorosas no convencionales.

La vejez, como grupo de edad significativamente importante, no ha existido en numerosas culturas y es un fenómeno social nuevo entre nosotros, generado por el alargamiento de la vida. Y justo cuando se ha producido, ha ido acompañado de un predominio social de los valores de la juventud, presentando la sexualidad como un derecho de los jóvenes:

Nuestro tiempo se ha caracterizado por el extremo predominio de los jóvenes (desde finales del siglo XIX) [...] hoy el hombre y la mujer maduros viven casi azorados, con la vaga impresión de que casi no tienen derecho a existir [...] con la obligación de hacernos más jóvenes de lo que somos [...] Los usos, placeres, costumbres y modales están cortados a la medida de los efebos.

(Ortega y Gasset, 1927, pp. 193-200)

¿Pero, está justificada esta manera de ver las cosas? ¿Pueden y deben las personas mayores vivir la sexualidad como los jóvenes? ¿Deben renunciar a vivir la sexualidad, o es posible tener conductas sexuales propias de la vejez y satisfactorias? ¿Qué conductas sexuales tienen de hecho las personas mayores y de qué factores depende la vida sexual de las personas mayores? A ello respondemos en este capítulo.

## 1. La negación de la sexualidad en la vejez

La idea de que la vejez es un periodo de involución, de cambios negativos, ha sido ya muy bien explicada en otros capítulos. Referida a la sexualidad significa que supuestamente, a medida que las personas van haciéndose mayores y viejas, van perdiendo capacidad e interés sexual. Ni lo uno ni lo otro es cierto, como veremos. La sexualidad no se pierde con la edad y tiene numerosas dimensiones que evolucionan de formas muy distintas, no siempre de manera involutiva. En el caso de la sexualidad, en efecto, hay aspectos, como por ejemplo las capacidades afectivas, incluida la del enamoramiento, el aprecio de la sensibilidad, la ternura, la empatía, el gusto por contacto físico, etc., que no sólo no empeoran con la edad, sino que se mantienen y hasta pueden enriquecerse a medida que nos hacemos mayores (López y Olazábal, 1998).

El primer y más importante error concreto es tener un concepto genital y procreador de la sexualidad. Si la sexualidad se reduce a genitalidad y capacidad coital, valorando al hombre por el vigor de la erección, la rapidez de la erección, la duración de la erección y la capacidad para coitar muchas veces en poco tiempo, es evidente que los varones tienen buenas razones para sentir ansiedad a medida que avanzan en edad. Aunque estos cambios sean muy variables de unos varones a otros y la mayoría de ellos mantenga la capacidad de coitar hasta edades muy avanzadas, todos los estudios confirman la pérdida progresiva de vigor, la mayor lentitud del proceso de excitación, la mayor necesidad de estímulos, las posibles caídas rápidas de la erección y el alargamiento del periodo de resolución. Por ello es fundamental que la sexualidad sea vista como una dimensión humana mucho más amplia, incluyendo todos sus aspectos fisiológicos y afectivos. Desde el punto de vista fisiológico, es especialmente importante tener en cuenta que el cuerpo humano tiene más de dos metros cuadrados de piel, zonas privilegiadas y varios millones de receptores-transmisores nerviosos que pueden recibir y transmitir mensajes eróticos y afectivos. Por ello, además de la capacidad coital, las personas pueden disfrutar sexualmente de todo el cuerpo: el placer del contacto, la caricia, el abrazo, la estimulación sexual, etc., no decrecen con la edad. Explorar y gozar de las distintas posibilidades del mapa corporal, siempre diverso, convirtiéndose en explorador y explorado, dador y receptor, es perfectamente posible en la vejez.

Una segunda idea errónea fundamental es adoptar como modelo de sexualidad en la vejez un modelo «coital juvenil». Si comparamos el vigor de la erección y la capacidad de coitar de los viejos, adoptando como referencia un «modelo joven», cometemos un grave error, porque es evidente que los procesos de envejecimiento hacen imposible el «dar la talla», como cuando se era joven. Si este modelo joven se aplica no solo a la sexualidad sino, como de hecho sucede, a la figura corporal y al estilo de vida, las personas mayores se sienten descalificadas, feas y no atractivas, lo que no solo afecta a la conducta sexual en sí misma, sino a todas las relaciones interpersonales, hacién-



doles percibirse como carentes de belleza, no deseables, no aptas para las relaciones amorosas. Otro uso perverso del modelo joven es plantear de tal forma el tema de la sexualidad en la vejez que presionemos a las personas mayores «para que tengan actividad sexual», como si ésta fuera obligatoria.

Un tercer error, que afecta directamente al hombre e indirectamente a la mujer, es la función simbólica que nuestra cultura ha dado a la erección, considerándola como símbolo del poder y del prestigio del varón, por lo que contribuye negativamente a fomentar la ansiedad en los varones a medida que envejecen. La autoestima del varón no puede estar vinculada al vigor de la erección y capacidad coital, sino a la capacidad de gozar y amar. Este error suele ir asociado a otro que afecta de forma especial a las mujeres: hacer depender su placer y bienestar sexual del pene y el coito, con lo que generan ansiedad en el varón y hacen más improbable su propia satisfacción. La mayoría de las mujeres disfrutan más fácilmente con estimulación del clítoris y de otras partes del cuerpo, no solo con la penetración.

### FALSAS CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD EN LA VEJEZ

- Las personas mayores no tienen capacidad fisiológica para tener conductas coitales.
- Las personas mayores no tienen intereses sexuales.
- Las personas viejas que se interesan por la sexualidad son inmaduras: «viejos verdes».
- Los hombres mayores sí tienen intereses sexuales, pero las mujeres no.
- Las mujeres viejas que se interesan por la sexualidad son ninfómanas, tienen perversiones sexuales.
- Las desviaciones sexuales, como el exhibicionismo, el voyerismo y los abusos de menores, son más frecuentes en la vejez.
- La actividad sexual desgasta, supone una pérdida de energía, envejece, etc.
- La actividad sexual es mala para la salud, sobre todo si se tiene alguna enfermedad.
- La salud y las capacidades sexuales se mantienen mejor con la abstinencia.
- La actividad sexual es peligrosa, sucia, baja, soez... si no es dentro del matrimonio y para tener hijos.
- La masturbación es una conducta desviada y dañina, sobre todo en la vejez.
- Después de la menopausia y en la vejez la satisfacción sexual disminuye: ya nada es igual, se pierde mucho, etc.
- Las personas mayores que tienen una enfermedad no deben tener actividad sexual.
- Las personas mayores no son atractivas sexualmente para los demás.
- Las mujeres viejas son feas y no tienen interés sexual para los hombres.
- Las mujeres deben ser igual o más jóvenes que los hombres en una relación de pareja.

Respetando las ideas y creencias de cada persona a organizarse la vida sexual como considere oportuno, desde el punto de vista profesional es también un grave error circunscribir el derecho a la actividad sexual al matrimonio, al matrimonio heterosexual y para tener hijos. Éste es un punto de vista moral, que se puede compartir o no, pero es inaceptable establecerlo como un criterio profesional, con base científica. Si fuera así, las personas solteras, viudas, separadas, homosexuales o las que no quieran tener hijos, tendrían que renunciar a la actividad sexual. Esta concepción, además de inconstitucional y contraria a los derechos humanos, confunde ciertas ideas religiosas con los derechos de las personas y niega los conocimientos profesionales. Las personas mayores, sea cual sea su estado civil, edad y orientación del deseo, tienen derecho a vivir su sexualidad, sin que los demás debamos crearles dificultades en nombre de la religión. Son las personas mayores quienes, en uso de su libertad, regularán su vida sexual según sus valores y creencias, dentro o fuera del matrimonio, de forma heterosexual u homosexual.

Estos errores fundamentales suelen estar asociados a falsas creencias, referidas a aspectos concretos de la sexualidad, como se reflejan en el cuadro «Falsas creencias sobre la sexualidad en la vejez».

## 2. Necesidades interpersonales en la vejez

Desde hace bastantes años venimos insistiendo (López y Olazábal, 1998) en la necesidad de estudiar la sexualidad en el contexto de las necesidades interpersonales y entender la vejez desde una perspectiva que reconozca que las personas mayores tienen las mismas necesidades interpersonales que los jóvenes y adultos. Pero, ¿cuáles son estas necesidades?

La primera de ellas es la necesidad de sentirse **seguros y estimados**: saber que pueden contar con la presencia, protección y ayuda de otras personas; saberse aceptados y valorados, reconocidos como personas valiosas y dignas de ser queridas. Para ello es fundamental que la persona o personas que cumplen esta función sean interpretadas, sentidas y experimentadas (obras son amores y no buenas razones) como incondicionales y eficaces: estar seguros que no les van a fallar y que les ayudarán o buscarán ayuda con eficacia.

Las personas que pueden cumplir esta función son la pareja amorosa (ésta es la que suele cumplir con más frecuencia y mejor esta función), u otro familiar cercano. También pueden ser varias personas las que se conviertan y mantengan como figuras de apego —personas con las que se mantiene un vínculo seguro—. Por ello, cuando se reprime o persigue la sexualidad en la vejez, a la vez, sin pretenderlo seguramente, se los condena a la soledad amorosa y a la soledad afectiva. En efecto, si no disponen de esta o estas personas con las que tener un vínculo de apego, sufren de **soledad emocional**, sentimiento de estar radicalmente solo, de recibir contraprestaciones y no apoyo

incondicional: «no tengo a nadie», «lo hace de mala gana», «lo hace porque es su trabajo», etc. Los estudios sobre la sexualidad en la vejez son alarmantes en este caso, siendo señalados por las personas mayores los problemas de soledad siempre entre el primer y el tercer problema más importante (Canadian Association on Gerontology, 2004). Por ello, es fundamental favorecer las relaciones familiares y de pareja en la vejez.

La segunda necesidad es la de tener una **red de relaciones sociales**. Con o sin pareja, con o sin familiares que les cuiden, todas las personas necesitamos tener amigos, conocidos, compañeros, vecinos, etc. Contar con personas cercanas con las que nos relacionamos solos, o a la vez que nuestra pareja. Con ellas pueden compartir la identidad de personas mayores, sus inquietudes y problemas, los juegos y momentos de ocio. El tiempo lúdico, el dedicado a los juegos, la actividad física, la diversión, la cultura, la tertulia, los viajes, etc., requiere una red social más allá de la pareja y la familia. Dentro de esta red tienen un lugar muy especial los amigos y amigas. Con ellos se puede intimar (contarse cosas, comprenderse y, sobre todo, apoyarse emocionalmente) y tener a quien consolar y quien nos consuele. Si las personas mayores no tienen pareja esta red es aún más necesaria, también porque es en ella donde pueden volver a encontrar personas con las que, tal vez, puedan establecer nuevos vínculos de pareja, o satisfacer sus necesidades sexuales y amorosas. Si no tienen esta red de relaciones sufren de **soledad social**, conciencia, sentimiento y realidad de aislamiento social, que les lleva a aburrirse, no tener con quien divertirse, etc. Un problema que es especialmente grave para los que no tienen pareja o familiares cercanos, o tienen relaciones insatisfactorias con la pareja o la familia. Por eso hay que favorecer los encuentros y actividades entre personas mayores. Nuevamente reprimir la sexualidad es una forma de perseguir también las relaciones entre iguales y la amistad, especialmente con las personas del otro sexo.

La tercera necesidad es la **necesidad sexual**, o necesidad de ser acariciado y acariciar, besar y ser besado, abrazar y ser abrazado, excitarse y excitar, disfrutar del placer sexual y, sobre todo, de la intimidad corporal y afectiva. En este sentido es fundamental no reducir la sexualidad a genitalidad, ni a su función procreadora, ni a la legitimidad de matrimonio.

Como hemos señalado más arriba, todo nuestro mapa corporal es sexual. En este mapa, durante la juventud, y también para algunas personas mayores, hay una cierta capitalidad (los genitales) y zonas turísticas privilegiadas (las llamadas zonas erógenas). Pero la capitalidad (lo supuestamente más sexual y más importante) varía de unas personas a otras, dependiendo también, aunque no siempre, de la edad y del sexo. Las zonas erógenas son muy personales, también pueden cambiar con la edad y el sexo. Pero lo que no cambia es la necesidad de querer y ser querido, de disfrutar mutuamente de las inmensas posibilidades de ese mapa corporal, con ojos para mirar, boca para hablar, besar y acariciar, manos, en brazos articulados, con dedos que acaban en una almohadilla suave, «yemas tiernas», etc.

Quererse con libertad y entendimiento con el otro, comunicarse lo que gusta y disgusta, tomarse las necesidades y el placer del otro como nuestra placentera obligación, es fundamental para recorrer una y otra vez el cuerpo, explorar y ser explorado, abrazar y ser abrazado, con coito o sin coito. Jubilados de toda exigencia sexual, sin permitir que un evaluador se nos meta en la cama, sin cometer el error de observarse dudando de la propia capacidad o de la del otro; gozándose y amándose, sin más.

Cuando se analiza a las personas mayores desde este cuadro de necesidad, se llega a la conclusión que muchas de ellas están triplemente solas o parcialmente solas. Tienen el derecho a poder salir, si lo desean, de estas soledades.

Nuestra cultura se asienta sobre una tradición sexofóbica, en la que la sexualidad es vista como peligrosa, como baja o como sucia. En ella se han socializado muchos de nuestros mayores. Es el momento de ayudarles a liberarse de esos mitos y falsas creencias y hablarles de su derecho a querer y ser queridos, también desde el punto de vista de la sexualidad, una dimensión fundamental también en la vejez. Si lo pensamos bien, nos damos cuenta de que las tres necesidades, especialmente en los mayores, están muy relacionadas. Entre los iguales, en la red de relaciones sociales, encuentran una, o varias veces en su vida, no solo personas con las que divertirse, etc., sino la persona que se convierte en pareja para toda la vida (o para un tiempo), con la que pueden satisfacer las otras dos necesidades, las sexuales y las de apego o relación incondicional. Por eso es cruel y gravemente equivocado no hacer lo posible por facilitarles que vivan bien las relaciones que ya tienen, ayudándoles a mejorar sus relaciones de pareja, si fuera el caso, dejándoles que se vinculen en la forma y tiempo que consideren más oportuno y, por último, concediéndoles también el derecho a la desvinculación, si las relaciones no responden a sus necesidades interpersonales. Que los hijos, los profesionales y la sociedad comprendan que los padres mayores, las personas viejas, tienen sus mismas necesidades y, por supuesto todo el derecho a intentar satisfacerlas.

### **3. La fisiología sexual en la vejez**

La fisiología de placer sexual (del deseo, la excitación y el orgasmo) se puede activar dando lugar a excitación sexual y placer desde el nacimiento hasta la muerte. Por lo que se refiere a la vejez, la capacidad de activación se mantiene, salvo causas especiales, hasta el final de la vida (Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005)

Pero a lo largo de la vida, como en otras esferas, se producen cambios. Los procesos de envejecimiento empiezan en torno a los 30 años, afectando poco a poco a diferentes aspectos: la piel, la turgencia de las mamas, el vigor de la erección, etc.

### 3.1. Cambios en la mujer

Por lo que respecta a la mujer, estos cambios se van haciendo cada vez más evidentes, afectando también a su ciclo y a su capacidad reproductora. Se produce un cambio cualitativo con la menopausia (en torno a los 48-50 años, en España). La menopausia es una fecha, la del último periodo menstrual natural. Ésta se produce por la progresiva pérdida funcional de los ovarios, que dejan de responder a los estímulos de las hormonas luteinizante (HL) y folicular estimulante (FSH) segregadas por la hipófisis. La menopausia se da por confirmada, clínicamente, cuando ha pasado un año sin menstruaciones. La pérdida de capacidad funcional de los ovarios hace que disminuyan los estrógenos, lo que a su vez provoca otros cambios importantes en la vagina y en el cuerpo en general.

El periodo que rodea el momento de la menopausia, antes, durante y después, se denomina **climaterio**. Durante el climaterio puede haber mayor inestabilidad fisiológica y psicológica, pero con grandes diferencias individuales. Después de la menopausia se producen con frecuencia fenómenos como los sofocos (en el 80 % de las mujeres), sensación de acaloramiento que afecta a la parte superior del cuerpo y que suele ir acompañada de sudoración, en-

#### CAMBIOS EN LA FISIOLOGÍA SEXUAL DE LA MUJER

##### **Anatómicos y fisiológicos:**

- Disminución de hormonas sexuales: estrógenos y andrógenos. Por envejecimiento de los ovarios.
- Menopausia y pérdida de capacidad de reproducción.
- Cambios en la vagina: más pequeña, menos flexible y menos lubricada. La lubricación es más lenta. Puede dar lugar a sequedad y a dolor durante la penetración. Menos acidez y más posibilidad de infecciones vaginales.

##### **Figura corporal:**

- Cambios en la figura corporal: piel envejecida, arrugas, pechos más caídos, distribución de la grasa distinta (figura menos juvenil).
- Disminución del tamaño de los labios, los ovarios, las trompas, el útero y la vagina.
- Menor vello sobre genitales.

##### **Respuesta sexual:**

- Respuesta sexual más lenta.
- Cambios corporales menos vigorosos en mamas, labios, vagina y clítoris durante la respuesta sexual.
- Menor frecuencia e intensidad de las contracciones orgásmicas.

rojecimiento, etc., que tienen una duración e intensidad muy variable. También suele producirse osteoporosis, descalcificación de los huesos, una nueva distribución de la grasa que deja de ser típicamente femenina, pérdida de turgencia de las mamas y envejecimiento de la piel. De hecho, lo que más les cuesta a la mayor parte de las mujeres de todos estos cambios es todo aquello que afecta a su «imagen corporal», que deja de ser joven, para pasar a ser de «mujer mayor». Estos cambios pueden ser dolorosos en el contexto actual de predominio del «modelo joven», porque las mujeres están más presionadas por la importancia concedida a la figura corporal joven.

En cuanto a la fisiología sexual, los cambios más importantes, además de la pérdida de la capacidad de reproducción, se refieren a la vagina, que pierde elasticidad y capacidad de lubricación rápida. En el cuadro de la página anterior puede verse un resumen de estos cambios.

Los cambios en la vagina no impiden disfrutar de la penetración a la mayor parte de las mujeres; y, en todo caso, tienen fácil solución con cremas locales. En relación al clítoris, órgano sexual por excelencia, los cambios son fisiológicamente poco relevantes, puesto que mantiene toda su capacidad de excitación y de sensibilidad al placer. Por todo ello, en la mayor parte de las mujeres no hay razones fisiológicas para dejar de tener conductas sexuales coitales y disfrutar de la sexualidad a lo largo de toda la vida. El hecho de que todo se haga más lento (el proceso de excitación) y menos vigoroso (los cambios en la fisiología de la respuesta sexual), no conlleva pérdida del sentimiento de excitación y placer, tampoco de la posibilidad de orgasmo.

### 3.2. Cambios en el hombre

Los cambios en el hombre son también lentos; pero tienen dos grandes diferencias con los de la mujer: no conllevan la pérdida de la capacidad de reproducción y no se produce un cambio cualitativo semejante al de la menopausia. Comienzan también pronto, entre los 30 y 40 años, y se van manifestando poco a poco a lo largo del resto de la vida. Los cambios más importantes se refieren a la mayor lentitud de la respuesta sexual, la capacidad de erección (disminuye su vigor), el número de coitos con eyaculación que puede llevar a cabo (disminuye) y el aumento del periodo refractario (el que pasa desde un coito hasta que se restablece una erección que permita otro coito). Los problemas reales o simbólicos más frecuentes en el varón tienen que ver con la capacidad de erección, que por razones fisiológicas y psicológicas se ve afectada con mayor frecuencia en la vejez. El modelo de sexualidad joven y la ansiedad de ejecución, querer demostrar capacidad y potencia sexual como cuando se era joven, son los peores enemigos de la sexualidad del varón viejo.

Desde el punto de vista hormonal el cambio más importante en el varón es la disminución de los niveles de testosterona (algo que también se produce

en la mujer, por cierto), que es considerada la hormona del deseo sexual (en ambos sexos), porque se relaciona con el interés por la conducta sexual. Pero esta disminución no tiene una relación mecánica con el deseo sexual, salvo en casos de disminución extrema, ya que con bajos niveles de testosterona hombres y mujeres pueden mantener el deseo sexual.

Estas limitaciones no impiden a la mayor parte de los varones disfrutar de la sexualidad, también de la coital. Incluso la mayor lentitud de respuesta puede hacer más fácil el entendimiento con la mujer, al favorecer el interés por la estimulación, también la no genital, y disminuir el apremio por eyacular.

Por otra parte, los hombres pueden recurrir a ayudas farmacológicas como la viagra o la terapia sexual, si fuera el caso (López y Olazábal, 1998).

Los cambios en el varón han sido resumidos en el cuadro correspondiente.

### CAMBIOS FISIOLÓGICOS EN EL HOMBRE MAYOR

#### **Anatomía y fisiología:**

- Disminución de hormonas masculinas: menos testosterona.
- Menor tamaño de los testículos, menor producción de espermatozoides y testosterona.
- Menor vigor en la erección y menor estabilidad.
- Menos erecciones nocturnas e involuntarias, disminuyendo también en intensidad y frecuencia.

#### **Figura corporal:**

- Envejecimiento de la piel.
- Envejecimiento generalizado.

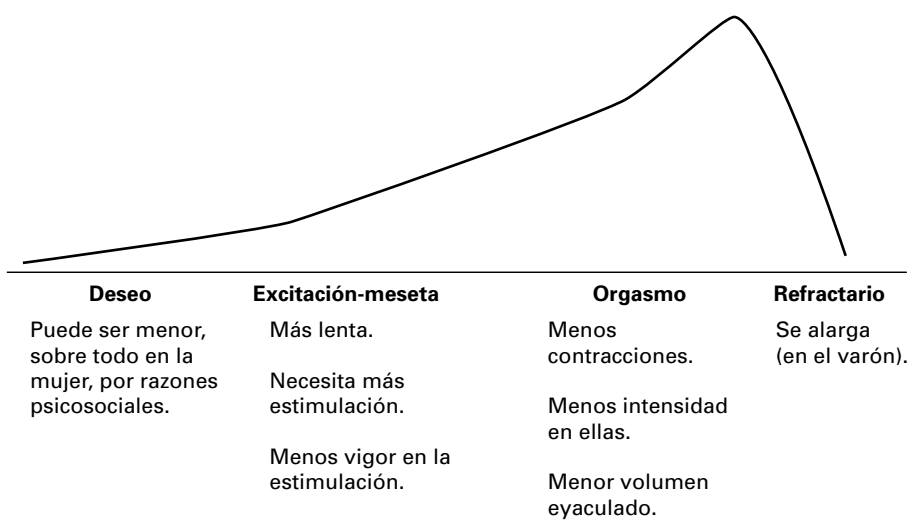
#### **Respuesta sexual humana:**

- Mayor intervalo de tiempo para conseguir la erección y el orgasmo.
- Mayor necesidad de estimulación táctil directa y continuada.
- Menor vigor y menos estabilidad en las erecciones.
- Menos contracciones y menos intensas.
- Los testículos se elevan menos durante la excitación y orgasmo.
- Menos necesidad de eyacular.
- Menor volumen de eyaculación.
- Eyaculación menos vigorosa, con semen que puede emitirse «rezumando», más que a grandes impulsos.
- Periodo refractario más largo, hasta tener la posibilidad de una nueva erección que permita el coito.

### 3.3. Cambios en la respuesta sexual humana

Los cambios fisiológicos antes señalados y, con frecuencia, otros de origen psicológico o social, afectan a las diferentes fases de la respuesta sexual humana: deseo, excitación-meseta, orgasmo y resolución. Los principales cambios pueden observarse en la figura 8.1.

**Figura 8.1. Cambios en la respuesta sexual humana en la vejez**



Pero no hay incapacidad fisiológica para coitar en la mayor parte de las personas mayores.

El sentimiento subjetivo de satisfacción no decrece necesariamente. Puede mantenerse, mejorar o empeorar.

El deseo suele disminuir, especialmente en las mujeres, por razones más bien sociales. Pero puede mantenerse intacto o casi intacto en la vejez. El proceso de excitación es más lento y los cambios fisiológicos que lo acompañan menos vigorosos, el número de contracciones orgásmicas y su intensidad es menor, y el periodo refractario es más amplio en los varones. Pero nada de ello afecta, necesariamente, a la percepción subjetiva de placer y bienestar sexual y emocional de la pareja. El grado de satisfacción depende más de otros factores (adecuada estimulación mutua, sentimientos de ternura y empatía, intimidad y amor).

## 4. Lo que hay que saber de la conducta sexual en la vejez

Finalmente, la conducta sexual no depende sólo de las capacidades y cambios fisiológicos, sino de otra serie de factores que tienen que ver con la salud, el



estilo de vida, los valores, la organización social y las actitudes sexuales de las personas (sus ideas y creencias, sus sentimientos y su tendencia a actuar de una u otra forma). Por ello, en este apartado nos preguntamos: ¿qué conductas sexuales tienen de hecho las personas mayores?, ¿de qué factores depende la vida sexual de las personas mayores?

### 4.1. Los estudios sobre la sexualidad en la vejez

Los estudios, aun hoy, son pocos, sobre todo entre nosotros, y tienen muchas limitaciones. Quizá las más destacables son las siguientes:

- Las muestras suelen ser de personas voluntarias —voluntariedad difícil en personas mayores y voluntariedad que tergiversa los datos porque es presumible que se presten las personas menos erotofóbicas— o que su deseabilidad social sea mayor (en una sociedad que silencia y persigue la sexualidad de los viejos).
- Los contenidos de las investigaciones se han centrado más en saber si y cuánto coítan las personas mayores, en lugar de estudiar otros aspectos de la sexualidad.
- La metodología utilizada ha sido casi siempre transversal, suponiendo que las generaciones tienen una evolución semejante —la vida sexual de los que hoy tienen 40, 50 o 60 años será, cuando tengan 70 u 80, como la de estas generaciones más avanzadas—. Esta limitación metodológica es especialmente grave, porque, como es sabido, las generaciones son muy diferentes en numerosos aspectos en la forma de organizar las relaciones interpersonales y, más en concreto, en la forma de vivir la sexualidad. No parece razonable esperar que las nietas actuales vayan a ser, en cuanto a su vida sexual, como sus abuelas, por poner sólo un ejemplo.

Sin embargo, estas investigaciones, a pesar de sus limitaciones, nos permiten organizar un cuerpo de conocimientos, sobre la conducta sexual en la vejez, que empieza a ser sólido desde numerosos puntos de vista. Veamos los resultados:

A) La conducta sexual en la vejez es muy variable de unas personas a otras; incluso de unos años de la vida a otros, en algunas personas mayores, la frecuencia y las pautas de conducta sexual pueden cambiar de forma espectacular por diferentes factores, que veremos más adelante. La historia sexual de las personas es muy diferente a lo largo de la vida; estas diferencias se acrecientan en la vejez: desde personas sin ninguna actividad sexual, a personas que se masturban o tienen relaciones sexuales con frecuencia.

De hecho, podemos encontrar un patrón de fisiología sexual en la vejez, también, por cierto, con grandes diferencias individuales, pero no es posible

encontrar un verdadero patrón en las conductas sexuales en la vejez, ni en cuanto a la frecuencia, ni en cuanto a pautas de conducta sexual, ni en cuanto al grado de satisfacción, ni en cuanto a su significado afectivo. Por ello, todo lo que decimos a continuación tiene una limitación: la variabilidad es tan grande que las excepciones pueden llegar a ser la regla. Los cambios en la sexualidad en la vejez no son universales, ni unidireccionales ni monocausales. Admiten mucha diversidad, son multidireccionales y obedecen a numerosas causas que afectan a las personas de forma y en combinaciones muy distintas.

B) La actividad sexual, incluso la coital, puede mantenerse en la vejez y se mantiene en buena parte de la población, aunque en esto las estadísticas son muy diferentes, según las muestras y metodologías empleadas. El 95 % del estudio Starr y Weimer (1981) dijo que le seguía interesando el sexo; el 75 % aseguraba que el orgasmo seguía siendo esencial para su satisfacción sexual. Veamos algunos de estos datos:

El 94 % de los hombres y el 84 % de las mujeres tienen actividad sexual por encima de los 60 años (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard, 1953); el 50 % de las personas entre 60 y 91 años mantiene relaciones sexuales regularmente (Starr y Weimer, 1981); el 30 % de las mujeres y el 62 % de los hombres con más de 80 años, mantienen relaciones sexuales (Bretschneider y McCoy, 1988). El 70 % de las personas de 70 años continúan siendo activas al menos una vez a la semana (Kaplan, 1990).

C) Las personas mayores, en bastantes casos, aprenden a disfrutar de formas de relación sexual más amplias —no solo coitales—, adaptándose a los cambios fisiológicos sin que necesariamente disminuya la satisfacción sexual.

Cuando las personas se hacen mayores es muy frecuente que disfruten más de otras formas de relación sexual no necesariamente coitales, como las caricias, los besos, etc. (Nieto, 1995). Un hombre de 82 años le contó a Gordon y Snyder, 1989:

Yo me corro quizá uno de cada tres encuentros sexuales con mi esposa. Mi erección viene y va, y no nos supone una gran preocupación. Obtengo tanto placer en las caricias y los movimientos de la penetración como cuando eyaculo. Cuando era joven me parecía inconcebible disfrutar de sexo sin orgasmo, pero ahora veo lo que me perdí en aquellos tiempos, en los que únicamente centraba mi atención en alcanzar el orgasmo.

(Gordon y Snyder, 1989, p. 153)

De hecho, según diferentes estudios, el grado de satisfacción con la actividad sexual no disminuye necesariamente con la edad, como puede verse en la tabla 8.1.

La valoración que merecen estos datos (Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005), es muy compleja. Es verdad que puede estar influyendo en los que va-

**Tabla 8.1. Grado de satisfacción sexual y edad (Starr y Weimer, 1981).  
¿Cómo se siente ahora en su vida sexual, en comparación a  
cuando era joven?**

	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Mejor	74	27,1	181	41,0
Igual	102	37,4	175	39,7
Peor	97	35,5	85	19,3

loran como «mejor» o «igual» un fenómeno de deseabilidad social y de cierta negación de la vejez sexual, especialmente en los hombres; pero no lo es menos que los que la valoran como «peor» también pueden estar influenciados por la comparación con un modelo joven, centrándose en que han perdido frecuencia coital y vigor sexual. Lo «sabio» sería lograr adaptarse a los cambios y seguir disfrutando de la intimidad corporal y sexual y afectiva, propia de cada edad. La propia comparación, en sí misma, es discutible en una conducta tan significativa como la sexualidad, porque la respuesta depende del criterio de comparación que adoptemos, de forma que lo correcto sería decir que en unos aspectos ha empeorado y en otros se puede haber mejorado. Más que el resultado de la comparación, lo ideal es que el balance sobre la vida amorosa sea bueno y satisfactorio: «confieso que he vivido, he amado, he sido amado y así sigue siendo para mí».

D) Como grupo, cuando tenemos en cuenta datos de muestras amplias de la población, es indudable que la actividad sexual coital disminuye con la edad. Eso es lo que opinan las personas mayores (Nieto, 1995) y eso es lo que dejan claro los datos (Libman, 1989; Trudel, Turgeon y Piche, 2000; Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005). Esta disminución es mayor en las mujeres. En uno de los estudios más amplios (Brecher, 1984) los datos son bien significativos, como puede verse en la tabla 8.2.

**Tabla 8.2. El descenso de la actividad sexual coital con la edad  
(Brecher, 1984)**

	Edad		
	De 50 a 59	De 60 a 69	Después de 70
Mujeres con actividad sexual	(N= 801) 93%	(N = 719) 81%	(N = 324) 65%
Hombres con actividad sexual	(N = 823) 98%	N = 981) 91%	(N = 598) 79%

Esta disminución depende, como veremos, no sólo de los procesos fisiológicos de envejecimiento, sino de otros numerosos factores, como por ejemplo de los años de convivencia en pareja. De hecho, cuando las personas mayores tienen una nueva pareja pasan una temporada más o menos larga en la que aumenta su actividad sexual.

De nuevo, también en relación con este dato, el de la disminución de la actividad sexual, es necesario señalar que no hay una relación directa entre este descenso de la frecuencia coital y el grado de satisfacción con la vida sexual. Ésta no disminuye, según los estudios. Por ejemplo, Libman (1989) estudió una muestra de sujetos entre 51 y 81 años, y demostró que si bien disminuye la actividad sexual, no lo hace el grado de satisfacción sexual.

También se reducen conductas como la masturbación, aunque ésta se mantiene en un número relativamente importante de hombres y mujeres (casi la mitad de la muestra en el estudio de Starr y Weimer, 1981). E incluso puede aumentar, especialmente si hay pérdida de la pareja.

E) Otros aspectos de la sexualidad, como el interés por las caricias, la ternura, la comunicación, el sentimiento de intimidad, etc., no sólo no disminuyen sino que, con frecuencia, aumentan con la edad (Nieto, 1995, López y Olazábal, 1998). El deseo suele mantenerse activo, especialmente en los hombres, y la capacidad de enamoramiento también. Las personas mayores mantienen sus necesidades sexuales y afectivas, incrementando y compensando algunas de las formas de satisfacción.

El interés de las personas mayores por actividades que les permiten tocarse, comunicarse, hacer nuevas amistades, liberarse de la vigilancia y control de los hijos u otros adultos, etc., refleja sus ganas de satisfacer las necesidades interpersonales, de salir de la soledad, de amar y ser amados.

F) Las diferencias de género son muy amplias en estas generaciones de mayores, aunque podemos suponer que no lo serán tanto en el futuro, como ya ocurre entre los jóvenes.

Las mujeres están de hecho más sometidas a muchos de los factores que analizamos a continuación: su sexualidad ha sido más reprimida, dependen más de la iniciativa del varón, han aprendido a ser más pasivas, son más las mujeres que los hombres y hay más viudas que viudos.

De hecho, los factores sociales tienen tanto peso que a pesar de que las mujeres tienen menos limitaciones fisiológicas para la conducta sexual, realizan menos conductas sexuales coitales y masturbatorias, y su actividad sexual disminuye más con la edad. Aunque en los últimos estudios estas diferencias están también disminuyendo entre las personas mayores (Janus y Janus, 1993; Rathus, Nevid y Fichner-Rathus, 2005).

## 4.2. Los factores de los que depende la vida sexual en la vejez

Estos factores son muy numerosos, afectan de manera muy distinta a unas personas o a otras e interactúan de forma compleja. Por ello cada persona mayor y cada pareja de personas mayores debe ser estudiada para conocer cuáles son sus posibles dificultades y limitaciones. Entre estos factores señalamos los siguientes:

A) El mejor indicador de la vida sexual de las personas mayores es su disponibilidad o no de «pareja sexual». Los datos varían mucho de unos estudios a otros, pero todos están en la misma dirección. No tener pareja sexual habitual hace mucho más improbable, especialmente en el caso de las mujeres, la actividad sexual. Nuestra sociedad, aún hoy, regula la actividad sexual con el matrimonio, para casi toda la población, o con las parejas de hecho, en ciertas minorías de personas mayores. Por ello, podemos decir que estas convenciones sociales crean dificultades objetivas para que las personas mayores que no tienen pareja salgan de su soledad.

B) Dificultades específicas en el campo de la sexualidad. Las dificultades con la erección, en el caso del varón, y bajo deseo sexual y sequedad vaginal, en la mujer, así como el aburrimiento y la insatisfacción con la pareja, en ambos casos, son los problemas sexuales concretos que más pueden afectar a las personas mayores. Aunque estas dificultades tienen hoy razonable solución, son muchas las personas mayores que no piden ayuda y que renuncian a la actividad sexual por estos motivos. Según el estudio de Baltimore sobre impotencia (López y Olazábal, 1998) el 25 % de 65 años; el 55 % de 75 años y el 75 % a los 80 años, tienen dificultades de erección.

C) La propia historia sexual es otro de los indicadores más poderosos. Las personas que han mantenido actividad sexual satisfactoria de forma regular a lo largo de su vida son aquellas en las que es más probable que se mantenga la actividad sexual en la vejez. La abstinencia prolongada, la vida sexual aburrida e insatisfactoria, etc., parece disminuir las propias capacidades fisiológicas y, sobre todo, el deseo y el interés sexual (López y Olazábal, 1998).

D) El estado de salud y los medicamentos que se toman. El estado físico general y los problemas de salud pueden tener una gran influencia. El cansancio, el agotamiento, el estrés, la mala alimentación, la falta de higiene, la falta de actividad física, etc., pueden tener influencias muy negativas tanto en el interés sexual como en la capacidad.

Especial importancia tienen el consumo de tabaco y, sobre todo, el alcohol. El alcohol, en dosis elevadas y crónicas, se asocia con dificultades en la erección. El alcohol, aun sin cronicidad, disminuye la capacidad fisiológica

de erección y puede dar lugar a fracasos que, por el propio miedo a que se repitan, acaben generalizándose.

A pesar de que la actividad sexual es compatible y hasta deseable, si la persona está motivada, aun en los casos de problemas de salud física y mental, es frecuente que disminuya o incluso desaparezca. El efecto no es directo (salvo casos muy concretos, como la diabetes), sino que puede actuar a través de los miedos (por ejemplo después de un infarto), la ignorancia (numerosas personas siguen pensando que la actividad sexual desgasta y es peligrosa cuando hay problemas de salud) y los medicamentos (algunos de ellos afectan al deseo y a la capacidad de respuesta sexual) (López y Olazábal, 1998).

Entre las enfermedades que afectan más claramente la actividad sexual están la diabetes (mayor necesidad de estimulación y posible dificultad para la erección o llegar al orgasmo en hombres y mujeres), el infarto (por afectación del miedo o de los fármacos puede hacer disminuir el deseo o la capacidad de erección), la depresión (suele afectar al deseo especialmente por la propia depresión o los fármacos), problemas motores por reuma o apoplejía (pueden reducir el deseo, la movilidad, etc.), problemas oncológicos (especialmente por la afectación del humor o de la figura corporal). Lo importante en estos casos es contar con un buen consejo médico que indique al paciente los posibles efectos de la enfermedad y de los fármacos sobre la sexualidad. Esta información, por cierto, debe considerarse obligatoria para los profesionales.

En todo caso, como criterio general, la actividad sexual es saludable, aun estando enfermos, una vez pasada la fase aguda y teniendo en cuenta las indicaciones de los médicos.

Para quienes están sanos la actividad sexual promueve la salud física, psicológica y social, a la vez que se ve beneficiada por el estado de salud que previamente se tiene. La interacción favorable entre salud y sexualidad es clara.

E) En la práctica, para la mayor parte de la población, son factores psicosociales los que condicionan la vida sexual de las personas. Entre ellos destacamos:

- Las actitudes erotofóbicas y conservadoras que les hacen percibir la sexualidad como un peligro y cerrarse a nuevas posibilidades amorosas.
- Las falsas creencias sobre la sexualidad en la vejez, ya citadas.
- La creencia en que la pareja matrimonial es la relación entre dos medias naranjas «únicas», que deben mantenerse fidelidad incluso después de la muerte.
- Las dificultades concretas que tienen los solteros y solteras, los viudos y viudas, los separados y separadas... en una sociedad en la que la sexualidad se regula por el matrimonio y la pareja.
- La estigmatización de la vejez como un periodo de involución en que las personas no son atractivas, ni tienen derechos sexuales.

- Los efectos de la jubilación mal entendida y planificada, que les lleva a sentirse jubilados de todo y sin motivaciones para vivir y amar.
- Las resistencias de los hijos, que transfieren a los padres la erotofobia que aprendieron de ellos, «me enseñaste que la sexualidad es mala y peligrosa, luego vosotros, padre y madre, no os la podéis permitir, sobre todo, si es fuera de la pareja convencional».
- Las barreras que ponen las familias y de las instituciones que cuidan a las personas mayores, de forma que les es imposible a las personas mayores disponer de un espacio privado que puedan usar con libertad, «¿puede un persona mayor invitar a su amigo a amiga a la casa familiar o a la residencia para estar solos y hacer lo que deseen?».
- Las dificultades añadidas que tienen las mujeres, por su historia sexual más represiva, su pasividad, su dependencia de los varones, estar con mayor frecuencia sin pareja, la consideración de ellas como objetos sexuales que deben ser jóvenes y, por último, el hecho objetivo de que, a medida que se avanza en edad, hay más mujeres y menos hombres.

## 5. Modelo de intervención sobre sexualidad en la vejez

Desde hace años (López y Olazábal, 1998; López, 2005) venimos proponiendo un modelo de intervención en la vejez que denominamos modelo **biográfico-profesional**, que se caracteriza por dar libertad y posibilidades a las personas mayores para que se organicen su vida amorosa como consideren oportuno. Frente a la represión de sus derechos sexuales (modelo moral), la idea opuesta de que todas las personas mayores deben tener actividad sexual coital (modelo revolucionario) o el planteamiento exclusivamente médico (modelo sanitario), nuestra propuesta consiste en ayudar a las personas mayores para que puedan tomar decisiones sobre su vida amorosa, sabiendo que ésta puede admitir formas muy diversas.

El modelo moral, defendido por numerosas religiones, suele reducir el sentido de la sexualidad a la procreación y legitimarlo sólo en el matrimonio, considerando ilegítima y pecaminosa la actividad sexual de los solteros y solteras, viudos y viudas, separados y separadas. Considera inadecuada la masturbación e incluso toda forma de conducta sexual que busque abiertamente el placer. Es evidente que esta forma de organizar la vida sexual es legítima como opción personal, pero no como criterio profesional para los demás. No hay derecho a que hijos o cuidadores o profesionales actúen como fundamentalistas religiosos, organizando la vida sexual de las personas mayores según sus creencias, en lugar de reconocer su derecho individual a tomar decisiones sobre su biografía sexual.

El modelo sanitario sólo interviene cuando se dan supuestos problemas sexuales, en cuyo caso trata como enfermedades, renunciando a ofrecer ayu-

das (conocimientos, educación, etc.) para que las personas puedan no sólo evitar los problemas o disfunciones sexuales, sino vivir mejor su sexualidad. Con frecuencia se olvidan de ayudar a los que tienen enfermedades diversas (infartos, diabetes, etc.) a vivir su sexualidad e incluso puede que se olviden de comunicarle los efectos sexuales de algunos fármacos.

El modelo revolucionario es defendido de forma más o menos explícita por algunos sexólogos que acaban haciendo de la educación e intervención en este campo un instrumento al servicio de nuevos mitos, entre el que cabe destacar que si no hay actividad sexual placentera, si renuncia o no se tiene actividad sexual, las consecuencias son necesariamente dramáticas. De esta forma se convierte la actividad sexual en obligatoria, olvidando que el bienestar de las personas admite formas muy distintas de organizar la propia biografía sexual.

Deben acabarse los modelos uniformes y prescriptivos, dejando que las personas organicen su vida amorosa, porque ésta puede ser muy diversa, con o sin actividad sexual, con o sin actividad sexual coital, con o sin pareja, con o sin masturbación, etc. Nuestra función profesional es ser mediadores que les ayuden a conocer y evaluar su biografía, a eliminar dificultades y darles posibilidades, en definitiva, a permitirles ser más libres. Esto no es pretender ser neutral, sino tomarse en serio las creencias, actitudes, valores y experiencias de las propias personas mayores. Un señor de 75 años me lo decía hace unos días: «no entiendo nada, antes el sexo era malo y estaba prohibido... Ahora nos dicen que es obligatorio». Pues las dos cosas son radicalmente falsas: puede haber varias biografías sexuales y amorosas y las personas tienen que tomar sus propias decisiones. Los profesionales debemos usar nuestras creencias para organizar nuestra propia vida sexual y tomarnos en serio, respetar la de los demás, ayudándoles a alcanzar mayores cotas de bienestar (López, 2005).



## Cuestiones clave

1. ¿Cuáles son los errores de fondo, puntos de vista erróneos que dificultan el que las personas mayores puedan organizarse su vida amorosa de manera adecuada? Y sobre estos errores generales, ¿qué factores psicosociales concretos facilitan o dificultan la vida sexual de las personas mayores?
2. Si tuvieras que explicar a personas mayores los cambios en la fisiología sexual durante la vejez, ¿cuáles destacarías y cómo se los explicarías en concreto?, ¿qué les aconsejarías hacer si sufren de hecho alguna dificultad fisiológica?
3. ¿Por qué crees que numerosas personas mayores están igual o más satisfechas con su vida sexual que cuando eran jóvenes?, ¿podrías citar aspectos que puedan haber mejorado y aspectos que puedan haber empeorado?, ¿podrías llevar la reflexión más lejos y distinguir entre bienestar subjetivo y criterios objetivos de salud sexual (trayendo aquí la polémica presente entre los clínicos, los investigadores y la Organización Mundial de la Salud, sobre criterios de salud objetivos y bienestar subjetivo)?
4. ¿Qué valoración te merece la situación de las personas mayores si tenemos en cuenta las necesidades interpersonales propuestas?
5. ¿Por qué perseguir la sexualidad entre las personas mayores puede ser también, a la vez, condenarles a sufrir de soledad?
6. Puedes analizar diferentes situaciones o cuestionarios para evaluar las creencias existentes respecto a la sexualidad de los mayores (López y Olazábal, 2005). Por ejemplo:
  - Un hombre de 75 años, viudo, que vive con los hijos, quiere invitar a una amiga suya a pasar el fin de semana en la casa donde vive, durmiendo con él en su propia habitación.  
¿Pueden plantearse las personas mayores esta situación?  
¿Cómo suelen reaccionar los hijos?  
¿Cómo reaccionarías tú si fuera un familiar tuyo?
  - Dos hombres de 70 años que viven en una residencia se saben homosexuales y se quieren. Plantean a la dirección que les dejen dormir juntos, compartir habitación «porque son homosexuales y quieren ser pareja».  
¿Suelen plantearse estas situaciones?  
¿Cómo reaccionaría la dirección de la residencia?  
¿Cómo afrontarías tú este tema?

## Actividades prácticas

1. En grupos de dos o tres personas, elaborar una unidad didáctica sobre conocimientos sexuales dirigida a personas mayores. Los conocimientos incluidos deben serles útiles y tener en cuenta el capítulo y lo expuesto en el libro de F. López (2005), *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.  
La unidad debe tener al menos las siguientes secciones:
  - Objetivos.
  - Previsión temporal y metodología.

- Contenidos.
- Actividades.
- Evaluación.

2. Tratar de aplicar esa unidad en una residencia o centro de jubilados a un grupo de personas mayores.

### Lecturas recomendadas

- López, F., y Olazábal, J. C. (2005): *Sexualidad en la vejez*, 2.ª ed. Madrid: Pirámide.  
Tras exponer una amplia revisión de diferentes investigaciones, en este libro se defiende una nueva concepción de la sexualidad desde la que se defiende el derecho de las personas mayores al placer, la ternura, la comunicación y los afectos sexuales. Se proponen también contenidos, actividades y formas de evaluar la educación sexual en esta etapa de la vida.
- López, F. (2005): *Educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.  
En esta obra se exponen los fines y el sentido de la educación sexual, proponiendo metodologías y diversos instrumentos de reflexión y evaluación para trabajar el tema en el aula con diferentes colectivos.
- Rathus, E.; Nevid, J., y Fichner-Rathus, L. (2005): *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson.  
En este manual se repasan de manera exhaustiva los conocimientos más actuales de los que disponemos sobre la sexualidad humana desde diversas perspectivas: física y fisiológica, psicológica, social y cultural. Se incluye también un abordaje de tipo evolutivo en el que las personas mayores y la vejez están presentes.

### Bibliografía

- Brecher, M. (1984): *Love, sex and aging*. Boston: Little Brown.
- Bretschneider, J., y McCoby, N. (1988): «Sexual interest and behavior in healthy 80 to 102 year-old». *Archives of Sexual Behavior*, 17, p. 109.
- Canadian Association on Gerontology (2004): «Social Isolation and Loneliness». *Canadian Journal on Aging*, 23 (2) (Número monográfico).
- Gordon, S., y Snyder, C. W. (1989): *Personal issues in human sexuality: A guidebook for better sexual health*. Boston: Allyn and Bacon.
- Janus, S., y Janus, C. (1993): *The Janus Report on Sexual Behavior*. Nueva York: Wiley.
- Kaplan, H. S. (1990): «Sex intimacy and the aging process». *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 18, pp. 185-205.
- Kinsey, A. C.; Pomeroy, W. B., y Martin, C. E. (1948): *Sexual behavior in the human male*. Filadelfia: W. B. Saunders.
- ; Pomeroy, W. B.; Martin, C. E., y Gebhard, P. H. (1953): *Sexual behavior in the human female*. Filadelfia: W. B. Saunders.
- Libman, E. (1989): «Sociocultural and cognitive factors in aging and sexual expression: Conceptual and research issues». *Canadian Psychology*, 30, pp. 560-567.
- López, F. (2005): *Educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- y Olazábal, J. C. (1998): *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide (Segunda edición renovada, 2005).

- Nieto, J. A. (1995): *La sexualidad en las personas mayores en España*. Madrid: Inersio.
- Ortega y Gasset, J. (1927): *La rebelión de las masas*. Madrid: Austral.
- Rathus, E.; Nevid, J., y Fichner-Rathus, L. (2005): *Sexualidad humana*. Madrid: Pearson.
- Starr, B. D., y Weimer, M. B. (1981): *The Starr-Weimer report on sexual and sexuality in the mature years*. Nueva York: Stein and Day.
- Trudel, G.; Turgeon, L., y Oiche, L. (2000): «Marital and sexual aspects of old age». *Sexual and Relationship Therapy*, 15, pp. 381-406.



# 9. Relaciones sociales<sup>1</sup>

Sacramento Pinazo

Un aspecto fundamental de la vida de las personas es la relación que mantienen con otras personas. En este capítulo analizaremos cómo cambian esas relaciones a medida que nos hacemos mayores y cuál es el papel específico de algunas figuras sociales (pareja, hijos, nietos, amigos, etc.) en la vida de las persona mayores. En nuestra exposición examinaremos tanto aquellas situaciones en las que la persona envejece de manera satisfactoria y saludable como otras en las que, debido a problemas de dependencia más o menos acusados, los mayores necesitan de ayuda y cuidados que generalmente van a ser proporcionados por las personas que les rodean.

## 1. Las relaciones sociales y el papel del apoyo social

### 1.1. La evolución de la actividad social y las relaciones sociales

Al hablar del cambio en la actividad y las relaciones sociales durante el proceso de envejecimiento encontramos dos teorías clásicas que han servido de referencia durante el último medio siglo: la teoría de la actividad y la teoría de la desvinculación (véase también capítulo 7). El punto de partida de ambas es el mismo: algunos de los cambios asociados a la vejez, algunas de sus

<sup>1</sup> La redacción del presente capítulo ha contado con la financiación del Ministerio de Ciencia y Tecnología, por medio del proyecto referencia BSO2002-02604.

tareas evolutivas y roles característicos parecen implicar una progresiva reducción de la actividad social como consecuencia de las pérdidas, entre las que destacan: la jubilación (pérdida del rol de trabajador/a), la viudedad (pérdida del rol de esposo/a), la independencia de los hijos (cambios en el rol de padre/madre, nido vacío), pérdida de autonomía (mayor probabilidad de discapacidades físicas que provoquen falta de movilidad), pérdida de relación con los amigos (por muerte de los integrantes de la red de relaciones o por institucionalización). Sin embargo, ambos enfoques interpretan estos hechos y sus consecuencias de manera muy diferente.

Así, desde la **teoría de la desvinculación** se entiende la reducción de la actividad social como un proceso natural, universal y adaptativo, ya que prepara al individuo para la desvinculación última: la muerte o dependencia. Esta reducción viene provocada por la confluencia de intereses tanto de la sociedad como del propio individuo. Por una parte, la sociedad «libera» al individuo de una serie de roles y responsabilidades sociales (entre las que destaca el trabajo), y por otra parte, el mismo individuo busca activamente esta desimplicación. Se supone que, siendo o no consciente de su menor energía, de que el futuro es limitado y la muerte inevitable, la persona preferirá dedicar su tiempo y energías restantes a sí mismo, entrando en un periodo de mayor introversión, reflexión y preocupación por uno mismo. La inversión de tiempo y energías en las personas y objetos del ambiente se va reduciendo y de este modo, la desimplicación es resultado de una progresión simbólica hacia la muerte y la pérdida de actividad y relaciones sociales se une indisolublemente al envejecimiento.

En contraste con este punto de vista se alza la **teoría de la actividad** (Havighurst, Neugarten y Tobin, 1968). Desde este enfoque se entiende que el mejor y mayor ajuste de la persona a las circunstancias de la vejez se logra a partir de la continuación con el nivel de actividades y vínculos sociales de años anteriores. Así, el envejecimiento con éxito se lograría a partir de los esfuerzos por continuar estando implicado y activo socialmente. Aun reconociendo que existe un descenso de la actividad asociado al envejecimiento, atribuyen este descenso exclusivamente a las presiones sociales y a los determinantes biológicos que imponen a los individuos ciertas pérdidas. Estas pérdidas, sin embargo, no son en absoluto queridas (o buscadas) por la persona —como se aseguraba desde la teoría de la desvinculación—, y se enfatiza que se favorecerá la salud psicológica si se reemplazan los roles y apoyos sociales perdidos por otros nuevos, ya que es precisamente la implicación satisfactoria en roles lo que apuntala el autoconcepto y la autoestima de la persona.

En suma, la diferencia fundamental entre la teoría de la desvinculación y la teoría de la actividad estriba en que una misma situación (la reducción de las relaciones y contactos sociales) se interpreta bien como algo deseado tanto por el individuo y por la sociedad, bien como el resultado de unos impedimentos inevitables (enfermedades, estructuras sociales, etc.) que dificultan el deseo natural de la persona a interactuar socialmente con independencia de

la edad. Mientras desde la teoría de la actividad se contempla a las personas mayores que compensan las pérdidas y mantienen la actividad social como «envejeciendo con éxito», este mismo comportamiento es interpretado desde la teoría de la desvinculación como una negación del envejecimiento, como algo que está fuera de lugar (Ferraro y Farmer, 1995).

Laura Carstensen ha tratado de integrar ambos puntos de vista en su **teoría de la selectividad socioemocional** (Carstensen, 1992a). Según la autora, el descenso en los contactos sociales a medida que envejecemos es muy selectivo y afecta sobre todo a los contactos más accesorios, más superficiales, mientras que las relaciones más estrechas permanecen básicamente intactas con la edad. Carstensen (1992b) estudió la frecuencia de contacto con diversas figuras sociales y comprobó cómo las reducciones de contacto con conocidos eran ya apreciables de manera bastante temprana en la adultez, mientras que no se apreció reducción alguna en las relaciones con otras figuras con las que se tenía un contacto y una relación afectiva estrecha (p. ej., los padres, la pareja, etc.). Esta tendencia a seleccionar los contactos sociales especialmente estrechos, descartando los más superficiales, parece iniciarse ya en la mediana edad, lo que hace difícil que este descenso pueda ser interpretado como un déficit propio de la vejez, asociado al envejecimiento (Villar, 2005).

De acuerdo con los estudios de Carstensen, entre las personas mayores es especialmente importante el aspecto emocional de las relaciones, esto es, el deseo de recibir apoyo emocional y de regulación de los sentimientos, de manera que los otros nos ayuden a sentirnos bien y a evitar estados emocionales negativos. De este modo, en el momento de seleccionar personas con las que mantener contacto, las personas mayores seleccionan aquellas que pueden proporcionar satisfacciones emocionales con una probabilidad mayor, es decir, aquellas que ya son conocidas y con las que ya existía una relación estrecha. Las nuevas relaciones, los nuevos contactos o las relaciones más superficiales, son descartados a medida que la persona envejece, disminuyen los recursos y la energía y, sobre todo, el futuro se percibe como algo limitado. En resumen, conforme uno envejece se produce una disminución de contactos pero se trata de una disminución altamente selectiva: se sacrifican los contactos más superficiales y se intenta mantener aquellos más cercanos, los que proporcionan mayor recompensa emocional (Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999).

### 1.2. El apoyo social

El apoyo social informal es un importante factor para el envejecimiento satisfactorio (Rowe y Kahn, 1998). Se entiende por apoyo social aquella red de relaciones que proporcionan compañía, ayuda y alimento emocional. El apoyo social es un facilitador de las conductas de promoción de salud pues disminuye el impacto de los acontecimientos vitales estresantes y, además, amorti-

gua sus efectos negativos. Las personas mayores que participan en redes sociales de manera activa y que reciben apoyo social informal tienen mejor salud física y mental que aquellos que están menos conectados o implicados en la vida de otros (Minkler, 1985; Krause, 1990). El apoyo social informal está asociado con un bajo riesgo de mortalidad y morbilidad.

Es la familia la fuente de ayuda y apoyo social informal más importante para todos, pero especialmente para la población mayor más dependiente y necesitada. Las relaciones familiares, denominadas **relaciones primarias**, se caracterizan por tener una naturaleza personal, íntima y emocional, además de ser duraderas e implicar a las personas en una gran variedad de roles, lo que les permite expresarse y comunicarse abiertamente sobre diversos temas. Según los datos que aportan las investigaciones más recientes, la mayoría de las personas mayores mantiene un contacto frecuente con la familia de la que recibe y a la que proporciona apoyo y diversos servicios. Las dos terceras partes de las personas mayores mantienen contactos cotidianos con amigos o parientes (Pérez, 2002), el 37 % de los hijos ven diariamente a sus padres mayores y el 27 % de los padres ven a sus hijos (Iglesias de Ussel, 1994), si bien el contacto telefónico diario entre padres e hijos es mayor (40 %) que las relaciones cara a cara.

La distinción entre apoyo social formal e informal es importante para comprender las dimensiones cualitativas de las relaciones que son relevantes para el bienestar psicosocial de las personas, así como de la forma en que interactúan. El **apoyo social informal** son los cuidados y atenciones que reciben las personas mayores de forma regular para la realización de actividades que son necesarias para llevar una vida independiente y que no son dispensados por profesionales dependientes de los servicios sociosanitarios organizados. Son los cuidados que altruista y generosamente prestan los allegados de la persona necesitada de cuidados, las relaciones íntimas y de confianza (familiares, amigos y vecinos) y también los cuidados que ejercen voluntarios. Según datos del mencionado estudio del INSERSO/CIS (1995), la familia cercana (cónyuges e hijas/os) realiza el 63,8 % de los cuidados; otros allegados (familiares, parientes, amistades, vecinos) asumen el 8,1 % de la carga de atención. Las empleadas del hogar asumen el 5,4 % de los cuidados, y finalmente, los servicios sociales asumen el 3,8 % de los cuidados. Sumando estas cifras podemos observar que el 71,9 % de los cuidados que precisan las personas mayores dependientes son asumidos por familiares y allegados, el apoyo social informal. En cambio, se entiende por **apoyo social formal** el proveniente de los servicios sociales, ayuntamientos, órganos estatales —IMSERSO, Instituto de Mayores y Servicios Sociales—, entidades no gubernamentales —Cruz Roja Española, Cáritas española, ONCE—, asociaciones y sindicatos, etc. Este tipo de ayuda se presta a partir de cuidados en residencias para personas mayores y centros de día, servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, servicios de voluntariado social o programas de ocio, cultura y participación social, entre otros.



**Tabla 9.1. Fuentes de apoyo social**

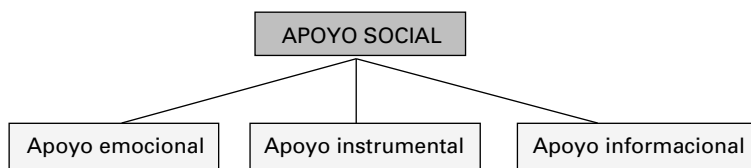
FUENTES DE APOYO	SUMINISTRADO POR...
Apoyo social formal	Servicios sociosanitarios organizados, Ayuntamientos, IMSERSO, Administraciones públicas,...
Apoyo social informal	Familia (pareja, hijos, nietos, otros allegados), amigos, vecinos.

Algunos autores han analizado las funciones que desempeñan determinadas relaciones para el sujeto, consideradas como proveedoras de apoyo. El tipo de apoyo más útil dependerá del problema con el que se enfrenta el individuo y por el que se le apoya. Desde esta perspectiva funcional del apoyo social y siguiendo la clasificación que aparece en la mayoría de las taxonomías reconocidas por casi todos los autores, podemos distinguir entre apoyo emocional, apoyo informacional y apoyo material:

- **Apoyo emocional o afectivo:** es compartir los sentimientos, disponer de alguien con quien hablar; tener una persona con la que mantener una relación de confianza e intimidad. El apoyo emocional supone un aumento de la autoestima al sentirse valorado y aceptado por los demás. Este tipo de apoyo desempeña un papel muy importante sobre todo en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar.
- **Apoyo informacional:** es el consejo o información que sirve de ayuda para superar situaciones estresantes o problemas por resolver. En ocasiones no es fácil separarlo del apoyo emocional, ya que recibir consejo puede ser percibido por el receptor como expresión de cariño y preocupación por él.
- **Apoyo material:** es la prestación de ayuda material directa o servicios. El apoyo instrumental se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para actividades de recreo, para integrarse en actividades sociales y poder dedicarse a un mayor crecimiento personal.

Las personas mayores suelen pedir ayuda o apoyo emocional, instrumental e informacional a sus familiares aunque también les ofrecen considerable apoyo los amigos y vecinos. A estos últimos, sobre todo, se les pide ayuda cuando no hay ningún pariente íntimo disponible. Los mayores tratan de mantener intercambios con individuos que les son próximos durante el mayor tiempo posible; prefieren a los que han formado parte de su biografía personal (familiares y amigos, por ejemplo), que se convierten en un recurso social para mantener la integración social de las personas de edad. Por ello, como ya hemos visto anteriormente, la mayoría de las personas mayores reciben el apoyo más importante a través de sus redes informales (Pinazo, 2005).

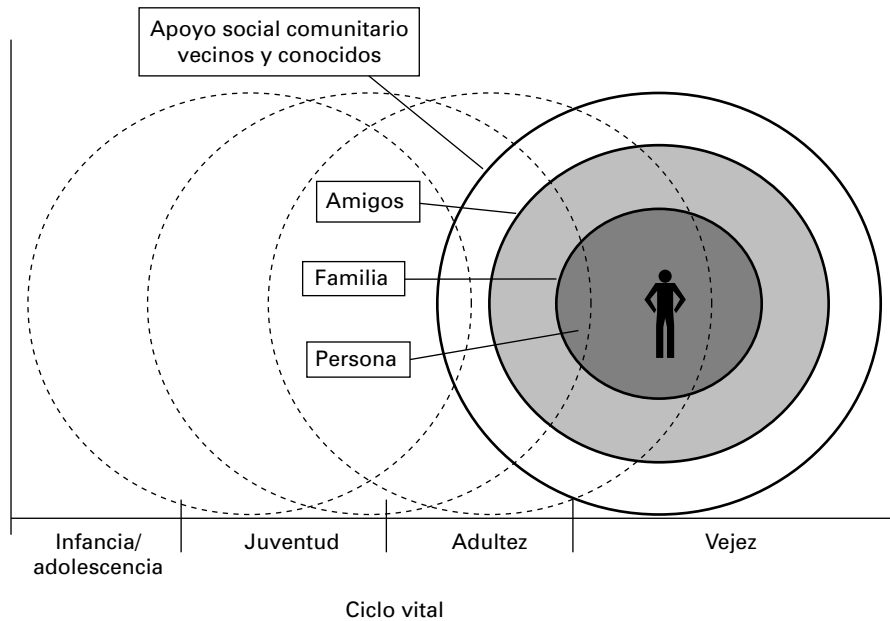
**Figura 9.1. Tipos de apoyo social**



Distintos investigadores han intentado hacer descripciones y explicaciones teóricas del apoyo social poniendo el foco de atención principalmente en el apoyo social informal. El **modelo de convoy** de Robert Kahn y Toni Antonucci (Kahn y Antonucci, 1980, Antonucci, 1985) enfatiza el desarrollo de las relaciones sociales informales a lo largo del ciclo vital y su papel en la provisión de apoyo social. Este modelo plantea que a lo largo del ciclo vital las personas experimentan tensiones, transiciones y momentos de crisis y cambio en los que están presentes un número pequeño y seleccionado de personas de las que se recibe el apoyo emocional e instrumental y a partir de las que se conforma nuestra identidad. El término «convoy» fue tomado del antropólogo David Plath (1975) y se refiere a una «especie de capa protectora» de familiares y amigos que rodea al individuo y le acompaña a lo largo de su vida, ayudándole a afrontar los cambios que experimenta (Antonucci y Akiyama, 1987). Por su naturaleza, un convoy implica apoyo que es proporcionado por un grupo de «otras personas» calificadas como centrales en la vida del individuo. En otras palabras, un individuo se mueve a lo largo de su vida dentro de grupos de personas con las que realiza intercambios de apoyo. Teóricamente, estas «capas de apoyo» son dinámicas y cambiantes pero al mismo tiempo, duraderas y estables a lo largo del ciclo vital. Es decir, el convoy puede cambiar en algunos casos pero permanecer estable en otros. Por ejemplo, la red de apoyo entre padres e hijos es normalmente algo estable, pero la presencia de unos amigos o vecinos determinados en la vida de una persona puede cambiar más fácilmente por los avatares de la vida y los cambios de residencia.

El modelo podemos representarlo gráficamente (véase figura 9.2) como un grupo de tres círculos concéntricos que rodean a la persona a lo largo de su vida. Cada círculo representa un nivel de cercanía al individuo. El círculo central, más próximo a la persona, representa a aquellas personas con las que se siente más vinculado. Normalmente, se considera que la familia es la más cercana y es la figura más importante en la provisión de apoyo, sobre todo durante el envejecimiento (*apoyo social familiar*). Este núcleo central de relaciones es el más estable a través del tiempo. En él se incluiría a las personas sin las cuales la vida no tendría sentido, aquellas que son imprescindibles y están íntimamente relacionadas con el individuo. El siguiente círculo representa sobre todo a los amigos, aquellas personas que son también importantes pero no son principales proveedores de ayuda ni son tan cercanos como los

**Figura 9.2. Modelo de convoy o caravana de representación del apoyo social informal a lo largo de la vida (elaboración propia a partir de Kahn y Antonucci, 1980)**



anteriores. El círculo más externo representa el apoyo suministrado por los vecinos, los conocidos o los compañeros de trabajo, por ejemplo (*apoyo social comunitario*). Se trata de personas que aún no han sido incluidas en los otros dos círculos, que son importantes, pero no tanto como aquéllas, y que no deben ser olvidadas pues también tienen un papel relevante en la red de apoyo. Conforme nos alejamos del círculo central, es más fácil encontrar relaciones cambiantes a lo largo del tiempo, por eso representamos con un color más intenso ese círculo, difuminando los círculos más alejados. Evidentemente, la concreción de esta red de apoyo está basada en el apoyo percibido y no en el recibido, pero diversas investigaciones han justificado la importancia de incluir aquel tipo de apoyo y no éste por sus relaciones con la salud mental (para una revisión más amplia del tema véanse los trabajos de Berkman, 1984 o Pescosolido, 1991, por ejemplo).

Con el fin de examinar las redes sociales de apoyo social de las personas mayores, Antonucci y Akiyama (1987) entrevistaron a 718 adultos de más de 50 años, encontrando que la media de miembros en la red social era de 8,9 personas.

El modelo de convoy describe el rol, la estructura y la función que cumplen los diferentes grupos representados en estos círculos como proveedores de apoyo social informal y cómo este apoyo aumenta la salud y el bienestar de los individuos a lo largo del ciclo vital. El modelo de convoy subraya y di-

ferencia la importancia de los apoyos informales, sin hacer ningún comentario acerca del apoyo social formal. Diferentes autores han descrito la importancia de los servicios sociales comunitarios o apoyo social formal en la provisión de ayuda a la persona mayor y a la familia que le cuida. La ayuda suministrada por estos servicios es de vital importancia, sobre todo para aquellas personas que no cuentan con el apoyo de familiares, amigos o conocidos, o el apoyo suministrado por ellos es insuficiente. Como vemos, el modelo de convoy es un interesante marco teórico para el estudio del apoyo social, y así lo han avalado diversos investigadores (Peek y Lin, 1999; Levitt, 2000, Antonucci, Akiyama y Takahashi, 2004, entre otros).

Pocas formulaciones teóricas existen que expliquen la naturaleza y el significado de las varias fuentes de apoyo social durante el envejecimiento. El **modelo jerárquico compensatorio** de Cantor (1979) describe un orden en la preferencia del apoyo desde aquél de familiares, amigos o vecinos hasta el apoyo social formal. Según este modelo, cuando el elemento preferido en primer lugar está ausente, otros grupos actúan de una manera compensatoria. Pero más allá del tipo de ayuda que se necesita, la fuente de ayuda preferida es la pareja. Si la pareja no está disponible, entonces las personas mayores piden la ayuda de los hijos y si no, la de otros familiares o amigos. Autores como Peters, Hoyt, Babchuk, Kaiser e Iijima (1987) proponen un paso más en este modelo. Para los citados autores, el patrón de elección se realiza entre «los otros disponibles», en donde la proximidad es extremadamente importante en el proceso de selección. Las circunstancias, la conveniencia o la preferencia personal pueden guiar la selección hacia otros apoyos. La presencia de otros confidentes además del cónyuge o algún hijo/a puede añadir perspectivas diferentes frente a un problema o área de interés.

La familia proporciona cuidados a lo largo de todo el ciclo vital, apoyo económico, aliento y apoyo emocional; sostiene la vida comunitaria de la persona mayor, pues mientras el mayor reciba cuidados de la familia, se previene y retrasa la institucionalización. La familia, además, es la pieza más importante en el cuidado de la población mayor más dependiente. La familia constituye uno de los recursos más importantes de la población mayor, pues son los integrantes de la familia los encargados de prestar atención directa a las personas mayores con problemas de salud o deterioros graves en su autonomía personal. En la atención a personas dependientes y frágiles por parte de la familia están presentes y se explicitan con fuerza lazos de solidaridad, sentimientos de afecto, cariño, y el deseo de mantener a la persona dependiente en el hogar, rechazando, en general de forma explícita, la institucionalización.

## 2. La relación con la pareja

El matrimonio es la forma de convivencia más extendida entre las personas mayores. Según datos del IMSERSO (2002) un 59,7 % están casados, un

30,9 % son viudos, un 8,0 % son solteros y un 1,4 % separados o divorciados. Analizando estos datos por género se puede observar que la mayoría de los hombres están casados (78,6 %) contrastando con un 45,8 % en el caso de las mujeres. A partir de los 80 años el 71,2 % de las mujeres son viudas mientras el 64,2 % de los varones de esa edad siguen casados y viven con sus mujeres. A continuación examinaremos la importancia de la vida en pareja para las personas mayores, analizando los efectos de su presencia y su ausencia.

El abandono del nido familiar por parte de los hijos elimina muchas tensiones de la relación conyugal y permite a la pareja un reencuentro, una mayor dedicación del uno para el otro y un mayor tiempo de ocio compartido. El tiempo en el que la economía y las tareas de crianza y cuidado giraban en torno a los hijos da paso a otro estadio del ciclo vital familiar en el que la pareja anciana vuelve a ser eso mismo: un par de personas la una con la otra. A esta etapa en la que los hijos abandonan el hogar de la familia se le llama **nido vacío**. La convivencia con los hijos como consecuencia de las pautas de emancipación tardía que rigen actualmente en España, hace que la situación de «nido vacío» no sea una forma de vida generalizada entre los mayores de 65 años sino más bien para los que se encuentran entre los 70 y 80 años de edad (IMSERSO, 2002).

Pero a veces esta situación de vida en «pareja a solas» dura bien poco. Algunos autores hablan del **nido rellenado**, es decir, un momento posterior al del nido vacío en el que, después de haber abandonado la casa familiar, y pasado un tiempo, es posible que un hijo/a divorciado/a o separado/a vuelva a casa solo/a o con su prole. Incluso podemos hablar del nido que nunca acaba de vaciarse si observamos el número creciente de familias en que coinciden en el mismo hogar familiar hijos que todavía no se han emancipado, hijos que lo han hecho pero que han retornado por diversos motivos y hasta ascendientes de edad muy avanzada que, imposibilitados para seguir viviendo solos, son acogidos bajo el mismo techo.

### 2.1. Vida en pareja: el paso del tiempo y el reencuentro con la pareja

La vejez va acompañada de un estrechamiento de las relaciones familiares y conyugales, relaciones estas cuya presencia suele producir gran satisfacción e influye de modo positivo en el bienestar de las personas (Iglesias de Ussel, 2001). En el grupo de las personas mayores, los cónyuges constituyen la fuente principal de compañía, intimidad y bienestar. La satisfacción con la relación marital parece ser que evoluciona a lo largo del tiempo, describiendo una curva en forma de «U» («curva de satisfacción marital») (citado, entre otros por Morgan y Kunkle en 1996): en los primeros momentos de vida en pareja hay unos niveles elevados de satisfacción; después una «meseta» durante la fase de crianza de los hijos; y, finalmente unos niveles de satisfacción nuevamente elevados, cuando los hijos se emancipan y forman sus propios

hogares. Según los datos del estudio más reciente realizado por el IMSERSO *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar* (IMSERSO, 2005) la forma de convivencia más habitual (más del 50 %) en las personas mayores sigue siendo «en pareja» hasta los 80 años, cuando aumenta el protagonismo de los hijos en la vida del mayor. Cuando se pregunta a la población de todas las edades qué persona les gustaría que les prestase ayuda en caso de necesitarla para la realización de actividades de la vida diaria (IMSERSO, 2002), la respuesta mayoritaria se dirige hacia el cónyuge (45,2 %) seguido de los hijos (29,2 %).

La literatura muestra que el matrimonio es más beneficioso para los hombres que para las mujeres mayores; no debemos olvidar que la mayor parte del trabajo necesario para el mantenimiento de las relaciones familiares y del hogar recae en las mujeres, y que estar casado, en el caso de los hombres, significa mayor esperanza de vida, más satisfacción vital y mejor estado de salud. Además, como consecuencia de la mayor longevidad de la mujer, la probabilidad de que vivan en su propia casa y en compañía de su pareja es menor que en el caso de los hombres, particularmente a partir de los 75 años.

Estar casado es también un factor fundamental en la configuración de las relaciones informales en las personas mayores. No sólo la vida en pareja ofrece un conjunto de experiencias compartidas y un nivel de interdependencia que no tiene paralelo en ningún otro tipo de relación sino que, además, proporciona un conjunto potencial de vínculos con hijos y otros familiares y actúa como factor protector de la salud —sobre todo para los hombres— (Jefferys y Thane, 1989): cuando se compara a lo largo de los años a casados y a no casados, se observa una menor incidencia de trastornos psicológicos (depresión, afrontamiento en situaciones de crisis) y mejores índices de salud en casados que en no casados. Este tipo de relaciones, entendidas como «contactos sociales duraderos» proporcionan al individuo *feedback* sobre sí mismo y sobre los otros, lo que compensa las deficiencias de comunicación con el contexto comunitario más amplio.

Gran parte de los cuidados cotidianos que reciben las personas mayores dependientes provienen de su cónyuge, siendo la ayuda prestada tanto para la realización de tareas domésticas (limpiar, planchar, hacer la comida, etc.) como para actividades cotidianas (salir a la calle, compras, médico, etc.) y cuidados personales (bañarse, vestirse, comer, etc.). La ayuda y solidaridad entre los miembros de la pareja se manifiesta, pues, de forma especial cuando uno de los dos precisa atención y cuidado (IMSERSO, 2005). Los hombres tienen más probabilidad de ser atendidos por sus mujeres si surge la necesidad; en el caso de las mujeres, es más probable que sean cuidadas por las hijas. La viudedad tiene consecuencias económicas mayores en el caso de las mujeres, al experimentar un declive en el importe de sus pensiones y una mayor probabilidad de quedarse solas.

## 2.2. Vida en solitario: cuando muere la pareja

Con el paso del tiempo se viven algunas experiencias que suponen una ruptura con la vida llevada hasta el momento. Las circunstancias que precipitan el sentimiento de soledad entre los mayores son, frecuentemente, el deterioro de las relaciones familiares, el aislamiento social y la menor participación en actividades. El abandono del hogar por parte de los hijos puede llevar a la depresión y la soledad de los padres mayores si no siguen manteniendo unas relaciones fluidas con ellos.

Los diferentes estudios realizados en España sobre la soledad en las personas mayores (CIS/IMSERSO, 1998; Iglesias de Ussel, 2001) han diferenciado entre soledad objetiva y soledad subjetiva:

- La **soledad objetiva** hace referencia a «las personas que están solas», esto es, aquellas con falta de compañía, permanente o temporal. En general, las mujeres mayores que viven solas son más mayores que las que viven en compañía (dos terceras partes superan los 75 años y una tercera parte supera los 80 años), y esto, debido fundamentalmente a que están solas porque se han quedado viudas. Las mujeres mayores que viven solas —un 85,5 % de ellas, viudas— experimentan una satisfacción menor con respecto a su situación en general y tienen sentimientos de soledad con bastante frecuencia (Pérez-Díaz, 2004). Preguntadas por las causas que precipitaron la soledad, la mayor parte de las personas mayores que viven solas se han visto obligadas a ello por las circunstancias (59 %). De los que viven solos, una tercera parte lo desean (cerca del 33 %) y tan sólo a un 5 % le gustaría más vivir con los hijos. En una investigación realizada por Chow y Chi (2000), se comparó a personas mayores que vivían solas con personas mayores que vivían en compañía de otros, y se encontró como resultado que el grupo de los que vivían solos contaba con redes familiares más pequeñas, un contacto menos frecuente con sus familiares y recibía menos apoyo emocional e instrumental.
- La **soledad subjetiva** hace referencia a «las personas que se sienten solas» —un 38 % de las que viven solas y un 8 % de las que residen con otros— entendiéndose que se trata de una situación impuesta, un sentimiento y una vivencia que aumenta con la edad (el 27 % de las personas de 65 a 69 años dice sentirse solas, y el 36 % de los mayores de 80 años). Quizás la razón principal para sentirse solos sea la ausencia de apoyo social, algo bastante común entre las personas mayores que viven solas (Yeh y Lo, 2004).

Parece ser, pues, que quizás una de las razones principales para que se produzca una disminución de las redes sociales en las personas mayores sea el número de pérdidas sufridas, sobre todo las pérdidas de aquellas relaciones

que se consideran más significativas. Las personas mayores que han sufrido una pérdida manifiestan una sensación de profunda y persistente soledad diferenciada entre al menos dos tipos distintos: la soledad propia del aislamiento social y la soledad fruto del aislamiento emocional.

El **aislamiento social** ha sido frecuentemente considerado como un factor de riesgo para la depresión. La investigación en este ámbito indica que el apoyo social es un importante mediador para la depresión de quienes han sufrido una pérdida. El apoyo familiar es más importante durante la crisis mientras que el apoyo de los amigos está especialmente indicado para restablecer posteriormente la vida social y emocional. El disponer de un confidente, de un buen amigo y de un buen nivel de redes sociales se ha mostrado en distintas investigaciones como un buen indicador de desenlaces más positivos del duelo y una mejor superación de la depresión. El aislamiento social es un estresor que tiene una relación directa con los síntomas psicológicos negativos, mientras que la inclusión social es fuente de sustento psicológico y aporta sentimientos de pertenencia o seguridad, guía conductual y sentimientos de disponibilidad de apoyo. Los recursos psicosociales que aportan las redes de apoyo social contribuyen a la satisfacción de necesidades y son, por tanto, indicadores de bienestar de primer orden. A su vez, el bienestar psicosocial o satisfacción con la vida está íntimamente vinculado con la capacidad que los sujetos tienen de promover recursos de apoyo, es decir, de integrarse socialmente, y con la capacidad de las redes sociales de convertirse en recursos de apoyo.

El **aislamiento emocional** se refiere a la ausencia de apoyo percibido (compañerismo, camaradería, intimidad y contacto físico con personas significativas) y lleva aparejado un indudable sufrimiento personal.

**Tabla 9.2. Clarificación de términos vinculados con la soledad**

---

Soledad objetiva	Personas que están solas debido a una falta de compañía permanente o temporal.
Soledad subjetiva	Personas que se sienten solas aunque estén acompañadas de otros.
Aislamiento social	Relacionado con la falta de integración y participación social. Falta de inclusión en redes sociales significativas para el sujeto. Relacionado con sintomatología depresiva y bajo ajuste psicosocial.
Aislamiento emocional	Ausencia de apoyo emocional percibido. Falta de un confidente, camaradería, contacto físico (caricias, intimidad...) Relacionado con el sufrimiento personal.

---



### 3. La relación con los hijos ¿solidaridad intergeneracional?

Más de la cuarta parte de los españoles mayores de 18 años declara tener en su familia a una persona mayor que necesita ayuda para la realización de actividades de la vida diaria (AVD). Quienes prestan esa ayuda, los cuidadores, pertenecen básicamente al ámbito familiar de los mayores (93,7 %), siendo la ayuda, sobre todo, proveniente de las hijas (25,8 %) e hijos (14,9 %). Pero es que, además, cuando se pregunta a la población de todas las edades qué persona les gustaría que les prestase ayuda en caso de necesitarla, la respuesta mayoritaria se dirige hacia el cónyuge seguido de los hijos. En el caso de las mujeres, éstas se orientan menos hacia los cónyuges y algo más hacia los hijos, tendencia reforzada por encima de los 65 años, donde casi la mitad prefiere la ayuda de los hijos (aunque muchas de ellas no tienen otra opción al haberse quedado viudas). En líneas generales los españoles piensan que el cuidado de los padres ancianos es un problema principalmente de los hijos: las mujeres, los más mayores y la población mayor de niveles educativos más bajos, son más partidarios de esta **obligación filial** (IMSERSO, 2002).

#### 3.1. La ayuda a los padres

Habitualmente, al llegar los padres a la edad anciana, los hijos apoyan ofreciendo atención y cuidados de la misma forma que años atrás habían hecho los padres con ellos, y en una especie de mecanismo de compensación denominado **norma de reciprocidad**.

El tipo de relación que prima entre las personas mayores y sus familias se ha denominado **intimidad a distancia** (término que fue acuñado por Rosenmayr y Köckeis en 1963), es decir, un tipo de convivencia en el que los padres mayores viven en su propio domicilio de modo independiente y con una vida autónoma, separados físicamente del domicilio de los hijos, aunque dispuestos a ayudar cuando éstos lo requieran; o con un aumento de las visitas y contactos por parte de los hijos en el momento en que surge una necesidad concreta (viudedad, hospitalización, enfermedad crónica, enfermedad degenerativa, problemas de salud, aumento de la dependencia y discapacidad). El contar con este apoyo y el conocer la existencia y disponibilidad de las relaciones familiares tiene gran efecto en el bienestar de la persona mayor, especialmente en circunstancias como la viudedad o la enfermedad (Utz, Carr, Nesse y Wortman, 2002).

Son los familiares las personas a las que uno suele acudir en los momentos de necesidad, son las personas con las que se crea un sentimiento de reciprocidad «de por vida». Esta observación es más evidente entre padres e hijos. El individuo de edad cuidó a sus hijos —ahora adultos— cuando éstos eran jóvenes y dependientes, necesitados o estaban enfermos; los hijos fue-

ron receptores de este apoyo; así, cuando el padre o la madre llega a ser un individuo de edad, dependiente, enfermo o necesitado, parece razonable acudir a aquellos hijos para que le den apoyo. La relación entre padres e hijos adultos se asienta sobre la **solidaridad intergeneracional**, esto es, el compromiso de interdependencia entre las generaciones adultas de la misma familia. Está bastante generalizada la consideración de que los hijos tienen la obligación de atender las necesidades de los padres. Quizás a causa de esta obligación, el adulto de edad puede aceptar —y podría esperar— el apoyo de sus hijos. En este caso, la presencia del apoyo es anticipada y probablemente contribuye al efecto positivo del apoyo social. Por contra, la ausencia de tal apoyo tendrá un efecto negativo sobre la persona de edad.

Los padres esperan que los hijos les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad; el incumplimiento de esta norma —deber ineludible para muchas personas—, puede deteriorar las relaciones paterno-filiares y originar sentimientos de indefensión y soledad. No hace mucho años se recomendaba a las mujeres «tener muchos hijos para asegurar el ser cuidadas en la vejez»... Tal y como se cita en el *Libro Blanco sobre la dependencia*:

Quando las personas que hoy han sobrepasado los 65 años de edad formaron su propia familia, la tradición dictaba el uso de que los mayores serían cuidados por hijos/as como «ley natural». Esa certidumbre social originaba que cada nacimiento de un hijo, y sobre todo de una hija, viniera acompañado, entre otros sentimientos, de una garantía o de seguro de atención en los años de ancianidad. Pero el devenir de las cosas ha frustrado aquellas viejas expectativas y la independencia, que no fue en absoluto un valor en su juventud, es el valor en alza para sus hijos. Muchas de las personas mayores han descubierto ya en la edad tardía los aspectos positivos que la independencia les facilita: libertad para organizar su tiempo (sus ocupaciones y su ocio), para decidir y disponer de sus bienes, etc. Sin embargo, muchas también añoran los tiempos de antaño en los que los hijos eran el báculo seguro de su vejez.

(IMSERSO, 2004b, pp. 13-14)

Según datos del IMSERSO (1995, 2004b), de aquellas personas que necesitan asistencia para continuar viviendo en la comunidad, las tres cuartas partes reciben un apoyo de tipo informal, siendo la familia la que más contribuye a este cuidado. Las tareas de estos cuidadores: prestar ayuda a los mayores en la realización de gestiones (93,2 %), en el baño y la ducha (75,6 %), en el aseo (65,1 %) o ayuda para comer (30 %). En el 12 % de las viviendas familiares españolas se proporciona algún tipo de ayuda a personas mayores e incluso fuera del domicilio, cuando las personas están institucionalizadas, un amplio porcentaje de cuidadores continúa proporcionando cuidados a su familiar. Este cuidado al familiar mayor supone —para uno de cada dos cuidadores—

de 4 a 5 horas al día durante los 7 días de la semana (IMSERSO, 1995), con una media de 10,6 horas al día dedicadas al cuidado (IMSERSO, 2004b). Este número de horas aumenta a 60-75 semanales cuando se trata de cuidar a familiares con demencia.

Las familias son importantes en los momentos de crisis, especialmente durante el curso de enfermedades crónicas a largo plazo, pero prestar asistencia informal a personas mayores dependientes constituye a la vez una situación generadora de estrés en las personas encargadas del cuidado, sobre todo en el denominado **cuidador principal**, con importantes consecuencias en su bienestar físico (cansancio, fatiga), psicológico (depresión, ira, hostilidad) y social (disminución del tiempo dedicado a las relaciones sociales, aislamiento social). El proceso de cuidado no afecta por igual a todos los cuidadores sino que existe una variabilidad en las consecuencias que los estresores provocan en ellos. El apoyo social y la capacidad de afrontamiento personal son las dos variables que más atención han recibido en su papel modulador del estrés del cuidador, llegándose a la conclusión de que los cuidadores que disponen de un mayor apoyo social tienen una menor percepción de carga, una menor sintomatología depresiva y una menor probabilidad de padecer problemas de salud (Montorio, Yanguas y Díaz-Veiga, 1999; véase capítulo 14).

¿Cómo son las relaciones de apoyo entre los padres mayores y los hijos adultos? Cuando los progenitores llegan a la vejez, sus hijos han alcanzado la mediana edad y normalmente les ofrecen diversos tipos de apoyo. Los padres mayores y sus hijos adultos mantienen intercambios diversos: de dinero, ayuda o consejo.

La circunstancia por la que los hijos adultos cuidan de sus padres mayores de modo semejante a como lo hacen con sus propios hijos, se ha definido con el término **inversión de roles**, es decir, los roles se han invertido con los hijos ahora siendo «padres para sus padres». La **madurez filial** se alcanza cuando el hijo adulto ve a sus padres como individuos que, aunque necesiten ayuda, siguen siendo adultos con sus propias necesidades, derechos e historias personales. La **responsabilidad filial** es el sentimiento de obligación personal hacia el bienestar de los padres que tienen los hijos adultos; puede implicar un sentido de obligación o disposición a proteger y cuidar a los padres mayores; también puede incluir una dimensión preventiva que fomenta la autonomía y la independencia de los mayores. Por ejemplo, desde una perspectiva preventiva, los hijos adultos pueden animar a sus padres ancianos a realizar tareas de las que son capaces, ayudarles a encontrar actividades de ocio y tiempo libre que les resulten enriquecedoras y pueden mostrar respeto por las decisiones tomadas respecto a su vida (Schaie y Willis, 2003).

Estas relaciones entre padres e hijos en la vejez varían en función del género: son las hijas las que asumen con mayor frecuencia el papel de cuidadoras de padres enfermos o cuando éstos envejecen (Silverstone y Hyman, 1982), mientras que los hijos varones se responsabilizan de la toma de decisiones y apoyo financiero de la familia (aunque estos modelos reflejan una

forma de división sexual de los roles sociales que están cambiando en nuestra sociedad). En líneas generales, siempre que las personas mayores tengan varios hijos, las preferencias en la solicitud de ayuda se dirigen hacia el hijo o hija con quien más se relacionen, aunque existe la tendencia para las parejas de estar más unidos a la familia de la mujer que a la del marido: es lo que se ha denominado **inclinación matrifocal**. Las hijas casadas parecen mantener lazos más estrechos con sus padres.

### 3.2. La ayuda de los padres

Pero las personas mayores no sólo reciben sino que también dan ayuda a sus hijos e incluso a sus padres longevos; los mayores no son sólo meros receptores pasivos de ayuda y servicios. Es cierto que reciben apoyo por parte de sus hijos (ayuda económica, apoyo emocional, cuidados en momentos de enfermedad o ayuda para mantener la casa), pero al mismo tiempo, muchos de ellos ofrecen ayuda, por ejemplo cuidando a los nietos o ayudando en tareas del hogar o en gestiones administrativas. Según el Panel de Hogares de la Unión Europea en 1998 el 4,1 % de los mayores cuidaban diariamente de algún niño y el 5,6 % de otro adulto.

En una encuesta realizada en el año 1993 (INSERSO/CIS, 1995), *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*, se introdujeron algunas cuestiones que ayudaron a definir mejor la contribución silenciosa de este grupo de edad a la «sociedad de bienestar». Algunos datos destacables de aquella investigación, y que han sido corroborados en las posteriores realizadas por el INSERSO, son: en primer lugar, el 44 % de las personas mayores realizaba algún tipo de actividad de ayuda (intra o intergeneracional); en segundo lugar, de las diversas actividades enumeradas, había dos (tareas domésticas y cuidado de los niños) que concentraban la mayor frecuencia de ayuda; y, en tercer lugar, la frecuencia con la que los mayores cuidaban de los nietos se distribuían del siguiente modo: «ocasionalmente, cuando salen los padres» (66 %), «diariamente mientras trabajan los padres» (36 %), «diariamente para llevarles/recogerles del colegio» (13 %), «diariamente para darles de comer» (12 %) «cuando los niños están enfermos» (26 %), «en vacaciones» (17 %) (INSERSO/CIS, 1995).

Los hijos son los principales proveedores y a la vez receptores del apoyo emocional (confianza, compañía, orientación, etc.) e instrumental (ayuda financiera, ayuda para las labores de la casa) recibido y proporcionado por las personas mayores. Las relaciones entre padres mayores e hijos adultos son, además, beneficiosas para ambos: los padres se benefician de la relación con la *cohorte puente* (los hijos, situados en el medio entre abuelos y nietos) obteniendo información y consejo sobre temas de actualidad, nuevas tecnologías, etc., mientras que los hijos reciben de sus padres ayuda material y consejos (Malla, 2004).

#### 4. La relación con los nietos

Las relaciones intergeneracionales y los vínculos que los abuelos establecen con sus nietos son aspectos de gran importancia que están siendo objeto de estudio por los investigadores sociales. Los resultados obtenidos reconocen de forma especial los beneficios que la figura del abuelo puede aportar al desarrollo global y al proceso de socialización de los nietos, poniendo de relieve los aspectos que son más propios del carácter especial de las relaciones nietos-abuelos desde la perspectiva de los abuelos y de los nietos (Williams y Nussbaum, 2001, entre otros).

Hoy en día, la mayoría de los jóvenes tiene al menos un abuelo, incluso algunos de ellos tienen varios abuelos en distintas combinaciones (a veces más de ocho, debido a separaciones y posteriores enlaces de los padres o de los propios abuelos). En los países desarrollados, aproximadamente dos terceras partes de los niños que nacen comienzan su vida con los cuatro abuelos vivos y más de tres cuartas partes tienen al menos uno vivo al llegar a los treinta. Las menores tasas de defunciones entre las mujeres de edad avanzada comparadas con los hombres hacen que sea más común para los jóvenes tener abuelas vivas que abuelos vivos. La mayor edad de los padres comparada con la de las madres implica que los abuelos paternos sean mayores que los abuelos maternos y por tanto, también mueran más pronto. Numerosos autores han enfatizado la recíproca influencia de la relación abuelos-nietos para ambos grupos.

Si nos vamos a conocer los resultados que ofrecen los estudios sociológicos, y siguiendo la investigación del INSERSO/CIS (INSERSO, 1995), entre los mayores de 65 años con hijos, el 35 % presta algún tipo de ayuda a sus hijos en tareas domésticas o en el cuidado de los nietos. La mitad de los mayores desempeñan un rol asistencial activo si se encuentran en circunstancias personales (capacidad) o situacionales (cercanía o convivencia) apropiadas para ello. Por ejemplo, entre los que declaran valerse por sí mismos, tener hijos y salud buena o regular, ayudan a sus hijos o nietos entre el 35-40 %. Obviamente, la tasa de colaboradores en las tareas domésticas de los hijos o en el cuidado de los nietos es más alta cuando el abuelo convive con ellos bajo el mismo techo (44 %) que en otras circunstancias. Pero incluso cuando la persona mayor vive sola, es frecuente que ayude a sus hijos o nietos (26 %). La ayuda intergeneracional focalizada en el cuidado de los nietos y en tareas domésticas se da en mayor proporción entre mujeres (40 %) que entre hombres (29 %). Con respecto al tipo de ayuda suministrada a los nietos, ocupan el primer puesto las tareas de cuidado. Un poco más de uno de cada diez realiza cuidados habituales diarios como dar de comer a los nietos o acompañarlos al ir o volver del colegio. Un trabajo más reciente, el *Informe 2000: Las personas mayores en España*, concluye que el 61 % de los mayores tiene contactos con nietos al menos varias veces al mes, y el 52 % habla con ellos por teléfono con esa frecuencia. El grado de satisfacción de las relaciones con los nietos es muy elevado: el 95 % se considera muy o bastante satisfecho.

Desde los años 80 se ha producido un auge en la investigación sobre las relaciones de los abuelos con sus nietos. Estos estudios ponen de manifiesto la importancia de la familia como un marco privilegiado para las relaciones entre generaciones. Sin embargo, la importancia y satisfacción que se extrae de estas relaciones entre abuelos y nietos se ven afectadas por diversos factores, entre los que destacan los siguientes (Hodgson, 1998, entre otros): la *frecuencia de contacto*; el *linaje*; la realización de *actividades conjuntas*; la *edad* y el *género* de ambos; la *distancia geográfica*; el papel de la *generación intermedia*; y la *vinculación emocional* entre abuelos y nietos, incluso el hecho de que el abuelo tenga o no más nietos o el tipo de relación que mantenga con éstos.

### 4.1. Diferentes formas de relación abuelos-nietos. Actividades conjuntas

Se ha constatado que la realización de actividades comunes fomenta conexiones entre los abuelos y sus nietos mejores y más duraderas. La realización de actividades conjuntas es un vehículo para la expresión del afecto y un medio para el conocimiento mutuo, así como cauce de influencia y de asistencia; es el medio a través del cual abuelos y nietos mantienen contactos; es el vehículo de expresión de afecto y el contexto en el cual consiguen conocerse el uno al otro; favorece la creación de lazos más estables y duraderos entre los abuelos y los nietos y aumenta en ellos la alianza y la complicidad. Estas actividades no sólo promueven un sentido de conexión entre abuelos y nietos sino que también sirven como hecho significativo para el cual los abuelos influyen en los miembros más jóvenes de la familia.

En el estudio de Kennedy (1992b) se interrogó a 391 nietos estudiantes universitarios acerca de la importancia que una serie de 29 actividades tenían en la relación con sus abuelos. Estas 29 actividades constituyen un listado operativo y diverso (véase tabla 3) que ha sido agrupado en seis categorías: sociabilidad (hablar de temas importantes para ambos, ver la televisión), compañerismo (pasear, leer), ayuda doméstica (cocinar, comprar), acontecimientos comunitarios (deportes, fiestas), entretenimiento (salir a comer a un restaurante, ir de compras), ayuda en tareas al aire libre (jardinería, gestiones administrativas). Concluye el autor que a mayor cercanía en la relación, más diversas son las actividades que se realizan conjuntamente y, recíprocamente, cuantas más actividades se comparten, mayor es la sensación de cercanía. Además, las nietas compartían más actividades conjuntas que los nietos, realizándolas más con las abuelas que con los abuelos.

Uno de los trabajos más conocidos sobre las actividades conjuntas fue realizado por Tyszkowa en 1991, en donde analizaba las actividades que los nietos (adolescentes y jóvenes) realizaban con sus abuelos. Las más compartidas eran: conversaciones (52,2 %), paseos (23,9 %) y juegos (17,4 %).

Como es de suponer, las variables sexo y edad de los participantes de la interacción desempeñaban un papel importante en la determinación del tipo de actividad. Según la citada autora, las conversaciones mantenidas por los nietos adolescentes (15-18 años) y jóvenes adultos (21-23 años) con sus abuelos tienen un significado particular para ellos debido a que los padres demasiado-atareados-por-el-trabajo no tienen suficiente tiempo o paciencia para conversar con sus hijos y que existe una relación de intimidad especial a la vez que una distancia de los abuelos que permite conversar acerca de asuntos que a veces no quieren revelar a sus padres. Además, las conversaciones con los abuelos se dan en una atmósfera de paz, entendimiento, escucha activa y tolerancia, algo que no siempre ocurre con los padres.

En un trabajo realizado por Osuna (2003) se realizaron 30 entrevistas semiestructuradas a abuelos con nietos (6-12 años), y en referencia a las actividades se pudo distinguir entre dos tipos: actividades lúdicas y de ocio (aquellas que proporcionan una satisfacción en la relación y son más distendidas, desde jugar o ir al parque hasta conversar) y actividades de atención y cuidado del abuelo hacia el nieto (aquellas actividades que comportan una responsabilidad y compromiso por parte del abuelo, desde preparar la comida hasta hacer los deberes). De las actividades realizadas conjuntamente, la que aparecía con más frecuencia era la conversación (sobre diversos temas: de la

**Tabla 9.3. Actividades realizadas conjuntamente por abuelos y nietos (tomado de Kennedy, 1992b)**

ACTIVIDADES	
Sociabilidad	Ver juntos la televisión, comer juntos, hablar acerca de asuntos personales, charlar.
Compañerismo	Pasear juntos, leer libros y contar historias, aprender habilidades o aficiones de los abuelos, jugar con los abuelos (puzzles, cartas, juegos de mesa), realizar actividades juntos (pescar, picnics).
Ayuda a los abuelos (doméstica)	Ayudar a los abuelos a cocinar, con las tareas de la casa, comprar con los abuelos las cosas que necesitan, cuidar a los abuelos cuando están enfermos.
Acontecimientos comunitarios	Acudir a actividades deportivas en las que participa el nieto, realizar viajes o ir de vacaciones juntos, planificar o preparar fiestas o celebraciones.
Entretenimiento con los abuelos	Comer fuera con los abuelos, comprar regalos para los nietos con los abuelos.
Ayuda a los abuelos (externa)	Ayudar a los abuelos con el cuidado del jardín o del campo, ayudar a los abuelos con los asuntos burocráticos.

historia de vida del abuelo, de sus experiencias vitales, del colegio, las amistades, los deportes de los nietos, etc.).

#### 4.2. Factores facilitadores de la relación

La posibilidad y la frecuencia de contacto son considerados factores importantes para determinar la calidad de la relación entre los abuelos y sus nietos. La *frecuencia de contactos* influye en el grado de satisfacción experimentada, la tolerancia recíproca y la percepción de utilidad e importancia de la misma interacción. Muchas investigaciones enfatizan el hecho de que la mayor parte de los abuelos mantienen contacto frecuente con los nietos «mientras las circunstancias lo permiten». Pero ¿cuáles son las variables que facilitan un contacto más frecuente? Uhlenberg y Hammill (1998) analizaron seis indicadores significativos de la mayor frecuencia de contacto entre los abuelos y sus nietos: la proximidad geográfica; la calidad de la relación con la generación intermedia; el número de nietos (asociado negativamente, es decir, a más nietos menos posibilidad de pasar mucho tiempo con cada uno de ellos); el género de los abuelos (en general, las abuelas pasan más tiempo con los nietos que los abuelos varones); el linaje materno (la relación con los abuelos por parte de madre es mayor); estar casado (hay una relación mayor con los abuelos que viven en pareja que con los viudos a excepción de aquellos que pasan a convivir en el domicilio de los nietos, por supuesto). De entre ellos, la distancia geográfica destacó como el indicador más significativo del contacto entre ambos. Los resultados, pues, apuntan en la dirección de que una proximidad física entre abuelos y nietos se traduce en relaciones más satisfactorias (Lee, 1980), al igual que cuanto más íntima y cercana haya sido la relación se desarrolla un mayor grado de acercamiento entre ellos.

Kennedy (1992a) afirma que la mayoría de los nietos identifica como abuelos cercanos emocionalmente aquellos que, de hecho, son también cercanos físicamente, que habitan en la misma ciudad o incluso en la misma casa. Los nietos que eligen a sus abuelos como favoritos suelen vivir en el mismo pueblo o ciudad y se les considera con mayor influencia sobre ellos que los que viven a distancia. También son denominados «abuelos favoritos» aquellos con los que más tiempo se pasa, por tanto, más actividades conjuntas se realizan (Pinazo y Montoro, 2004). Desde la perspectiva de los abuelos, Triadó y Villar (2000) encontraron que éstos mencionaban mantener un contacto mayor, el doble de veces, con los nietos-hijos-de-sus-hijas (lo que se denomina *línea materna*) que con los nietos-hijos-de-sus-hijos (lo que se denomina *línea paterna*).

Los resultados de diferentes investigaciones concuerdan en afirmar que la frecuencia de contacto es superior entre los abuelos y los nietos de la línea materna. En especial, la abuela materna es también la más comprometida e implicada en la crianza y la que tiene un contacto más frecuente con los nietos



(Eisenberg, 1988). A esto se le ha denominado **inclinación matrifocal** (Hagestad, 1985): las relaciones intergeneracionales más íntimas tienden a implicar a la abuela materna, sus hijas y sus nietas. Así pues, los abuelos maternos gozan de una ventaja: dada su posición como padres de la madre, sus posibilidades de dedicar mucho tiempo a los nietos son mayores que las de los abuelos de la rama paterna. Para mantener una relación estrecha con el nieto la abuela paterna (sobre todo ella) tiene que satisfacer dos requisitos: no sólo estar unida con su hijo sino también desarrollar vínculos estrechos con su esposa (su nuera). La forma en que la inclinación matrifocal de la familia perjudica a los abuelos paternos se pone desgarradoramente de manifiesto en las situaciones negativas que en ocasiones se producen tras un divorcio. Cuando la esposa consigue la custodia de los hijos, puede impedir a los padres del hijo que vean de nuevo a sus nietos (Wilson y LeShane, 1982).

La mayor parte de los estudios referentes a la importancia de la línea familiar (materna *versus* paterna) en las relaciones de los abuelos con los nietos consideran un papel más relevante de los abuelos maternos en las vidas de los nietos, desempeñando un rol más significativo, más cercano, y participando más en épocas de crisis familiares (Clingempeel y cols., 1992); los abuelos maternos tienen relaciones más íntimas y suelen actuar más como «cuidadores sustitutos» que los paternos. Smith (1991) afirma que la abuela materna es habitualmente la que está más comprometida e implicada en el cuidado y educación de los nietos, siendo percibida por los nietos como la abuela más cercana, a la que se ve con mayor frecuencia, seguida a continuación por el abuelo materno. Los abuelos maternos suelen realizar más a diario (de lunes a viernes e incluso en fin de semana) actividades de atención y cuidado mientras que los abuelos paternos las realizan más esporádicamente (algún día cuando no hay nadie disponible).

En muestra española destaca el trabajo realizado con adolescentes por Triadó, Martínez y Villar (2000) cuyos resultados mostraron que los nietos perciben a los abuelos maternos como más cercanos y con roles más positivos, mientras que los paternos juegan roles más distantes. Encontraron que la línea familiar es un importante diferenciador de las percepciones que tienen los adolescentes de sus abuelos, ya que mientras los abuelos de la línea paterna se ven como figuras distantes, los abuelos de la línea materna son las verdaderas figuras significativas para sus nietos adolescentes, con lo que también se confirma la idea ampliamente establecida en la mayoría de los estudios previos. En el trabajo de Van Rast, Verschueren y Marcoen (1995) los abuelos maternos obtuvieron puntuaciones más altas que los paternos en las siguientes dimensiones: soporte emocional, mentor y modelo de rol y cuidador sustituto.

Con respecto al desarrollo de valores, Roberto y Stroes (1992) indicaron que nietos y nietas perciben que las abuelas son más influyentes en sus vidas que los abuelos; en cuanto a actividades compartidas, los nietos participan más en actividades con sus abuelas que con sus abuelos. Encontraron, además, que los abuelos maternos eran elegidos en primer lugar, y en particular

las abuelas (al poder elegir la abuela materna o la abuela paterna, el 62 % elige la abuela materna). Incluso en lo referente a la realización de actividades, los nietos y las nietas participan más en actividades con sus abuelas, sobre todo en conversaciones acerca de cosas importantes en su vida diaria, ayuda en tareas domésticas, y visitas breves. También Pinazo y Montoro (2004) encontraron resultados en este mismo sentido, siendo la abuela materna la citada en primer lugar (55 %) seguida de la paterna (20 %).

Existe también una variación en la relación entre los abuelos y los nietos en función de la edad de ambos grupos. Con respecto al abuelo, la edad constituye un importante indicador del estilo de ejercer el rol (Farneti y Cadamuro, 2005), encontrándonos así con: abuelos-jóvenes, abuelos-a-tiempo y abuelos-mayores o siguiendo la clasificación de Stevenson (1980): abuelidad precoz —en la que el advenimiento del primer nieto coincide con un periodo de intensa actividad familiar y económica o laboral—; abuelidad a mediana edad tardía —a menudo coincidente con la jubilación y el «nido vacío»—, y abuelos dependientes —cuando el momento de ser abuelo coincide con una edad en la que las facultades físicas o mentales declinan—. Thomas (1986a y 1986b) investigó acerca de las diferencias en edad y sexo en la satisfacción con la abuelidad y en la percepción de responsabilidades del rol de abuelo. Los análisis realizados indicaron que los abuelos más jóvenes expresaban mayor disponibilidad para la disciplina, el cuidado y el consejo en la crianza de los nietos independientemente de la edad de los nietos. Los abuelos varones mostraban mayor disponibilidad para el cuidado y el consejo en la crianza de los nietos pero menor satisfacción con el rol; las abuelas expresaban altos niveles de satisfacción con el rol independientemente de la edad de los nietos.

Para algunos autores, las relaciones abuelos-nietos disminuyen a medida que aumenta la edad. Los abuelos jóvenes y los nietos pequeños tienden a ser más cercanos emocionalmente, aunque a medida que los nietos crecen las relaciones son más duraderas y satisfactorias, espontáneas y voluntarias. Los abuelos más jóvenes (normalmente con mejor estado de salud) tienen mayores probabilidades de ser muy activos, participativos y comprometidos; los abuelos más ancianos tienden a ser más distantes, pasivos e implicados periféricamente (Johnson, 1983).

Muchas investigaciones sugieren que las relaciones entre abuelos y nietos a lo largo del ciclo vital se caracterizan más por la continuidad que por el cambio. Informes retrospectivos realizados por nietos adultos sobre el grado en el que su niñez estuvo influida por sus abuelos, predicen la cercanía emocional en sus relaciones intergeneracionales contemporáneas (Mathews y Sprey, 1985). Para algunos autores, la relación abuelos-nietos no cambia nunca; para otros, hay una serie de cambios asociados a la edad de los nietos que comienzan en la adolescencia, posiblemente porque hacia el final de esta etapa los nietos tienden a centrarse en su desarrollo personal y social y en las relaciones fuera de la familia (Roberto y Stroes, 1992). Así, y de modo natural, conforme los nietos van creciendo, las relaciones con los abuelos cambian:

de compañeros de juegos los abuelos pasan a ser confidentes y amigos (Dellman-Jenkins, 1987). Cada vez existe una mayor evidencia que muestra cómo el contacto entre los abuelos y los nietos conforme éstos se van haciendo adultos es no ritualístico u obligatorio sino voluntario.

Cuando preguntaron a abuelos y abuelas españoles (Triadó y Villar, 2000) sobre la percepción de la relación con sus nietos, los abuelos más jóvenes tendían a mantener mayor cercanía emocional con sus nietos y el balance de intercambios y ayuda entre abuelos y nietos tendía a cambiar con la edad. A medida que los abuelos son más mayores, mencionan menos frecuentemente la prestación de ayuda (económica o cuidados) y más la demanda y recepción de ayuda por parte de sus nietos. Pero una menor edad de los abuelos también puede jugar en contra. Burton y Bengtson (1985) compararon familias negras multigeneracionales en las que las madres y las abuelas lo habían sido a edades muy tempranas (embarazos adolescentes) con familias que habían tenido esta experiencia a edades más normativas, encontrando que las nuevas abuelas que lo habían sido muy tempranamente o «fuera de tiempo» (una media de edad de 32 años) reaccionaron de una forma bastante negativa a su nuevo rol y se mostraron disconformes al adquirir este rol asociado socialmente al envejecimiento y que, además, este rol se solapaba con otras demandas: trabajo, cuidados familiares, etc. En contraste, muchas de las «abuelas a tiempo» (media de edad de 46 años) no experimentaron esta tensión de rol y se sintieron satisfechas con la asunción del mismo.

Sería bastante ingenuo pensar que todas las relaciones abuelos-nietos afectan del mismo modo a la vida de los nietos. En el estudio de relaciones abuelos-nietos pequeños realizado por Celeste Rico, con una muestra de niños de 3 a 6 años, la autora evaluó la relación entre ambos diferenciando las actividades en dos grupos: actividades de atención y cuidado (llevar/recoger al niño del colegio, cuidar al niño) y actividades lúdicas y culturales (contar cuentos, jugar, leer, ir al parque); evidentemente, los abuelos dejan de realizar el primer tipo de actividades conforme los nietos crecen. Las relaciones de los nietos pequeños con sus abuelos están mediatizadas por sus padres, es decir, el número de contactos e incluso el tipo de las actividades realizadas se limita a las propiciadas por los padres (Rico, 2000).

Aún durante la adolescencia los abuelos son vistos como importantes figuras de apego e influyentes de manera significativa en sus vidas, particularmente en el área de crecimiento personal y en la académica. Análisis retrospectivos indican que las relaciones de los nietos con sus abuelos no cambian dramáticamente a lo largo del curso de su infancia y adolescencia.

Al llegar a la madurez, los nietos jóvenes adultos forman relaciones más duraderas, satisfactorias y voluntarias con sus abuelos, produciéndose lo que se denomina reversión de roles: mientras el nieto es niño recibe ayuda, protección y regalos de un abuelo relativamente joven; al entrar el nieto en la edad adulta y disminuir las aptitudes del abuelo, el nieto se responsabiliza de su papel de adulto competente y ayuda a la familia en el cuidado del abuelo.

La edad de los abuelos está relacionada con los estilos de ejercer la abuelidad: a medida que el nieto crece, la figura del abuelo pierde importancia en el ámbito del soporte, de la ayuda instrumental. Aunque es importante remarcar que la relación continúa, redefiniéndose a lo largo de las diferentes etapas evolutivas y adaptándose al momento evolutivo de cada cual.

Cuando a una serie de estudiantes universitarios se les preguntó acerca de la intimidad con cada uno de sus abuelos vivos, los investigadores observaron que el abuelo con el que estos adultos jóvenes se sentían más unidos era al que más a menudo habían visto durante su infancia, y además, resultó ser aquel abuelo con el que sus padres mantenían una relación más estrecha (Matthews y Sprey, 1985). En 1990 Kennedy realizó una investigación con 704 universitarios: las percepciones de los estudiantes universitarios acerca de la relación con sus abuelos eran generalmente positivas, manifestando por ellos un gran afecto y respeto. La manera en que los adolescentes y jóvenes adultos perciben a sus abuelos está influida por la frecuencia y el tipo de contactos mantenidos, por ciertas características sociales e individuales de nietos y los abuelos, y por las ideas que los representantes de la joven generación tienen de qué es lo que debería ser un abuelo (Kennedy, 1990).

Merece destacarse la investigación longitudinal realizada por Merrill Silverstein y Jeffrey D. Long a lo largo de 23 años, *Longitudinal Study of Generations*, con el fin de identificar los patrones de cambio en las relaciones entre los abuelos y los nietos. Uno de los hallazgos más relevantes fue encontrar que los nietos son para los abuelos importantes proveedores de apoyo emocional (Silverstein, Giarruso y Bengtson, 1998).

El género también puede predecir diferencias en la forma de vivir la abuelidad, y estas diferencias se pueden manifestar en tres niveles (Spitze y Ward, 1998): en las diferencias entre abuelos y abuelas; en las diferencias entre nietos y nietas; y en las diferencias entre abuelos maternos y paternos. Roberto y Stroes (1992) establecen incluso estilos específicos de «ejercer de abuela», diferenciando entre: a) abuelas indulgentes y que procuran mimos; b) abuelas que se preocupan por la formación de los nietos y las normas morales que han de observar en su educación; c) abuelas cuyos intereses son principalmente de tipo individual y que encuentran en sus nietos una forma de distracción y de superar su aislamiento y soledad; d) abuelas distantes que muestran poco interés en la relación con sus nietos. A los abuelos varones se les ha considerado los «hombres olvidados de la familia», ya que se presume que la naturaleza expresiva y maternal de la abuelidad pone al abuelo en un rol periférico que ofrece poco interés o tiene poca importancia (Baranowski, 1990). Algunas investigaciones citan que los abuelos varones se centran más en aspectos no familiares (escuela, trabajo, dinero) en sus relaciones con sus nietos mientras que las abuelas se centran más en aspectos emocionales e interpersonales. Las abuelas proporcionan más apoyo emocional a sus hijos (los padres de sus nietos) y más consejos e incluso modelado en las pautas de crianza, mientras que los abuelos proporcionan más asistencia financiera.

Hay más posibilidad de que las abuelas ejerzan una gran influencia sobre sus nietos porque es más fácil que convivan juntos o actúen como «padres sustitutos» (o más bien «madres sustitutas», esto es, encargándose de llevar y recoger del colegio, dar la comida y merienda, hacer los deberes e incluso hablar con los profesores).

Como ya hemos visto en un epígrafe anterior, los padres ancianos tienen más contacto con sus hijas que con sus hijos adultos —tanto contacto telefónico como visitas en persona—, lo cual implica que existen más posibilidades de ver con mayor frecuencia a los hijos de sus hijas que a los de sus hijos. Hayslip, Shore, y Henderson (2000) analizaron las variaciones en la percepción de influencia de los abuelos en las vidas de los nietos. Los 181 sujetos de la investigación (14-24 años) completaron una batería de escalas averiguando las cinco dimensiones de abuelidad. Los resultados mostraron que a las abuelas se las percibía ostentando un rol más parental, mas directamente implicadas en el cuidado de los nietos, con una influencia directa y positiva mayor, y con una interacción más frecuente con los nietos que los abuelos varones.

#### **4.3. El papel mediador de la generación intermedia en la relación abuelos-nietos**

La abuelidad está inmersa en un sistema social de generaciones que se entrecruzan, generaciones que son interdependientes. Desde el punto de vista del modelo ecológico debemos tener en cuenta también la relación abuelos-padres y la relación padres-hijos así como otras variables como el curso vital individual de cada uno de los miembros del sistema familiar, las relaciones entre ellos, el funcionamiento familiar, la historia familiar, etc. Por tanto, para entender la relación abuelos-nietos, debemos investigar su contingencia con otras relaciones importantes, particularmente las relaciones abuelos-padres y padres-hijos. La generación intermedia (los padres) puede determinar las relaciones entre abuelos y nietos facilitando o entorpeciendo las interacciones entre ellos, la frecuencia de contactos e incluso el tipo de actividades realizadas. Dentro de una familia, los nietos están más vinculados a aquellos abuelos que están físicamente accesibles, cercanos o vinculados a la generación intermedia, que forman parte de las redes familiares de intercambio y que tienen intereses similares. El vínculo abuelos-padres tiene efectos positivos y negativos en el contacto (tipo de contacto y frecuencia del mismo) y en la cercanía/intimidad entre abuelos y nietos. King y Elder (1995) citan la influencia tan directa de la calidad en la relación abuelos-padres en el tipo de rol que juegan los abuelos: ayuda instrumental, compañía, actividades realizadas juntos. Las relaciones abuelos-nietos son mejores también cuando los nietos mantienen estrechas relaciones con sus padres.

Aunque los abuelos mencionan que el afecto forma parte de lo que hace que este papel vital sea especialmente satisfactorio, estar libre de la responsa-

bilidad parental también tiene su precio: los abuelos no tienen sobre la relación el mismo control que tienen los padres. Los abuelos intentan vivir bajo la **norma de no interferencia**, es decir, no entrometerse en la manera de educar a los nietos que tienen los padres de éstos (sus hijos). Thomas (1990), por ejemplo, revisó el «doble vínculo» que se establece con los abuelos cuando la madre soltera o divorciada espera simultáneamente que los abuelos le proporcionen apoyo en el cuidado de los hijos pero sin ser demasiado intrusivos en sus decisiones sobre la crianza y la educación de los mismos. Los padres que están viviendo el proceso de un divorcio son especialmente sensibles a no necesitar los consejos paternos (de los abuelos, sus padres) a la vez que los abuelos sienten que expresar a su hijo interés sobre la crianza es muy apropiado en este momento.

En general, los resultados de los estudios relativos al rol de mediación que realiza la generación intermedia, indican que una alta calidad de la relación de los abuelos con sus nietos se asocia con una alta frecuencia de contacto entre abuelos y nietos y, posibilita, a su vez, fuertes lazos emocionales.

## 5. Relaciones con los amigos y vecinos

El papel que juegan los miembros de la familia y los criterios por los que son juzgados son diferentes de los de los amigos. La diferencia está relacionada con la distinta experiencia e intercambio de apoyo con los amigos y con la familia a lo largo del transcurso de la vida. El hecho de recibir apoyo de un amigo podría considerarse como un refuerzo para una relación de mutuo apoyo y, por consiguiente, sirve como evidencia de la buena salud, buena compañía y utilidad continua del individuo. Para aquellas personas mayores con menor número de relaciones familiares, las amistades constituyen un apoyo social y una fuente de satisfacción considerable. También, en aquellos casos en los que se cuenta con relaciones familiares satisfactorias, las relaciones con las amistades son fundamentales por tratarse de personas con las que se comparte no sólo la edad sino algo que es más importante: una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos, opiniones y valores similares. Además, las relaciones de amistad son un tipo de relación elegida, libre, voluntaria en contraposición a la relación familiar que no es elegida. Uno elige a sus amigos con los que quiere estar o conversar pero nadie elige a su familia: se tiene «la que le ha tocado». Estas relaciones se desarrollan en un contexto voluntario y menos normativo que las familiares y se caracterizan por la igualdad, elevados niveles de reciprocidad, homogeneidad (intereses y estilos de vida similares) y consenso. Esta similitud facilita una interacción que es mutuamente satisfactoria y que reafirma la identidad y estima en ambas partes. El apoyo en las relaciones de amistad es opcional, no obligatorio, y está basado en la reciprocidad y el afecto, características que contrastan con los sentimientos de obligación subyacentes en las relaciones familiares.

Los amigos son para la persona mayor tanto ayuda emocional —actúan como confidentes, consejeros, brindan empatía en momentos de necesidad— como apoyo instrumental —ayuda práctica en situaciones cotidianas y de emergencia, proporcionando además compañía—. Disponer de un amigo íntimo o confidente ayuda a las personas mayores a enfrentarse con efectividad a las situaciones de estrés. Las amistades son para las personas mayores una de las fuentes de satisfacción más significativas, y en ese sentido, tienen un gran impacto en los sentimientos de bienestar de la persona mayor.

Los mayores, como el resto de los grupos de edad, otorgan gran importancia a la amistad: más de nueve de cada diez considera que la amistad es «muy o bastante importante» en sus vidas. Pero aunque dos de cada tres declaran tener muchos o bastantes amigos, el tercio restante considera que tiene pocos, además de que cuatro de cada diez mayores considera que no ve a sus amigos lo suficiente o al menos «tanto como les gustaría» (IMSERSO, 2002).

Los vecinos también constituyen una fuente especial de apoyo y ayuda para la persona mayor, particularmente para aquellas que han vivido durante largos periodos de tiempo en el vecindario, esto es, casi la mitad de las personas mayores (Pinazo, 2005). Rara vez se ha estudiado a los vecinos como un elemento en las redes sociales de las personas mayores. El contacto con vecinos y amigos ayuda a las personas mayores con sentimientos de inutilidad y eliminan los sentimientos de soledad y preocupación. Según el estudio del IMSERSO (1995), cerca del 50 % de las personas mayores residen en el mismo lugar que les vio nacer y tres de cada cuatro emigrantes llegaron a su lugar actual de residencia hace más de veinticinco años. Además, dada su proximidad física, los vecinos pueden ser uno de los recursos más importantes de apoyo en situaciones de emergencia. El contacto con los vecinos parece ser más frecuente que con amigos o parientes: más de las tres cuartas partes de los mayores afirman tener contacto diario con ellos (IMSERSO, 2002).

## Cuestiones clave

1. Importancia de las relaciones sociales a lo largo de la vida.  
«Las relaciones sociales próximas tienen funciones protectoras contra la enfermedad; las relaciones sociales próximas pueden constituir un valioso recurso para completar o a veces sustituir la red asistencial pública; el apoyo social puede disminuir la necesidad o el tiempo de hospitalización; prevenir o posponer la necesidad de institucionalización; disminuir la necesidad de servicios sociales u oficiales; aumentar la adhesión a un régimen médico; y aumentar la probabilidad de que un individuo intente practicar y mantener conductas de salud preventiva».  
¿Estás de acuerdo con lo manifestado en el texto anterior?  
¿Es cierto que en todas las ocasiones «tener gente alrededor» predice el bienestar psicológico y emocional del individuo?
2. La vivencia de la soledad.  
Comenta en grupo el siguiente extracto de un texto aparecido en *El País*:  
En las grandes ciudades españolas mueren ancianos en soledad y envejecen en soledad, a veces, con escasos recursos económicos. Las personas mueren solas, porque están solas. Lo que nos tenemos que preguntar es por qué la gente está sola, pero no sólo los mayores, todos. Hay muchas personas adultas que están en esta situación y cuando llega la vejez tienen que afrontarla así. Hay más mujeres que hombres porque nosotras tenemos una esperanza mayor de vida. En las ciudades grandes es más duro envejecer; en las pequeñas se sabe enseguida, por ejemplo, si alguien no sale a la calle. En Madrid, en Barcelona, en Valencia, te pierdes. Por eso, lo que hay que hacer es indagar los casos particulares y saber por qué se ha llegado a esa situación en la que, por ejemplo, un anciano muere solo. En esos casos hay responsabilidad de las administraciones, que tendrían que haber estado pendientes. En las grandes ciudades se ha perdido la vida del barrio, y eso es malo para todos, también para los mayores. Vivir en una ciudad grande es más difícil para todos, y más para los ancianos, que tienen más barreras arquitectónicas que en una ciudad más pequeña. A muchos ahora les da miedo salir a la calle solos.
3. El papel cambiante de los abuelos.  
¿Vemos a los abuelos de diferente manera cuando somos niños, adolescentes o jóvenes adultos? ¿En qué nos pueden ayudar nuestros abuelos en las diferentes etapas evolutivas? ¿En qué podemos nosotros ayudar a nuestros abuelos a lo largo del tiempo? ¿Hasta dónde puede/debe llegar la ayuda que prestan los abuelos y las abuelas a las familias?

## Actividades prácticas

1. El apoyo social es un intercambio de recursos entre las personas que se puede dar en diferentes niveles (pareja, familia, amigos y vecinos) y cumplir distintas funciones: apoyo social, emocional o expresivo, apoyo social instrumental o material, apoyo social informacional. Diseña un cuestionario en donde aparezcan preguntas relativas a estos diferentes ámbitos y que sirva para evaluar



el apoyo social de un grupo de personas mayores y permita diseñar intervenciones para mejorar las áreas que aparezcan deficitarias (cantidad de relaciones, calidad de las relaciones, número de personas integrantes de la red de relaciones). Una vez obtenidos los datos, ¿qué implicaciones podría tener una modificación en el apoyo social?

2. En grupos de dos o tres personas, diseña un guión de entrevista para preguntar acerca de la vivencia del rol de abuelo. Posteriormente, cada miembro del grupo deberá entrevistar a dos abuelos de diferentes edades (cuanto más diferentes mejor). Comentad en grupo los resultados obtenidos y las diferencias asociadas a la edad de nieto/a y abuelo/a. ¿Qué conclusiones se pueden extraer?, ¿es la edad un importante indicador de la relación abuelo-nieto?

## Lecturas recomendadas

Pinazo, S. (2005): «El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores». En S. Pinazo y M. Sánchez (dirs.), *Gerontología: valoración, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación.

Interesante revisión de algunas de las definiciones del concepto de apoyo social, con sus dimensiones implicadas tanto las del nivel estructural como las del nivel funcional, examinando las orientaciones teóricas que tratan de explicar la relación entre apoyo social y salud o bienestar, y explorando el papel de las relaciones interpersonales como fuente de apoyo en las personas mayores. La familia es el nivel primero y más íntimo de las relaciones multigeneracionales; sin embargo, las familias están experimentando cambios demográficos, culturales y socioeconómicos que tienen consecuencias para las relaciones intrafamiliares, incluidos los cuidados que prodigan.

Pinazo, S., y Montoro, J. (2004): «La relación entre los abuelos/as y los nietos/as. Factores que predicen la calidad de la relación intergeneracional». *Revista Internacional de Sociología*, 38, pp. 7-28.

Esta investigación trata de identificar los factores que predicen la calidad en la relación intergeneracional abuelos-nietos desde la percepción que tienen los jóvenes (sobre una muestra de 361 jóvenes españoles entre 15 y 25 años). Los resultados del análisis multivariante indican que los aspectos que determinan la calidad de la relación son: a) la frecuencia del contacto entre abuelos y nietos; b) la relación cercana y frecuente entre abuelos y padres; c) las actividades de acompañamiento (conversar, pasear, mirar fotos y recuerdos familiares, visitar amigos y familiares, discutir y tomar decisiones, rezar) entre abuelos y nietos; y d) la percepción del abuelo como cuidador y como maestro, fuente de adquisición de conocimientos y destrezas.

Triadó, C., y Osuna, M. J. (2005): «Las relaciones abuelos-nietos». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*, pp. 259-290. Madrid: Pearson Educación.

En este capítulo se hace un repaso de las investigaciones realizadas acerca de esta relación familiar tan peculiar. Se tienen en cuenta las variables que intervienen en dicha relación tales como la edad, el sexo, la línea familiar, la frecuencia de contacto o las actividades conjuntas. Las diferentes investigaciones analizadas mues-

tran que los abuelos son muy importantes para sus nietos, que ejercen diversos roles y que, además, la relación es muy positiva para los abuelos también, como hemos podido ver a lo largo de este capítulo.

## Bibliografía

- Antonucci, T. C. (1985): «Personal characteristics, support and social behavior». En R. Binstock y E. Shanas (eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (2<sup>nd</sup> edition). Nueva York: Van Nostrand.
- y Akiyama, H. (1987): «Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model». *Journal of Gerontology*, 42, pp. 519-527.
- ; — y Takahashi, K. (2004): «Attachment and close relationships across the life span». *Attachment and Human Development*, 6, pp. 353-370.
- Baranowski, M. D. (1990): «The grandfather-grandchild relationships: Meaning and exchange». *Family Perspective*, 24, pp. 201-215.
- Bengtson, V. L., y Robertson, J. F. (1985): *Grandparenthood*. Beverly Hills: Sage.
- Benlloch, V.; Calatayud, G.; Llopis, D.; Pinazo, S., y Berjano, E. (1994): «Relaciones intergeneracionales abuela-nietos». IV Jornadas de Intervención Social del COP. Madrid.
- Berkman, L. (1984): «Assessing the physical health effects of social networks and social support». *Annual Review of Public Health*, 5, pp. 413-432.
- Burton, L. M., y Bengtson, V. L. (1985): «Black grandmothers. Issues of timing and continuity of roles». En V. L. Bengtson y J. F. Robertson, *Grandparenthood*, pp. 61-77. Beverly Hills: Sage.
- Cantor, M. H. (1979): «Neighbours and friends: An overlooked resource in the informal support system». *Research on Aging*, 1, pp. 434-463.
- Carstensen, L. (1992a): «Motivation for social contact across the life span: a theory of socio-emotional Selectivity». *Nebraska Symposium of Motivation*, 40, pp. 209-254.
- (1992b): «Social and emotional patterns in adulthood: support for socio-emotional selectivity theory». *Psychology and Aging*, 7, pp. 331-338.
- ; Isaacowitz, D. M., y Charles, S. T. (1999): «Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity». *American Psychologist*, 54, pp. 165-181.
- Cherlin, A., y Furstenberg, F. F. (1985): «Styles and strategies of grandparenting». En V. L. Bengtson y J. F. Robertson (eds.), *Grandparenthood*, pp. 97-116. Beverly Hills: Sage.
- Chow, K. L., y Chi, I. (2000): «Comparison between elderly chinese living alone and those living with others». *Journal of Gerontological Social Work*, 33, pp. 51-66.
- CIS/IMSERSO (1998): *La soledad en las personas mayores. Estudio 2279*. Madrid: IMSERSO
- Clingempeel, W. G.; Coylar, J. J.; Brand, E., y Hetherington, E. M. (1992): «Children's relationships with maternal grandparents: A longitudinal study of family structure and pubertal status effects». *Child Development*, 63, pp. 1404-1422.
- Dellman-Jenkins, M. (1987): «Teenagers' reported interaction with grandparents. Exploring the extent of alienation». *Lifestyles*, 8, pp. 35-36.
- Eisenberg, A. R. (1988): «Grandchildren's perspectives on relationships with grandparents: the influence of gender across generations». *Sex Roles*, 19, pp. 205-217.

- Farneti, A y Cadamuro, A. (2005): «La rappresentazione del legame nonni-nipoti nel suo evolversi nel tempo». *Età Evolutiva*, 80, pp. 74-81.
- Ferraro, K. F., y Farmer, M. M. (1995): «Social compensation in later life». En R. A. Dixon y L. Bäckman (eds.), *Compensating for Psychological deficits and declines: managing losses and promoting gains*, pp. 127-145. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Hagestad, G. O (1985): «Continuity and connectedness». En V. L. Bengtson y J. F. Robertson (eds.), *Grandparenthood*, pp. 31-48. Beverly Hills: Sage.
- Havighurst, R. J., Neugarten, B. L., y Tobin, S. S. (1968): «Disengagement and patterns of aging». En B. L. Neugarten (ed.), *Middle age and aging. A reader in social psychology*, pp. 161-172. Chicago: University of Chicago Press.
- Hayslip, B.; Shore, R. J., y Henderson, C. E. (2000): «Perceptions of grandparents influence in the lives of their grandchildren». En B. Hayslip y R. Goldberg-Glen (eds.), *Grandparents raising grandchildren: theoretical, empirical and clinical perspectives*, pp. 255-268. Nueva York: Springer.
- Hodgson, L. G. (1998): «Grandparents an older grandchildren». En M. E. Szinovacz (ed.), *Handbook on Grandparenthood*, pp. 171-183. Westport: Greenwood Press.
- Iglesias de Ussel, J. (1994): «Familia». En M. Juárez (dir.), *V Informe Sociológico sobre la situación social en España*, pp. 415-547. Madrid: Fundación FOESSA.
- (2001): *La soledad de las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2000): *Informe 2000: Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2002): *Informe 2002: Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2004a): *Informe 2004: Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2004b): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO (2005): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERSO/CIS (1995): *Las personas mayores en España. Perfiles. Reciprocidad familiar*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Jefferys, M., y Thane, P. (1989): «An ageing society and ageing people». En M. Jefferys (comp.), *Growing old in the twentieth century*, pp. 1-14. Londres: Routledge.
- Johnson, C. (1983): «A cultural analysis of the grandmother. *Research on Aging*, 5, pp. 547-567.
- Kahn, R., y Antonucci, T. C. (1980): *Convoys over the life course: Attachment, Roles and Social Support Life-Span Development and Behavior* (vol. 3). Orlando: Academic Press.
- Kennedy, G. E. (1990): «College students' expectations of grandparent and grandchild role behaviors». *Gerontologist*, 30, pp. 43-48.
- (1992a): «Quality in Grandparent/Grandchild Relationships». *International Journal of Aging and Human Development*, 35, pp. 83-98.
- (1992b): «Shared activities of grandparents and grandchildren». *Psychological Reports*, 70, pp. 211-227.
- King, V., y Elder, G. H. (1995): «American children view their grandparents: linked lives across three rural generations». *Journal of Marriage and the Family*, 57, pp. 165-178.

- Krause, N. (1990): «Perceived health problems, formal/informal support and life satisfaction among older adults». *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 42, pp. S193-S205.
- Levitt, M. J. (2000): «Social relations across the life span: in search of unified models». *International Journal of Aging and Human Development*, 51, pp. 71-84.
- Malla, R. (2004): «Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adultez y la tercera edad». En E. Arranz (coor.), *Familia y desarrollo psicológico*, pp. 124-145. Madrid: Pearson.
- Minkler, M. (1985): «Social support and health of the elderly». En S. Cohen y S. Syme (eds.), *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Montorio, I.; Yanguas, J., y Díaz-Veiga, P. (1999): «El cuidado del anciano en el ámbito familiar». En M. Izal e I. Montorio (eds.), *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*, pp. 141-158. Madrid: Síntesis.
- Morgan, L., y Kunkle, S. (1996): *Aging. The social context*. Londres: Pine Forge.
- Osuna, M. J. (2003): *Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos/as con sus nietos/as en la infancia*. Tesina de Máster. Universitat de Barcelona.
- Pérez, L. (2002): «Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer». En M. Sancho (ed.), *Las personas mayores en España. Informe 2002*, pp. 269-329. Madrid: IMSERSO.
- (2005): «Envejecimiento y género». En S. Pinazo y M. Sánchez, *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*, pp. 71-92. Madrid: Pearson.
- Pérez-Díaz, J. (2004): *La Feminización de la Vejez*, Madrid: IMSERSO.
- Pescosolido, B. A. (1991): «Illness careers and networks ties: A conceptual model of utilization and compliance». *Advances in Medical Sociology*, 2, pp. 161-184.
- Peters, G. R.; Hoyt, D. R.; Babchuk, N.; Kaiser, M., y Iijima, Y. (1987): «Primary-group support systems of the aged». *Research on Aging*, 9, pp. 392-416.
- Pinazo, S. (2005): «El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores». En S. Pinazo y M. Sánchez, *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*, pp. 219-256. Madrid: Pearson.
- y Montoro, J. (2004): «La relación entre los abuelos/as y los nietos/as. Factores que predicen la calidad de la relación intergeneracional». *Revista Internacional de Sociología*, 38, pp. 7-28.
- Plath, D. (1975): *Aging and Social Support*. Presentation to the Committee on Work and Personality in the Middle Years. Social Science Research Council. Citado en Peek, M. K., y Lin, N. «Age differences in the effects of network composition on psychological distress». *Social Science and Medicine*, 49, 1999, pp. 621-636.
- Rico, C. (2000): *La relación abuelos-nietos al final del milenio*. Tesis de Licenciatura. Universidad de Valencia.
- Roberto, K., y Stroes, J. (1992): «Grandchildren and grandparents: Roles, influences, and relationships». *International Journal of Aging and Human Development*, 34, pp. 227-239.
- Rosenmayr, L., y Köckeis, E. (1963): «Essai d'une theorie sociologique de la vieillesse et de la famille». *Revue Internationale des Sciences Sociales*, 3, pp. 423-448.
- Rowe, J., y Kahn, R. (1998): *Successful aging*. Nueva York: Random House.
- Schaie, K. W., y Willis, S. L. (2003): *Psicología de la edad adulta y la vejez*, 5ª ed., Madrid: Pearson Educación.
- Silverstein, M.; Giarruso, R., y Bengtson, V. L. (1998): «Intergenerational solidarity

- and the grandparent role». En M. E. Szinovacz (ed.), *Handbook on grandparenthood*, pp. 144-158. Westport: Greenwood Press.
- Silverstone, B., y Hyman, H. K. (1982): *You and your aging parent*. Nueva York: Pantheon Books.
- Smith, P. K. (ed.) (1991): *The Psychology of grandparenthood. An international perspective*. Londres: Routledge.
- Spitze, G., y Ward, R. A. (1998): «Gender variations. En M. E. Szinovacz (ed.), *Handbook on grandparenthood*, pp. 113-130. Westport: Greenwood Press.
- Stevenson, O. (1980): «A special relationship: Grandparents and Grandchildren». *New Age, Summer*, pp. 18-22.
- Thomas, J. L. (1986a): «Age and sex difference in perceptions of grandparenthood». *Journal of Gerontology*, 41, pp. 417-423.
- (1986b): «Gender differences in satisfaction with grandparenting». *Psychology and Aging*, 1, pp. 215-219.
- (1990): «The grandparent role: a double bind». *International Journal of Aging and Human Development*, 31, pp. 169-177.
- Triadó, C y Osuna, M. J. (2005): «Las relaciones abuelos-nietos». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*, pp. 259-290. Madrid: Pearson.
- y Villar, F. (2000): «El rol de abuelo: cómo perciben los abuelos las relaciones con sus nietos». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35, pp. 30-36.
- ; Martínez, G., y Villar, F. (2000): «El rol y la importancia de los abuelos para sus nietos adolescentes». *Anuario de Psicología*, 31, pp. 107-118.
- Tyszkowa, M. (1991): «The role of grandparents in the development of grandchildren as perceived by adolescents and young Adults in Poland». En P.K. Smith (ed.), *The psychology of grandparenthood: an international perspective*, pp. XXX. Londres: Routledge.
- Uhlenberg, P., y Hammill, B. G. (1998): «Frequency of grandparent contact with grandchild sets: Six factors that make a difference». *The Gerontologist*, 38, pp. 276-285.
- Utz, R. L.; Carr, D.; Nesse, R., y Wortman, C. B. (2002): «The effect of widowhood on older adults' social participation: an evaluation of activity, disengagement and continuity theories». *The Gerontologist*, 42, pp. 522-533.
- Van Rast, N.; Verschueren, K., y Marcoen, A. (1995): «The meaning of grandparents as viewed by adolescent grandchildren: an empirical study in Belgium». *International Journal Aging and Human Development*, 41, pp. 311-324.
- Villar, F. (2005): «El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología, actualización, innovación y propuestas*, pp. 147-184. Madrid: Pearson.
- Williams, A., y Nussbaum, J. F. (2001): *Intergenerational Communication Across the Life Span*. Londres: Lawrence Erlbaum.
- Wilson, K. B., y LeShane, M. R. (1982): «The legal rights of grandparents: a preliminary discussion». *The Gerontologist*, 22, pp. 67-71.
- Yeh, S. C., y Lo, S. K. (2004): «Living alone, social support and feeling lonely among the elderly». *Social Behavior and Personality*, 32, pp. 129-138.



# 10. Jubilación y tiempo libre

**Ana Belén Navarro, José Buz,  
Belén Bueno y Paula Mayoral**

La *jubilación* supone el abandono del periodo laboral y productivo por excelencia de la persona. Cuando hablamos de jubilación o de personas jubiladas nos referimos a una identidad social, asignada generalmente a personas de más de 65 años, que socialmente son «redefinidas» como personas mayores. Sin embargo, la jubilación no debe hacerse equivalente a la vejez puesto que no es algo exclusivo de personas de 65 años. Puede llegar a producirse en distintos momentos de la vida, bien sea de manera voluntaria o por determinadas circunstancias vitales (pérdida del empleo, dedicación al cuidado de la familia, por enfermedad, etc.), y a diferentes edades: cada vez más, muchas personas se jubilan a edades tempranas y en una situación personal en la que no pueden considerarse viejas, otras nunca se jubilan y algunas vuelven al trabajo después de jubilarse (Vega y Bueno, 1995).

La ocupación del tiempo libre durante la jubilación presenta en las actuales generaciones de mayores un perfil específico que demuestra que aún hay mucho trabajo por hacer. En numerosas ocasiones, la oportunidad que brinda el tiempo libre no es aprovechada en actividades de ocio que producirían en las personas mayores más beneficios a nivel personal y social. Si, como transmite el dicho, «somos lo que hacemos», nosotros nos preguntamos, ¿qué hacemos cuando nos jubilamos?, es decir, ¿qué somos como jubilados?

Además de tratar de responder a esta última cuestión, en este capítulo vamos a centrar nuestros argumentos en responder dos preguntas básicas:

- ¿Qué factores determinan una adaptación satisfactoria al proceso de jubilación?
- ¿Cómo planifican y se preparan las personas para su jubilación?

Resumiremos la evidencia respecto al proceso de la jubilación y a sus determinantes sociodemográficos, psicosociales y actitudinales, relacionándolo con un buen ajuste y planificación de la jubilación y de la ocupación del tiempo libre.

### 1. La jubilación

La jubilación es ante todo una transición del rol de trabajador a otro nuevo, el de jubilado y supone un cambio importante en el ciclo vital. Modifica nuestra estructura de roles, la organización de nuestra vida cotidiana, nuestros hábitos, e incide de modo importante en nuestro sentido de eficacia y competencia personal (Galvanovskis y Villar, 2000).

Pero la jubilación no es un hecho universal ni transcultural. No es característico de todas las poblaciones, únicamente lo es de los países más avanzados. Tal como apuntaba Úrsula Lehr a comienzos de los años ochenta (Lehr, 1980), cuando la familia era un núcleo clave de producción a la persona mayor no se la apartaba del trabajo, sino que adoptaba nuevas tareas y roles, permaneciendo activa, útil y representando un valor importante dentro de la familia.

#### 1.1. El proceso de jubilación y sus determinantes

Como decíamos, la transición de trabajador a jubilado es uno de los grandes cambios que tienen lugar al final de la madurez. Aunque, en general, la jubilación supone laboralmente un cambio brusco de la actividad a la inactividad, ésta suele vivirse como un proceso y por lo tanto, es cambiante y variable. Del mismo modo, su vivencia es diferencial y las formas de acceso cada vez más diversas (desde el paro, como consecuencia de enfermedad o discapacidad, etc.). Dada su enorme complejidad y variedad de significados, el proceso de jubilación presenta diversas formas positivas y/o negativas en cada persona y en cada situación. Además, se inscribe en un contexto en el que, a pesar de que la vida se alarga, se está acortando la vida activa de las personas, puesto que, por un lado, se ingresa más tarde en el mercado laboral y, por otro, la edad de jubilación se adelanta.

Puesto que la mayor parte de los autores considera la jubilación como un proceso continuo, se ha tratado de describir mediante una serie de etapas. Es ampliamente conocido el planteamiento clásico de Atchley (1976) sugiriendo que el ajuste al proceso de jubilación varía a lo largo del tiempo. Según él, en un principio la persona se plantea expectativas sobre cómo será su jubilación y hace planes más o menos alcanzables (*fase de prejubilación*); después se intenta hacer todo lo que se deseó y no se pudo cuando se estaba trabajando o se intenta descansar, reduciendo cualquier tipo de actividad (*fase de luna de miel*). Algunas personas que no son capaces de encontrar actividades satis-



factorias pasarían por una *fase de desencanto* porque sus expectativas no se han cumplido. Posteriormente, se empiezan a construir percepciones más realistas respecto a la jubilación (*fase de reorientación*) hasta que se logra un ajuste entre las percepciones y la realidad (*fase de estabilización*). Así, se llega a la *fase final* del proceso de jubilación.

En cualquier caso, a pesar de ser este modelo ampliamente conocido y aceptado, no podemos evitar ser críticos con él: el germen de su formulación se circunscribe a un modelo de sociedad muy distinta a la nuestra, la norteamericana; se planteó en un momento histórico (los años 70) muy lejano desde el punto de vista laboral y económico; ha permanecido estático en un mundo muy dinámico, donde se han producido evidentes cambios sociales y laborales y donde están surgiendo nuevos patrones vitales de actividad-no actividad. Hoy se acepta que no todas las personas pasan por las mismas etapas y ni siquiera en el mismo orden, sin especificar a qué se deben esas diferencias. Por último, se trata de un modelo tan amplio y general que resulta difícil poder refutar algunos de sus supuestos.

Por otra parte, y puesto que con la jubilación se suele perder el rol productivo con el que se contribuye a la sociedad, es comprensible que este proceso pueda resultar estresante. Es fácil que conlleve alteraciones de la propia identidad, de la capacidad adquisitiva, de las relaciones con los otros, de las habilidades o capacidades, etc. Sin embargo, no todas las personas cuando dejan de trabajar se ven afectadas por una crisis, ni ésta se expresa en los mismos términos. ¿Por qué, entonces, unas personas adoptan un enfoque negativo y otras, positivo? Son muchos los factores y determinantes que van a condicionar este importante cambio en el ciclo vital (Reitzes y Mutran, 2004). El trabajo anterior, el nivel de ingresos, la situación de salud o enfermedad y otros factores psicológicos, físicos o sociales, inciden en la vivencia de la jubilación. A continuación presentamos estos factores agrupados en condicionantes sociodemográficos, psicosociales y actitudinales.

### 1.1.1. Determinantes sociodemográficos

La edad, el género, el nivel de ingresos y la categoría laboral, el nivel educativo y el estado civil son variables importantes que marcan diferencias en la adaptación al proceso de jubilación.

La cuestión de la *edad* marca nuestras vivencias a lo largo de la vida. Tenemos unas u otras representaciones sociales, unas ideas preestablecidas de lo que se espera de cada edad, tomando especial relevancia en los últimos años. Así, por ejemplo, la edad a la que se abandona la actividad laboral es un factor importante capaz de dar a la jubilación sentidos diferentes.

Actualmente, en nuestra sociedad, llegada una cierta edad, generalmente en torno a los 65 años, se obliga a las personas a pasar al estado de jubilación, aunque cada vez es más frecuente que se adelante o atrase este momento.

La edad cronológica, por sí misma, no es un criterio válido para identificar las aptitudes, capacidades, habilidades o necesidades de las personas. Sin duda, otros criterios, como el tipo de actividad desarrollada, la eficacia, la creatividad, la trayectoria laboral, las condiciones de trabajo, la personalidad, el estado civil, el estado de salud o los acontecimientos estresantes que se han vivido pueden arrojar luz sobre el momento más idóneo para jubilarse. Es verdad que las personas mayores presentan rasgos comunes en función de la edad, pero no por ello podemos considerarlas un grupo homogéneo. Aun teniendo edades similares y perteneciendo a la misma generación, es probable que hayan vivido experiencias y condiciones de vida que las hagan diferentes. Por eso resulta ampliamente aceptado que es contraproducente una misma edad de jubilación para todos.

En nuestro país existe un debate inacabado sobre la edad de jubilación más adecuada. Personas mayores de estatus alto, con profesiones prestigiosas y condiciones laborales óptimas, rechazan la edad actual de jubilación y defienden poder retrasar la entrada en la misma. Por el contrario, las personas de estatus medio-bajo, generalmente con malas condiciones laborales, defienden anticipar la edad de jubilación. El punto en común entre los dos grupos es la opinión de que la jubilación debería ser flexible, elegida y no forzada.

Aunque ser hombre o mujer puede influir sobre el proceso de jubilación, la variable *género* ha recibido poca atención. La mayor parte de los estudios se ha centrado exclusivamente en la población masculina.

Recientemente se ha empezado a destacar esta variable como factor importante puesto que el proceso de jubilación puede ser una experiencia diferente para ambos géneros. Las diferencias en la historia laboral, en el estatus adquirido, en las experiencias generales de la vida, etc., pueden afectar a sus decisiones, planificación y ajuste a la jubilación. Además, para las mujeres mayores la jubilación no implica un cambio tan brusco como para los hombres. Para ellas no supone un cese en la actividad productiva, sino un cambio del tipo de actividades (por ejemplo, desempeño en exclusiva de tareas domésticas).

En este sentido, diversas investigaciones han sugerido que la menor satisfacción de la mujer mayor tras la jubilación se debe a su peor salud y a un menor nivel de ingresos económicos (Kim y Moen, 2002). Además, su escasa participación en la preparación para la jubilación está relacionada con los roles tradicionales de la mujer dentro de la sociedad de inferioridad, dependencia y pasividad. Junto a esto hay que indicar que la discontinuidad en sus trabajos a causa de las responsabilidades en casa, las hace estar en desventaja para obtener una pensión (Madrid y Garcés, 2000).

Otra variable importante que afecta a la adaptación en el proceso de jubilación es el *estado civil*. La situación que proporciona estar casado constituye un apoyo muy importante en la transición a la jubilación y en la jubilación misma. La mayoría de las personas casadas se ajusta mejor a este proceso y muestra mayor satisfacción posterior.

El *nivel educativo* también se ha considerado una variable importante en el ajuste a la jubilación. Por lo general, cuanto más alto es el nivel educativo, mejor suele ser la adaptación a la jubilación, ya que suele planificarse antes el paso a esta nueva situación.

Los *ingresos económicos* son un determinante fundamental de la mejor o peor adaptación a este acontecimiento vital. También son un cambio, generalmente negativo, dada su reducción tras la jubilación. Ingresos inadecuados y problemas financieros están asociados con insatisfacción y mal ajuste. Por el contrario, disponer de recursos económicos adecuados, junto con apoyo social importante, buen estado de salud, etc., predisponen a afrontar este proceso vital de modo satisfactorio. Además, las percepciones de las personas que se van a jubilar sobre su posición económica, una vez jubiladas, y las preocupaciones respecto a su futuro nivel de vida, son claves en el ajuste y en la decisión de jubilarse.

Una variable a destacar, muy unida al nivel de ingresos, es la *categoría y los factores laborales* de la persona jubilada. La pérdida del rol de trabajador es más problemática para aquellos jubilados que estaban en puestos de poco prestigio que para los que ocupaban puestos de reconocimiento personal y profesional. Estos últimos una vez jubilados mantienen mayor contacto con grupos profesionales, se implican más en trabajos a tiempo parcial, etc., lo que hace aumentar sus niveles de satisfacción vital.

Además, los factores laborales, como el estrés o la falta de promoción, influyen en la decisión de jubilarse. Si los trabajos tienen características no muy agradables, los trabajadores suelen estar más dispuestos a tomar la decisión de jubilarse.

### 1.1.2. Determinantes psicosociales

El *estado de salud* es un factor importante en la vivencia de la jubilación porque puede, por un lado, adelantar o retrasar el retiro laboral y, por otro, favorecer o limitar la realización de actividades y la cantidad de contactos sociales (Iglesias, 2001). Es decir, la salud puede ser una causa de la jubilación o un resultado de la misma.

En cuanto a la salud como causa de la jubilación, diferentes estudios han encontrado que el hecho de jubilarse por motivos de salud no predice la aparición de estrés en la jubilación.

Respecto a las consecuencias que para la salud tiene el hecho de jubilarse, es verdad que existen casos en los que el proceso de jubilación desencadena importantes secuelas sobre la salud, pero no constituyen un porcentaje mayoritario. Para muchas personas, el cese en la actividad laboral favorece una mejora en el estado de salud, sobre todo en trabajos que exigían gran desgaste físico. Para ellos, la jubilación suele suponer una liberación de las actividades profesionales y un incremento en su calidad de vida.

Aunque el carácter de una persona o su personalidad son claves en la adaptación a la jubilación, no han sido muy estudiados en relación con dicho proceso. En este sentido, las características más investigadas han sido el neuroticismo, la extraversión, la autoeficacia y el autocontrol.

Se ha propuesto que las personas que puntúan alto en *neuroticismo* tienden a experimentar más emociones negativas y comportamientos no ajustados en las situaciones de la vida diaria, incluyendo la jubilación, y que las personas muy *extravertidas* permanecen activas y comprometidas socialmente tras su jubilación.

En este sentido, algunos estudios empíricos (citados en Agulló-Tomás, 2001), tratando de examinar la personalidad de las personas jubiladas, han identificado cinco «perfiles de personalidad del jubilado» que se aplican mejor a los hombres: el *maduro*, persona bien integrada que disfruta haga lo que haga; *el pasivo*, aquel que es feliz porque por fin puede descansar; *el defensivo-activo*, persona que trata de evitar la ansiedad de la inactividad, comprometiéndose con todo tipo de actividades; *el colérico*, aquel que no se adapta a la jubilación y hace responsables a los demás; y el *autoagresivo*, persona que se culpabiliza de sus fracasos y frustraciones.

Con relación a otras variables de la personalidad, *la autoeficacia* y el *locus de control* pueden servir como fuertes indicadores de la planificación y ajuste a la jubilación. Personas con niveles altos de autoeficacia creen en sus conocimientos y en sus habilidades para manejar efectivamente el proceso de jubilación. Son más activos planificando cuál sería el mejor modo de adaptarse a este nuevo cambio. Esta relación es bidireccional, es decir, no sólo la autoeficacia lleva a la persona a planificar su jubilación, sino que también el hecho de planificar puede incrementar la confianza para afrontar esta nueva situación.

El locus de control, concretamente el locus de control interno (creencia de la propia persona en su capacidad para controlar los sucesos vitales), lleva a expectativas más positivas respecto a la jubilación, basadas en la capacidad para controlar las consecuencias asociadas. Este tipo de control se ha asociado con altos niveles de autoestima y menor estrés ante los cambios, mayor satisfacción vital y mejor funcionamiento psicológico (Ross y Dentrea, 1998).

Una de las variables sociales que más influye en la jubilación y que más ha sido estudiada es el *apoyo social*. En general, la presencia de apoyo social percibido por parte de las personas relevantes (familia, amigos, compañeros, etc.), conlleva una adaptación más exitosa a la jubilación. Como ya sabemos, la persona jubilada suele pasar por una fase de reorientación donde tiene que construir un nuevo sentido de identidad; para ello, contar con apoyo de compañeros, familiares y amigos es fundamental, puesto que facilita este proceso.

### 1.1.3. Actitudes hacia la jubilación

Otra variable fundamental que permite que la jubilación se viva de un modo positivo son las actitudes de la persona respecto al hecho de jubilarse.

La actitud con que la persona hace frente a la salida del mercado laboral predispone a su mejor o peor adaptación a la jubilación. La persona que se jubila puede aceptar su situación sin más, puede intentar cambiarla, puede renunciar a sus intereses, puede aislarse de sus relaciones sociales, etc. Todos estos comportamientos provocan que la adaptación a la jubilación sea más o menos problemática. Así, por ejemplo, actitudes muy negativas influyen sobre la satisfacción general en este proceso. Sin embargo, actitudes positivas promueven el aprovechamiento de las ventajas de una etapa libre de obligaciones laborales.

Aunque las actitudes hacia la jubilación son muy diversas, Agulló-Tomás (2001) a partir de un análisis discursivo sobre la jubilación obtenido de personas mayores las reduce a cinco: rechazo, aceptación, liberación, oportunidad y ambivalencia.

La *actitud de rechazo* hacia la jubilación hace que se niegue ésta, quizás por haber desarrollado o sobrevalorado su faceta laboral. La vida como persona jubilada se percibe vacía de sentido, sin la posibilidad de mantener el estatus y/o el nivel de vida previo. La jubilación se puede rechazar por diferentes motivos, entre ellos, haber tenido que jubilarse prematuramente, considerarla un distanciamiento brusco de la carrera laboral a la que se ha dedicado toda la vida, por la pasividad que implica y/o por asociar jubilación con envejecimiento.

En nuestro contexto sociocultural, Sáez-Narro, Aleixandre y Martínez-Arias (1996) encontraron que personas mayores con niveles educativos altos, muy vinculadas sentimentalmente a su actividad profesional y que se hallaban satisfechas en su desempeño, mostraban un mayor rechazo al hecho de jubilarse.

Cuando la persona jubilada *acepta* la jubilación, está tomando una actitud conformista y resignada. Acepta la jubilación como algo inevitable, como una etapa más a la que debe enfrentarse. Este tipo de actitud es característico de personas de estatus medio y bajo.

La persona mayor puede considerar la jubilación *como una liberación* y pensar que es un premio al trabajo realizado. Pero este tipo de actitud tiene el riesgo de provocar aburrimiento y apatía por la falta de expectativas, proyectos y actividades con las que llenar el tiempo que antes se dedicaba al trabajo.

Percibir la jubilación *como una oportunidad* significa que la persona desea jubilarse. Con la jubilación viene la posibilidad de poner en marcha proyectos y actividades que hasta entonces no se han podido realizar por estar trabajando: voluntariado, ocio, relaciones sociales, viajar, etc. Es la jubilación vista en su sentido más positivo porque permite iniciar nuevas actividades, en muchos casos más enriquecedoras que el trabajo que se ha abandonado.

Por último, la persona puede tomar una *actitud ambivalente* respecto a la jubilación, es decir, mantener conjuntamente varias de las actitudes anteriores.

De cualquier modo, la valoración de los discursos personales hacia la jubilación es compleja, dado que en una misma persona se han encontrado discursos en diferentes sentidos dependiendo de distintos aspectos.

### 1.2. Planificación de la jubilación

Tal como se ha planteado previamente, la jubilación es un acontecimiento relevante en la vida personal. Una jubilación positiva es el resultado de un proceso continuo de identificación de deseos, necesidades, desarrollo de planes para llevarlos a cabo, etc. Este proceso es la esencia de una correcta planificación de la jubilación (Vega y Bueno, 1996).

La jubilación conlleva una gran decisión en la que conviene reflexionar. Generalmente, la pregunta que se hace la persona que se va a jubilar es: «¿qué voy a hacer ahora?». No sólo hay que planificar el tipo de actividades que se quieren desarrollar, sino también los aspectos económicos, físicos, cognitivos y emocionales.

#### 1.2.1. Programas de preparación para la jubilación

Planificar la jubilación es una necesidad personal muy importante que va a depender de los recursos y estrategias que la persona aprenda a poner en marcha.

Muchas personas saben que prepararse para la jubilación es una actividad importante, pero no saben cómo empezar, no están lo suficientemente motivadas o no conocen las ventajas de una correcta planificación.

Tal como Ash defendía en los años 60, el grado de orientación y planificación anticipada del futuro por parte de la persona influye en la actitud positiva hacia la jubilación. Esto condujo a la creación de los denominados cursos de preparación para la jubilación (PPJ).

Históricamente, la preparación para la jubilación nació en el seno de la industria estadounidense en 1947 con el objetivo de ayudar a las personas con una cierta edad a abandonar su papel productivo y adaptarse a una nueva forma de vida. Las primeras experiencias obtenidas con estos programas en Gran Bretaña, Suiza, Francia, etc., demostraron que el ajuste y la satisfacción con el proceso de jubilación eran mayores entre las personas «preparadas». Entre los jubilados «no preparados» fueron apareciendo más dificultades de adaptación y mayor insatisfacción con la vida tras el cese de la actividad laboral. Pero a pesar de estos resultados, las cifras de personas que en Europa reciben esta preparación siguen siendo muy bajas.

La preparación para la jubilación no ha de iniciarse unos meses antes de ésta, sino en los últimos años de la vida laboral, de una manera continuada. Actualmente, los cursos son esporádicos y breves cuando faltan aún cuatro o cinco años para alcanzar la edad de la jubilación y, más concretos, extensos y prácticos cuando el cese del trabajo es cuestión de meses o de pocas semanas. Están dirigidos a prevenir los efectos negativos y facilitar el paso de la persona desde el rol de trabajador al de jubilado, manteniendo su identidad personal, su autoestima y adecuando su proyecto de vida a la nueva situación.

Los cursos de preparación para la jubilación deben adaptarse teniendo en cuenta las características (profesión, nivel cultural, estado de salud, etc.) de los trabajadores a los que van dirigidos. Deben favorecer que los participantes se acerquen a esta nueva situación con mayores opciones para anticipar e identificar estilos de vida, para aprender a hacer frente a los cambios de salud, de relaciones sociales e intereses, para redirigir sus objetivos y metas, y para preparar los recursos y sistemas de apoyo.

Todo esto ha provocado que las grandes empresas, las administraciones públicas, los servicios sociales, las universidades, etc., se sientan cada vez más responsables de esta preparación. Por eso se llevan a cabo acciones dirigidas a eliminar visiones negativas sobre la vejez y a crear las condiciones para que la persona jubilada pueda participar en actividades accesibles a su situación, proporcionando información sobre las características de esta etapa y sobre cómo solucionar los posibles problemas.

En este sentido, podemos destacar, por ejemplo, el programa «Pensando en el futuro. Curso de preparación para la jubilación», desarrollado en la Universidad de Salamanca, que incluye contenidos sobre el concepto de envejecimiento, el cambio de actitudes, los hábitos saludables de vida, las adaptaciones familiares y sociales, la utilización significativa y el aprovechamiento del tiempo libre, los cambios en la economía personal y en la propia vivienda, así como los aspectos legales que hay que abordar en la vejez (Vega y Bueno, 1996; Vega, Bueno y Buz, 2003). La dinámica de este tipo de programas se basa en la experiencia personal. Al desarrollar cada uno de los temas, se pretende que la persona mayor cree sus propios conceptos e ideas, desarrolle sus propias motivaciones y actuaciones, manifieste sus ideas y sus posturas, clarifique sus valores y mejore sus relaciones sociales (véase el cuadro correspondiente).

En la Universidad de Barcelona, Moragas (1998) propone los contenidos de un curso de preparación para la jubilación con temas muy similares tratando de abarcar la globalidad de esta nueva etapa. Incluye temas como la salud física y psíquica, finanzas y pensiones, aspectos legales, relaciones conyugales y sociales, vivienda, tiempo libre, ocio y actividades.

No obstante, el desarrollo de la preparación para la jubilación en España ha sido muy limitado. En general no se le ha dado importancia, y cuando se han completado las reestructuraciones de plantilla en las grandes empresas, sólo han quedado iniciativas muy concretas y esporádicas, sin que exista un plan general y consensuado de actuación en este sentido.

En los programas de preparación para la jubilación, cada tema suele ser tratado por un especialista en la materia: psicólogo, médico, economista, abogado, etc., siendo la reflexión personal una de las actividades clave. Aunque la jubilación es un logro generalizado, cada persona jubilada constituye un caso particular. Por esta razón, los cursos deben dar la posibilidad de expresar los propios problemas y reflexionar sobre situaciones concretas.

Añadir más vida activa, plena y con salud, a los años de jubilación es, en definitiva, el objetivo final de todo programa dirigido hacia quienes entran en esta etapa de su vida.

### METODOLOGÍA DE UN CURSO DE PREPARACIÓN PARA LA JUBILACIÓN (VEGA Y BUENO, 1996)

Los contenidos del curso se estructuran en una serie de tareas que siguen una secuencia lógica:

#### **Lectura previa**

Se proporciona información básica del tema, lo que facilita su comprensión. Debe leerse antes de la sesión.

#### **¿Qué piensa usted?**

Incluye una serie de preguntas cortas sobre la lectura previa con el fin de estimular a pensar.

#### **Comenzando a planificar**

Se centra en las posibles dificultades sobre los temas tratados para animar a explorar alternativas personales y aspectos problemáticos antes de que aparezcan.

#### **¿Qué ha aprendido?**

Recoge preguntas tipo test sobre los conocimientos adquiridos de los temas.

#### **¿Qué haría usted?**

Incluye análisis de casos diseñados para ayudar a identificar situaciones habituales.

#### **Paso a la acción**

Ayuda a conocer dónde se está en ese momento, dónde se quiere llegar en el futuro y qué se necesita para conseguirlo.

#### **Para su seguimiento**

Recoge referencias de documentación e información actual sobre publicaciones y organizaciones.

#### **Plan maestro de acción**

Es una herramienta para llevar a la vida cotidiana las decisiones tomadas en el curso.



### 1.3. Jubilación tardía

Como venimos diciendo a lo largo del capítulo, la jubilación es tanto un estado al que se llega y que obliga a asumir un nuevo rol, como un proceso que comienza durante la misma vida laboral y que debería planificarse con tiempo para organizar muchos años de nuestra vida. La legislación vigente permite diversos tipos de jubilación que, según colectivos profesionales, van desde la jubilación forzosa por la edad hasta la casi utópica, por infrecuente, «cesación progresiva de actividades» y «jubilación flexible» (véase cuadro sobre «Tipos de jubilación»).

#### TIPOS DE JUBILACIÓN EN ESPAÑA EN 2005

##### *Régimen de la Administración pública*

- **Jubilación forzosa por edad:** Salvo excepciones, la jubilación forzosa de los funcionarios públicos se declara de oficio al cumplir 65 años de edad.
- **Jubilación por incapacidad permanente para el servicio:** Por «lesión o proceso patológico, somático o psíquico que esté estabilizado y sea irreversible o de remota o incierta reversibilidad, que le imposibilite totalmente para el desempeño laboral».
- **Jubilación voluntaria:** El funcionario debe haber cumplido 60 años de edad y acreditar 30 años de servicios efectivos al Estado.
- **Jubilación LOGSE:** Los funcionarios de los cuerpos docentes tienen la opción de acogerse a un régimen de jubilación voluntaria singular durante el periodo entre 1991 y 2006, ambos inclusive, siempre que reúnan una serie de requisitos.
- **Prórroga en el servicio activo:** La declaración de jubilación forzosa por edad, a los 65 años, no se producirá hasta el momento en que los funcionarios cesen en el servicio activo, en aquellos supuestos en que voluntariamente prolonguen su permanencia en el mismo hasta como máximo los 70 años de edad.
- **Cesación progresiva de actividades:** Los funcionarios a quienes falten menos de cinco años para alcanzar la edad de jubilación forzosa podrán obtener la reducción de su jornada de trabajo con la consiguiente reducción de sus retribuciones.

##### *Régimen de la Seguridad Social*

- **Jubilación total:** Cuando cumpliendo los requisitos generales para el acceso a la pensión de jubilación, el trabajador cese totalmente en su actividad laboral.
- **Jubilación parcial:** Posibilita la compatibilidad entre recibir una jubilación del Sistema de la Seguridad Social y un puesto de trabajo a tiempo parcial.
- **Jubilación anticipada:** Trabajadores por cuenta ajena con 60 años de edad, mutualistas en alguna Mutualidad Laboral de trabajadores por cuenta ajena; trabajadores con 61 años de edad inscritos como demandantes de empleo que acrediten un periodo mínimo de cotización efectiva de 30 años; trabajadores por cuenta ajena que realicen una actividad retribuida y durante ésta acrediten un grado de minusvalía igual o superior al 65 %.
- **Jubilación flexible:** Es la derivada de la posibilidad de compatibilizar la pensión de jubilación con un trabajo a tiempo parcial.

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda, Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas, septiembre de 2005 (<http://www.igae.meh.es>) y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (<http://www.mtas.es/Guia2005/texto/guia.html>).

Frente a estas modalidades, que recogen a la inmensa mayoría de las personas que se jubilan, tenemos a otro sector de población que, o bien se retira del mundo laboral más allá de los 70 años, o bien no se jubila nunca. Este último grupo suele estar representado, en su mayoría, por personas que viven en entornos rurales con, básicamente, una economía de subsistencia. Son aquellos mayores para los que, como ellos mismos afirman, «el trabajo (animales, huerto, artesanía, etc.) es su vida».

Las recomendaciones de los órganos políticos de la Europa de los veinticinco miembros sobre crecimiento laboral y empleo (véase <http://europa.eu.int>) coinciden en recomendar la incentivación de los trabajadores mayores para que continúen formando parte de la fuerza de trabajo. Se trata, pues, de considerarlos como parte del capital humano de un país. En el caso de España, los datos del Eurostat de septiembre de 2005 muestran que la tasa de empleo<sup>1</sup> para las personas de entre 55 y 64 años (los llamados «trabajadores veteranos») es del 41,3 %. Más allá de esta edad, el número de personas de más de 65 años que continúa trabajando es pequeño: la Encuesta de Población Activa del segundo trimestre de 2005 realizada por el INE (INE, 2005) indica que apenas algo más de cien mil personas permanecen ocupadas. De ellos, unos 74.000 tienen entre 65-69 años, y algo más de 30.000 rebasan la edad de 70 años.

Aparte de la consideración del trabajo como un maldición divina por nuestros pecados, lo cierto es que mucha gente siente que el trabajo, además de imprescindible para subsistir, es un bien preciado para el desarrollo personal y social. Quizás por ello son muchas las personas que viven la jubilación como un acontecimiento estresante y no deseado. Las encuestas nacionales reflejan que el 24,5 % de los mayores piensa que los jubilados son ciudadanos de segunda categoría, casi el 40 % opina que los hombres llevan muy mal la jubilación y casi la mitad de las personas mayores cree que las personas con más de 65 años deberían poder seguir trabajando si así lo desean (IMSERSO, 2004). Sobre esta última cuestión, los porcentajes son más elevados cuanto mejor es el nivel educativo y de salud de los entrevistados.

Algunas de las claves para comprender por qué la vida laboral es un bien tan preciado pueden encontrarse en diversas investigaciones que han analizado la relación entre el trabajo y las variables de índole psicológica. Por ejemplo, existen estudios clínicos que han comprobado cómo la búsqueda y obtención de empleo es una herramienta eficaz para mejorar los niveles de depresión, autoestima y de satisfacción con la vida en mujeres mayores. A un nivel más global y con población adulta, se ha demostrado que la relación entre el trabajo y la familia tiene un importante efecto sobre la satisfacción con la vida y que el nivel de implicación que el trabajador asigna a los roles laborales y familiares se asocian con esta relación. Además, parece que aquellas personas de entre 58 y 64 años que tienen un fuerte sentido de su rol de traba-

<sup>1</sup> La tasa de empleo representa a las personas de entre 55-64 años como porcentaje de la población de esa misma edad.

jador muestran niveles más bajos de depresión cuando continúan trabajando que sus iguales que se han jubilado (Reitzes, Mutran y Fernández, 1997). Más allá de la edad de 65 años los estudios sobre los beneficios/desventajas psicológicas de continuar trabajando son casi inexistentes debido, principalmente, a la poca disponibilidad de muestras y al tipo de trabajos que realizan estas personas ya comentados anteriormente.

## 2. Tiempo libre y vejez

### 2.1. Aspectos psicológicos de la ocupación del tiempo libre

Tras la desvinculación del mundo laboral con la jubilación, la disponibilidad de tiempo libre representa uno de los bienes más preciados. La ocupación del tiempo libre y el tipo de actividades que se realizan son fuentes de bienestar y satisfacción.

Desde la perspectiva de la psicología evolutiva del ciclo vital, la jubilación se considera como una oportunidad para el desarrollo personal y/o social (Bueno, Vega y Buz, 1999) y para la implicación en diversos tipos de actividades. Algunos investigadores han demostrado que la participación social ayuda a los mayores en el proceso de transición desde la vida laboral a la jubilación y a su desarrollo personal e integración social (Moen, Fields, Quick y Hofmeister, 2000). Por ejemplo, la participación en organizaciones de voluntariado puede servir para que la persona reemplace satisfactoriamente el tiempo que empleaba trabajando.

En este punto queremos dejar clara la distinción entre los conceptos de tiempo libre y tiempo de ocio, frecuentemente usados como sinónimos cuando en realidad no lo son. Aunque el debate sobre sus significados y dimensiones no es nuevo y su exposición excedería los límites de este capítulo (recomendamos ver para una revisión a M. Argyle, 1996), queremos apuntar el elemento clave de consenso entre todos los autores: el tiempo de ocio es sólo una parte del tiempo libre. Pero debemos alertar al lector de que, siguiendo un pensamiento tan antiguo (y a la vez tan actual) como el de Aristóteles en su *Ética a Nicómaco*, el tiempo libre no implica la existencia de tiempo de ocio. Y sin ir tan allá como el filósofo, que afirmaba que el tiempo de ocio es sólo aquel que se usa de forma sabia, diremos que el ocio es cualquier actividad que realizamos en nuestro tiempo libre, por interés propio, para divertirnos, entretenernos y lograr un mayor desarrollo personal (Argyle, 1996). En fin, aquello que hacemos por el placer de hacerlo. Por el contrario, el tiempo libre comporta la realización de actividades que, si bien están fuera del ámbito de lo laboral, no están exentas de obligación (p. ej., llevar a los niños al cine, limpiar el coche, hacer compras, etc.).

Quizás ahora sea más fácil comprender el porqué de la insistencia de la gerontología en señalar que el tiempo de la jubilación no debe identificarse

únicamente como tiempo libre o tiempo de ocio, entendido éste como «tiempo para no hacer nada». La jubilación da la oportunidad a cada uno de desarrollar el arte de vivir el tiempo de acuerdo a nuestra personalidad, nuestras preferencias, sin ataduras; nos deja demostrar si somos sabios administradores del final del ciclo vital.

Sin embargo, hay que considerar la realidad; el hecho de disponer de tiempo libre no supone que se ocupe en actividades gratificantes o que permitan un desarrollo personal. De hecho, investigadores como Lennartsson y Silverstein (2001) han comprobado que un elevado porcentaje de las actividades de los mayores son sedentarias y se realizan en solitario. Además, los mayores que suelen iniciar alguna actividad nueva después de jubilarse son aún pocos (el 13,2 % según estimaciones del Observatorio de Mayores-IMSERO en el 2004).

Creemos que lo importante no es conocer si el hecho de mantenerse activo tiene efectos positivos sobre la persona mayor (asunto sobradamente demostrado), sino conocer qué efectos específicos a nivel físico y mental tiene la realización de distintos tipos de actividades. En este sentido, sabemos que las actividades de tipo físico (p. ej., pasear) y las productivas y sociales (p. ej., aprender un idioma o el voluntariado) reducen estados emocionales como la depresión, incrementan la felicidad, mejoran la longevidad y el nivel funcional; las actividades informales que se hacen con familiares y amigos son las que producen más satisfacción; las que se realizan en solitario (p. ej., ver la televisión) no mejoran la satisfacción con la vida; y algunas excesivamente formales y estructuradas tienen incluso efectos negativos (Fry, 1992). Digamos que, en términos globales, la realización de actividades de ocio y la satisfacción que éstas producen se asocia positivamente con el bienestar y las dimensiones que lo componen (como la felicidad o la satisfacción con la vida). Por ejemplo, en un estudio realizado por nosotros, en el que participaron 400 personas de entre 75 y 104 años de la ciudad de Salamanca (para una revisión de los resultados, véase Buz, Mayor, Bueno y Vega, 2004), observamos que las personas que realizaban más actividades de tipo intelectual (p. ej., leer o asistir a actos culturales) estaban más satisfechas con su vida y tenían mejor estado de ánimo.

### **2.2. La salud y el nivel de actividad tras la jubilación**

Del mismo modo que la salud es un determinante fundamental en la jubilación, también lo es para el desarrollo de las actividades en la vejez. De hecho, el impacto del estado de salud sobre la realización de actividades en la vejez es mayor que el impacto de la edad en sí misma, ya que se ha comprobado repetidamente que los mayores más sanos están mejor preparados para asumir diferentes roles e implicarse en más actividades y redes de interacción social.

Según datos del Instituto Nacional de Consumo del año 2000, los mayores consideran que es la salud, por encima incluso de la edad y la experiencia,

la característica que más distingue a los mayores de otros grupos de edad. Además, se ha verificado que ciertas actividades, como la física, tienen efectos beneficiosos para la salud, habiéndose observado, además, que dicha actividad no necesitaba ser de gran intensidad; actividades moderadas como andar, subir escaleras, pasear en bici o cuidar el jardín, tienen efectos muy positivos sobre el incremento de la energía vital y el mantenimiento del tono muscular (DiPietro, 2001).

Desde un punto de vista más teórico, algunos investigadores (p. ej., Kaplan y Strawbridge, 1994) han sugerido incluso que la propia definición de «envejecimiento saludable» debería reconsiderarse e insertarse en un contexto socioambiental que resalte los factores comportamentales (p. ej., la actividad física) y sociales (p. ej., la participación social) como determinantes de la longevidad y el funcionamiento diario. La evidencia científica ha demostrado que es posible modificar el impacto de la enfermedad sobre la capacidad funcional de los mayores interviniendo sobre este tipo de factores. Se ha comprobado, por ejemplo, que la participación continua de pacientes con enfermedades crónicas en un programa de actividad física mejoraba a largo plazo los niveles de ejecución en actividades de la vida cotidiana e incrementaba los sentimientos de felicidad (Stewardt, Hays, Wells, Rogers, Spritzer y Grenfield, 1994).

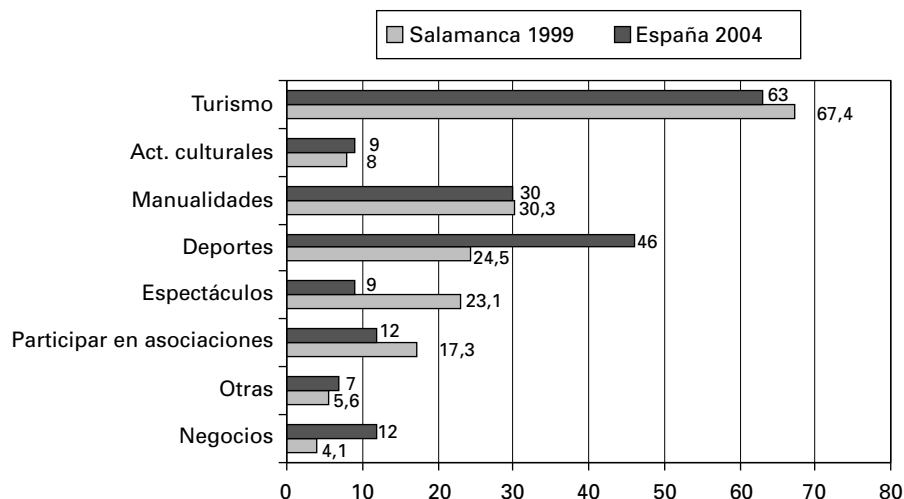
La actividad desarrollada durante la vejez también ha sido relacionada con la mortalidad y la supervivencia de los individuos. Lennartsson y Silverstein (2001) demostraron que las actividades de carácter solitario-activo se asociaban a la disminución del riesgo de muerte, mientras que Sabin (1993) comprobó que actividades como ir a la iglesia, el voluntariado o ir a ver a amigos se relacionaban con una menor mortalidad. Podría afirmarse que estos efectos positivos de distintos tipos de actividades sobre la salud son universales, ya que se han observado resultados muy similares en contextos culturales muy distintos.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que la buena salud no es siempre una garantía ni una condición necesaria para una adecuada y gratificante ocupación del tiempo libre. En muchas ocasiones, sólo algunas condiciones de salud tienen un efecto negativo sobre ciertos tipos de actividades. Además, las personas mayores son capaces de hacer ajustes en su funcionamiento diario que les permiten participar en actividades alternativas. En la mayoría de las ocasiones, el reto es motivar a los mayores, incluso a aquellos con buena salud, para que hagan un uso adecuado de su tiempo libre con distintas actividades de ocio.

### 2.3. En qué ocupan el tiempo libre nuestros mayores

El perfil de actividades que realizan las personas mayores en España ha sido estudiado con detalle por numerosos organismos, instituciones públicas y pri-

**Figura 10.1. Mayores que han iniciado alguna actividad nueva tras la jubilación (datos del Plan Gerontológico de la ciudad de Salamanca, 1999 y del Observatorio de Mayores-Imsero 2004)**



vadas así como por investigadores de distintas áreas científicas. A continuación vamos a mostrar brevemente algunos datos de investigaciones de ámbito local<sup>2</sup>, complementando los resultados con otros disponibles a nivel nacional.

Por ejemplo, les preguntamos si al jubilarse o al llegar a los 65 años habían iniciado alguna actividad nueva (cultural, artística, social, etc.) que no hubieran realizado antes; el 70,1 % de los mayores afirmó no haber iniciado ninguna actividad nueva. De aquellos que sí la habían iniciado (el 28,9 %), los porcentajes más altos correspondieron a hacer turismo (67,4 %), hacer manualidades (30,3 %), hacer deporte (24,5 %) y asistir a espectáculos (23,1 %). Estos datos son similares a los obtenidos por el CIS (1993), el INE (2004) o el IMSERSO (2004).

Cuando les preguntamos por las actividades que realizan a diario encontramos que ocupan su tiempo en: ver la televisión (88,7 %), ir al parque y pasear (76 %), oír la radio (70,4 %), hacer compras y recados (65,6 %) y leer (56,8 %). Actividades que hacen de una forma menos frecuente son: asistir a espectáculos, conferencias, clubes y sociedades recreativas, hacer deporte o alguna actividad de voluntariado. Destaca que el 65 % de las personas mayores no va nunca al cine ni asiste a espectáculos y el 72 % no acude nunca a una conferencia.

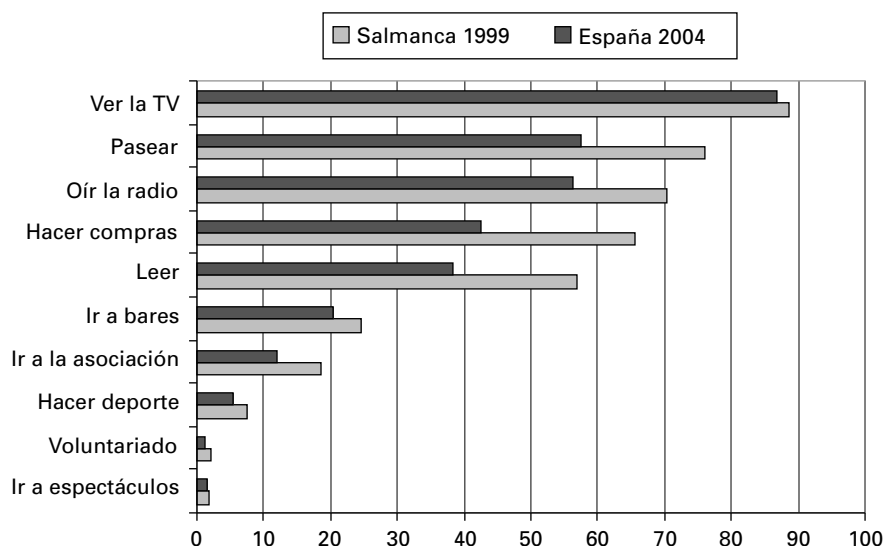
<sup>2</sup> Se trata del estudio de las personas muy mayores anteriormente citado, realizado en el año 2001, y del estudio llevado a cabo en 1999 con 501 personas mayores de 60 años, también de la ciudad de Salamanca, y que se usó para elaborar el Plan Gerontológico de esta ciudad.

En el caso de las personas muy mayores (más de 75 años), el patrón de actividad diaria es muy similar. Según los datos obtenidos en Salamanca en 1999, muy similares a los procedentes de muestras de esta edad a nivel nacional (IM-SERSO, 2004), las actividades que realizan con más frecuencia (a diario) son: ver la televisión (88,7 %), pasear (76 %), oír la radio (70,4 %), hacer las compras (65,6 %) y leer (56,8 %). Son menos los que van a los bares (24,5 %) o a asociaciones o clubes de jubilados (18,6 %). Los últimos puestos en frecuencia los ocupan hacer deporte (7,4 %), el voluntariado (2 %) e ir a conciertos o espectáculos (1,7 %). También pudimos comprobar que en estas personas de más de 75 años, las actividades de tipo cultural/educativo (p. ej., leer) y las que suponían buenos niveles de autonomía funcional (p. ej., hacer deporte y comprar) eran las que mejor predecían la satisfacción con la vida y el estado de ánimo.

Los datos anteriores indican que el vacío en la ocupación del tiempo que se produce con la salida de la actividad laboral reglada no suele llenarse en la mayoría de los casos con otra actividad «productiva» a nivel personal y/o social. Una adecuada preparación para la jubilación podría ayudar a las personas mayores a dar sentido a esta nueva y desconocida etapa de su vida.

Tal vez hubiera que ayudar a las personas mayores a que utilizaran sus actividades más frecuentes con fines culturales, sociales o productivos. Una adecuada formación en esta dirección podría darles un sentido diferente. Complementariamente, habría que estimular la participación en actividades específicamente de tipo cultural (conferencias, charlas, formación, etc.) que sean el germen de una «cultura de la cultura» al final del ciclo vital.

**Figura 10.2. Actividades que realizan a diario las personas mayores (datos del Plan Gerontológico de la ciudad de Salamanca, 1999 y de Observatorio de Mayores-Imserso 2004)**



Pero hemos de reconocer que, sin duda, la ocupación del tiempo libre está muy condicionada por factores generacionales y sociales. La educación recibida, la diferenciación social de actividades para hombres y para mujeres, las condiciones de salud derivadas de sus hábitos comportamentales (higiene, alimentación, beber, etc.) o los estereotipos sociales son, entre otros, factores con un peso muy importante en cómo ocupan su tiempo libre las generaciones actuales de personas mayores. Desde esta perspectiva es más fácil comprender su falta de participación en actividades que les proporcionarían numerosos beneficios y darían un nuevo significado a esta etapa de la vida.

En este sentido, determinadas actividades, como las educativas, permitirían dar continuidad psicológica a aquellos mayores generacionalmente vinculados a la cultura y la educación (p. ej., aquellos con estudios universitarios), dar la posibilidad de iniciar una nueva actividad gratificante, incrementar los sentimientos de autoeficacia, mejorar su autoestima, lograr una mejor integración social y obtener refuerzos derivados de las relaciones intergeneracionales.

No debemos olvidar que los «saberes», los conocimientos culturales y académicos de las próximas generaciones, van a presentar nuevas características. Los datos de la encuesta de empleo del tiempo en España realizada por el INE entre 2002 y 2003 ya alertaban sobre esta situación. Los agentes sociales deben estar preparados para las nuevas demandas de una población mayor con un nivel educativo más alto que el de generaciones anteriores y que, además, vive inmersa en una sociedad tecnologizada. Por ejemplo, los conductores mayores de hoy día se están viendo obligados a añadir a su habilidad para conducir otras destrezas como atender a un GPS y manejar el miniordenador del vehículo.

Por todo ello, hágase, el lector, ahora una pregunta: cuando se jubile, ¿querrá hacer en su tiempo libre lo que hacen los mayores actuales?, ¿se conformará con lo que actualmente ofrecen los agentes sociales? Ya tiene la respuesta, ¿verdad?

### 3. Conclusiones

El significado que la jubilación tiene para cada persona depende de numerosas circunstancias personales, sociales, económicas, etc. Tener una vida cotidiana de calidad y sentir control personal sobre esa vida son elementos clave en la vivencia positiva de la etapa de la jubilación.

Se está imponiendo la necesidad de incorporar una mayor flexibilidad en la edad de abandono del mercado laboral para dar respuesta a la variedad de circunstancias personales existentes.

Como en el resto de las transiciones importantes de la vida, hay que ofrecer a las personas oportunidades para prepararse adecuadamente y con la antelación debida a su jubilación. De este modo, maximizaremos las posibili-



dades de que se produzca una buena adaptación a este nuevo y emocionante periodo vital.

Los programas de preparación para la jubilación han de asentarse y convertirse en una posibilidad real para ser realizados cualquiera que sea el entorno de vida o el contexto laboral al que se pertenezca.

Sentirse activo, productivo, útil e implicado socialmente y en la comunidad de pertenencia son necesidades importantes que han de ser satisfechas en la vida posterior a la jubilación y, en cualquier caso, en la vejez. Es responsabilidad de todos contribuir a ofrecer respuestas satisfactorias a estas necesidades fundamentales de las personas tras su salida del mercado laboral.

## Cuestiones clave

1. ¿Hasta qué punto la jubilación se puede considerar una institución sociocultural?
2. ¿De qué depende una buena adaptación durante la jubilación?
3. ¿Qué crees que es mejor, una jubilación total o una jubilación flexible? ¿Por qué?
4. ¿Cómo se pueden preparar las personas para su jubilación? Pon ejemplos.
5. Entre nuestros mayores actuales, ¿se puede identificar el empleo del tiempo libre con las actividades de ocio? Justifica tu respuesta.
6. Comparados con los actuales, ¿cómo crees que serán los jubilados y jubiladas de las próximas décadas?

## Actividades prácticas

1. Visita un centro de día de tu localidad. Trata de recoger, mediante una entrevista, las características esenciales del proceso de jubilación de una de las personas mayores que acuda al centro. Debes recoger información sobre, al menos, los siguientes aspectos:
  - Factores sociodemográficos (edad de jubilación, nivel de ingresos de que se disponía, categoría laboral en que se jubiló, nivel educativo y estado civil cuando se jubiló).
  - Determinantes psicosociales (estado de salud al jubilarse, características de personalidad más relevantes y apoyo social con que se contaba).
  - Tipo de jubilación: voluntaria, obligatoria, etc.
  - Actitudes y metas que se tenían hacia la jubilación.
  - Planificación de la jubilación (¿se preparó de algún modo?, ¿conocía algún programa de preparación para la jubilación?).
2. Analiza la ocupación del tiempo tras la jubilación de esa misma persona, así como el grado de satisfacción y de realización personal que le proporcionan las actividades que realiza.

Con la información que recojas, elabora un informe que describa el proceso de jubilación y la adaptación a la misma de esa persona mayor. En grupos de 4-5 alumnos, compara tus datos y conclusiones con los de tus compañeros y realiza un informe común.

## Lecturas recomendadas

Asociación Americana de Personas Jubiladas (<http://www.aarp.org>) y Confederación Española de Organizaciones de Mayores (<http://www.ceoma.org>).

Estos dos enlaces proporcionan información internacional y nacional muy valiosa en términos de recursos bibliográficos, guías de autoayuda, directorios de asociaciones y organismos de interés en el campo de la jubilación, así como fechas de congresos próximos de alcance europeo y mundial.

- Menec, V. H. (2003): «The relation between everyday activities and successful aging: A 6 year longitudinal study». *Journals of Gerontology: Social Sciences*, S74-S82. Se trata de un artículo fundamental porque recoge los datos de un estudio longitudinal, poco frecuente en el ámbito de las actividades cotidianas de los mayores, proporcionando claves esenciales sobre la relación entre éstas y el envejecimiento exitoso.
- Moragas, R. (1998): *La jubilación. Una oportunidad vital*. Madrid: Herder. El libro profundiza en los determinantes físicos, psicológicos y sociales que influyen en el proceso de jubilación y ofrece, en uno de sus capítulos, un ejemplo de un curso de preparación para la jubilación.
- Vega, J. L y Bueno, B. (coords.) (1996): *Pensando en el futuro. Curso de preparación para la jubilación*. Madrid: Síntesis. Este libro recoge los principales problemas de la jubilación en España y los recursos con los que se puede contar en la jubilación. Incorpora una metodología didáctica desarrollada siguiendo los principios de aprendizaje en la madurez y en la vejez.

## Bibliografía

- Agulló-Tomás, M. S. (2001): *Mayores, actividad y jubilación: Una aproximación psico-sociológica*. Madrid: IMSERSO.
- Argyle, M. (1996): *The social psychology of leisure*. Nueva York. Penguin Books.
- Bueno, B.; Vega, J. L., y Buz, J. (1999): «Desarrollo social a partir de la mitad de la vida». En J. Palacios, A. Marchesi y C. Coll (eds.), *Desarrollo psicológico y educación*, 2.ª ed., pp. 591-614. Madrid: Alianza Editorial.
- Buz, J.; Mayoral, P.; Bueno, B., y Vega, J. L. (2004): «Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39, pp. 23-29.
- CIS (1993): *Apoyo informal a las personas mayores*. Estudio 2.072, diciembre.
- CIS-IMSERSO (1998): *La soledad de las personas mayores*. Estudio 2.279, febrero.
- DiPietro, L. (2001): «Physical activity in aging: Changes in patterns and their relationship to health and function». *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56A, B13-B22.
- Eurostat (2005, septiembre): *News Release. Labour Force Survey 2004* (Bulletin 112/2005)
- Fry, P. S. (1992): «Major social theories of aging and their implications for counseling concepts and practice: A critical review». *Counselling Psychology*, 20, pp. 246-329.
- Galvanovskis, A., y Villar, E. (2000): «Revisión de vida y su relación con el autoconcepto y la depresión en el periodo de jubilación». *Geriatrka*, 16, pp. 40-47.
- Iglesias, J. (2001): *La soledad de las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2004): *Informe 2004: Las personas mayores en España: Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Tomo 1*. Madrid: Observatorio de Personas mayores-IMSERSO.

- Instituto Nacional de Estadística (2004): *Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003. Tomo I: Metodología y resultados nacionales*. Madrid: INE.
- Instituto Nacional de Estadística (2005): *Encuesta de población activa. Segundo trimestre 2005*. Disponible en <http://www.ine.es>.
- Instituto Nacional de Consumo (2000): *La Tercera edad y el consumo*. Madrid.
- Kaplan, G. A., y Strawbridge, W. J. (1994): «Behavioral and social factors in healthy aging». En R. P. Abeles y H. C. Gift (eds.), *Aging and quality of life. Springer series on life styles and issues in aging* (pp. 57-78). Nueva York: Springer.
- Kim, J., y Moen, P. (2002): «Retirement transitions, gender and psychological well-being: A life-course, ecological model». *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, pp. 212-222.
- Lennartsson, C., y Silverstein, M. (2001): «Does engagement with life enhance survival of elderly people in Sweden? The role of social and leisure activities». *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 56B, S335-S342.
- Lehr, U. (1980): *Psicología de la senectud*. Madrid: Herder.
- Madrid, A. J., y Garcés, E. J. (2000): «La preparación para la jubilación: Revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral». *Anales de Psicología*, 16, pp. 87-99.
- Moen, P.; Fields, V.; Quick, H. E., y Hofmeister, H. (2000): «A life-course approach to retirement and social integration». En K. Pillemer y P. Moen (eds.), *Social integration in the second half of life*, pp. 75-107. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Moragas, R. (1998): *La jubilación. Una oportunidad vital*. Barcelona: Herder.
- Observatorio de Personas Mayores (2002): *Las personas mayores en España: Informe 2002. Datos estadísticos (vol 1)*. Madrid: IMSERSO.
- Reitzes, D. C., y Mutran, E. J. (2004): «The transition to retirement: Stages and factors that influence retirement adjustment». *International Journal of Aging and Human Development*, 59, pp. 63-84.
- ; Mutran, E. J., y Fernández, M. E. (1996): «Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers». *Gerontologist*, 36, pp. 649-656.
- Ross, C. E., y Dentrea, P. (1998): «Consequences of retirement activities for distress and the sense of personal control». *Journal of Health and Social Behavior*, 39, pp. 317-334.
- Sabin, E. P. (1993): «Social relationships and mortality among the elderly». *Journal of Applied Gerontology*, 12, pp. 44-60.
- Sáez-Narro, N.; Aleixandre, M., y Martínez-Arias, R. (1996): *La jubilación: Un programa para su preparación*. Valencia: Promolibro.
- Steward, A. L.; Hays, R. D.; Wells, K. B.; Rogers, W. H.; Spritzer, K. L., y Greenfields, S. (1994): «Long-term functioning and well-being outcomes associated with physical activity and exercise in patients with chronic conditions in the medical outcomes study». *Journal of Clinical Epidemiology*, 47(7), pp. 719-730.
- Vega, J. L., y Bueno, B. (1995): *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- y — (coords.) (1996): *Pensando en el futuro. Curso de preparación para la jubilación*. Madrid: Síntesis.
- ; — y Buz, J. (2003): «La preparación para la jubilación». *Revista Servicios Sociales*, pp. 26-29.

- ; Buz, J., y Bueno, B. (2003): «Niveles de actividad y participación social en las personas mayores de 69 años». *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 45, pp. 33-53.
- Verbrugge, L. M.; Gruber-Baldini, A. L., y Fozard, J. L. (1996): «Age differences and age changes in activities: Baltimore Longitudinal Study of Aging». *Journals of Gerontology: Social Sciences*, 51B, S30-S41.



# 11. Muerte, duelo y atención psicológica a enfermos terminales ancianos

Concepción Menéndez

«Llanto»  
... Y las lágrimas cayeron.  
Triunfo máximo del corazón.  
Trayendo vida al vacío,  
llenando mi existencia con el amor  
que las causó.

Carmelo Anji, *¡Déjame llorar!*, un apoyo en la pérdida.  
Barcelona: Tarannà Edicions.

A lo largo de la historia todas las civilizaciones se han preocupado por el tema de la muerte tanto desde el punto de vista individual como social. El proceso por el que la vida de las personas llega a su fin ha planteado serios y profundos debates desde un punto de vista filosófico, científico y tecnológico, en un intento de comprender la vulnerabilidad y finitud del ser humano y todo lo que de ello se deriva. Individualmente, cada persona toma conciencia a lo largo del desarrollo de su ciclo vital de que es un ser finito que crece, madura y se deteriora al envejecer sus estructuras y sus funciones. La consideración del individuo como un sistema bio-psico-social, permite comprender la dificultad de abordar el tema de la muerte tanto desde una aproximación objetiva como subjetiva.

Es lógico pensar que el análisis de la muerte se puede realizar desde muchas perspectivas tanto en su vertiente personal o social. Cada una de ellas aporta criterios para la reflexión sobre aspectos de interés como son el sentido de la vida, la filosofía de la vida, el estilo de vida, las actitudes ante la vida y la muerte propia y ajena, los modelos sociales de comportamiento actuales, el envejecimiento saludable y satisfactorio, la prevención y atención socio-sanitaria, los derechos de las personas a disponer con autonomía de la propia vida, etc. Pero aún podemos ir más allá cuando nos enfrentamos a cuestiones

tan interesantes como la búsqueda de la longevidad —llevada al extremo de la inmortalidad— o la vida después de la muerte. Evidentemente, las diferentes culturas y las diferentes concepciones religiosas influyen y condicionan las interpretaciones, prácticas y vivencias personales en torno a la vida y su final, la muerte.

## **1. La muerte como concepto y como acontecimiento en nuestra cultura actual**

La muerte como consecuencia del proceso de envejecimiento sería el final lógico de un sistema que se deteriora y acaba. De esta manera, y gracias a los avances de la medicina, la higiene, la alimentación, etc., al menos en las sociedades desarrolladas la muerte se asocia a la vejez, parece patrimonio únicamente de las personas mayores. Por ello, cuando este final es producido en otras etapas vitales lejos de la senectud, la consideración del tema es muy diferente: se contempla con tintes aún más dramáticos, como algo que ha sucedido antes de tiempo. Sin embargo, los accidentes, las agresiones, las enfermedades terminales, etc., ponen en evidencia a las personas su vulnerabilidad y el riesgo existente en cualquier momento de la vida.

Por otra parte, la propia conciencia de esta situación y la forma en la que la imaginamos no es la misma a lo largo del ciclo vital. Así, los niños comienzan a construir, interiorizar y representar una idea sobre lo que es la muerte. En la adolescencia, debido a los sesgos egocéntricos que se mantienen en ese momento, hace que nos veamos invencibles, invulnerables. Esta inconsciencia del riesgo se mantiene durante la juventud y buena parte de la adultez, cuando pensamos que, básicamente, la muerte es algo que en todo caso concierne a los demás, no a nosotros mismos. La consideración de la propia muerte para cada individuo acostumbra ser muy diferente a la que otorga a la de los demás, ya sean distantes o más próximos y/o familiares.

La muerte es un concepto multidimensional que puede explicarse de diferentes modos en función del enfoque utilizado. Numerosos autores han categorizado sus aspectos; una de las propuestas sería la de Folta y Deck (1973) que diferencia: a) la muerte como proceso, el morir, b) la muerte como acto, el acontecimiento final de la trayectoria vital y c) la muerte como hecho que conlleva unas consecuencias, lo que puede ocurrir más allá de la muerte.

El concepto personal de muerte se presenta como algo paradójico, con características como las que señala Thomas (1991): a) se percibe como cotidiana cuando es ajena, pero lejana cuando es personal, b) se acepta racionalmente como algo natural, pero de manera arbitraria, injusta y fortuita cuando le ocurre a uno mismo y para lo que no se está preparado en ninguna edad, incluso cuando ya se han cumplido muchos años, c) se acepta como aleatoria, impredecible en sus causas y en el tiempo de ocurrencia y, sin embargo, en relación al proceso de envejecimiento se dispone de información sobre la es-



peranza de vida de hombres y mujeres o se valora la influencia de los factores de riesgo en general, datos que ofrecen una aproximación de lo que puede acontecer en particular, d) es universal porque todo ser vivo por su propia condición es engendrado, nace, crece, se reproduce —a veces— se deteriora y muere como final de todo un proceso de desarrollo personal; pero para cada persona, esta universalidad no evita que la percepción subjetiva de la muerte como evento único e irrepetible, confiere una significación emocional y cognitiva que le impacta, lejos de trivializarla como podemos hacer cuando pensamos en la muerte como concepto genérico.

Otro análisis sobre la muerte puede realizarse teniendo en cuenta la consideración de la persona como sistema integrado de carácter bio-psico-social: muerte *física* (celular, cerebral, clínica), muerte *psíquica* (pérdida de la conciencia como ser independiente y racional) y muerte *social* (pérdida de la identidad, función y reconocimiento social por motivos diferentes).

### 1.1. Perspectivas sobre la muerte y el morir

Aunque el estudio de la muerte debería abordarse desde una perspectiva interdisciplinaria, a lo largo del tiempo cada disciplina (antropología, medicina, sociología, psicología, etc.) ha ido definiendo sus propias características y criterios de análisis desde diferentes enfoques, ya sea fenomenológico, existencialista, psicoanalista, estructuralista, interaccionista, dialéctico, conductual-ecológico, etc. En general se definen tres niveles de análisis: individual, social y cultural (Jiménez y Sangrador, 1985). En el nivel *individual* las diferentes disciplinas y enfoques de la psicología han focalizado su análisis en la construcción subjetiva del significado de la muerte, su percepción incongruente y ambigua, las actitudes ante la muerte, preferencias sobre la forma de morir, las emociones ligadas a temores a las pérdidas, las estrategias para elaborar y asumir las pérdidas de la vida propia y ajena, etc.

En el nivel de análisis *social* suele importar el estudio de las relaciones entre la estructura social y la muerte. En este sentido, muchos hablan de la importancia de los cambios sociales en la consideración actual de la muerte como un tabú, que se esconde, como se hace de ciertas enfermedades, no se habla de ello y se encubre en el culto a la vida y la juventud infinitas. Corresponde a esta vertiente el análisis de las políticas sociales en la atención a los moribundos y a sus familias, la consideración del tema en los medios de comunicación, en los planes de formación, etc.

En cuanto al nivel *cultural*, son temas de interés las diferentes creencias desde las cuales se interpreta la significación y sentido de la muerte desde el marco de diferentes culturas y religiones, el origen y devenir, el antes y el después de la vida con corporeidad, el concepto de vida después de la muerte, la relación entre ambos planos, los rituales en la expresión y actuación ante la muerte de las personas y en el duelo de sus allegados, etc.

La necesidad de un enfoque interdisciplinario se pone de manifiesto en asuntos relevantes en la actualidad relacionados con la muerte y el morir como son la eutanasia, el testamento vital, la tutela, la información sobre los procesos terminales, etc.

### 1.2. La muerte en otras culturas

En general, el hecho de la muerte se experimenta en todos los pueblos como una amenaza a la individualidad, por lo que plantea dificultades para ser integrada dentro de la visión del mundo que tienen las personas. La muerte aparece como un desorden fundamental que rompe con la armonía y plenitud de la vida. Paradójicamente, el sentimiento religioso basado en el enigma de la vida y de la muerte tiende a transformar la muerte como el «inicio de otra vida», más satisfactoria, plena y sin fin. Desde diferentes enfoques se aportan discursos místicos sobre la muerte como fatalidad y la muerte como castigo: la muerte renacimiento y la muerte-supervivencia (Gil, 1985). Las religiones incluyen el concepto de muerte en un triple sentido (Corbí, 2001): a) proponen creencias sobre el más allá, b) usan el poder de la muerte para desplazar o inducir en las personas la manera cotidiana de ver, entender y sentir las realidades, y c) plantean la muerte desde la profundidad sagrada de la experiencia. La comparación entre las grandes religiones de estos aspectos aporta claridad en la comprensión de percepciones, interpretaciones, usos y costumbres de grandes grupos poblacionales en relación al sentido de la vida y de la muerte, sobre su interpretación y conciencia, y sobre los rituales en torno al enfermo terminal y a las costumbres funerarias.

## 2. La conciencia y el afrontamiento de la muerte

### 2.1. Actitudes y ansiedad ante la muerte

A la mayoría de las personas pensar sobre la muerte les provoca incomodidad e incluso cierto grado de ansiedad y miedo (Tomer, 1992). El propio proceso de envejecimiento tiene connotaciones negativas y dolorosas y, aunque la esperanza de vida aumenta sin parar en países industrializados, el balance entre pérdidas y ganancias en la adultez tardía resulta difícil de evaluar como favorable sobre todo por la aproximación del final: la muerte sería la culminación de ese proceso y se asocia a ideas de pérdida absoluta e irreversible, que se concreta en aspectos como los siguientes (Bayés, 2001; Kastenbaum, 2000):

- La muerte como una disolución del yo, de todo lo que somos. Con la muerte acaban las posibilidades de pensar, de sentir, de emocionarse, de disfrutar de la vida. Lo que somos, producto de nuestra historia vi-

- tal, desaparece, así como también lo hacen nuestras ilusiones, nuestras esperanzas, aquello que nos queda por hacer.
- La muerte como una separación definitiva de las personas con las que convivimos y queremos. Además, en ocasiones se teme la propia desaparición debido al dolor que causará a los demás o por dificultades que les puede causar vivir sin nuestra presencia.
  - El temor ante la muerte remite, además, al miedo a lo desconocido. ¿Qué existe después de la muerte, si es que existe algo? Las expectativas (o la falta de expectativas en este caso) sobre lo que vendrá influye en nuestra actitud hacia ello. La muerte es entendida como un vacío definitivo que genera angustia, estrés y ansiedad motivados por la incertidumbre que provoca.
  - Por último, el temor hacia la muerte en muchas ocasiones se concreta en un miedo al proceso que puede llevar a ella: el miedo al dolor y al sufrimiento que en ocasiones acompaña el proceso de agonía, el miedo a la dependencia de otras personas, a ser una carga para otros.

Entre otros factores, la edad, el tipo de personalidad o las creencias religiosas han sido estudiados como factores que podrían explicar la intensidad de ese temor ante la muerte.

Respecto a la edad, las personas mayores parecen tener más presente, pensar más a menudo sobre la muerte que los adolescentes o jóvenes. Sin embargo, cuando se ha estudiado si la intensidad del temor es diferente, los resultados no son concluyentes. La mayoría de los estudios (véase, por ejemplo, Schaie y Willis, 2003) parecen sugerir que las personas mayores temen menos a la muerte que los jóvenes, quizá porque viven la muerte de manera más cercana a partir de la desaparición de personas de su generación, lo que les socializa y prepara para la propia muerte. Sin embargo, otros estudios no han encontrado relación entre edad y ansiedad hacia la muerte (Tomer, 1992) o incluso hay ejemplos de investigaciones en las que los mayores mostraban una mayor ansiedad ante la muerte (Martínez, Alonso y Calvo, 2002).

Lo que parece que sí cambia más claramente es la concepción y significados asociados a la muerte en personas de diferentes edades (Stillion, 1995, Pinazo y Bueno, 2004). Así, a los niños pequeños (típicamente los menores de seis años) les es difícil entender el carácter irreversible de la muerte. La contemplan como una separación que no desean, lo que les entristece y enfada, y no entienden por qué ha sucedido o por qué no se puede solucionar. Los niños más mayores tienen una visión más ajustada de la muerte como un proceso irreversible, aunque su tendencia es a concretarla en una serie de imágenes, muchas veces extraídas de cuentos infantiles (la muerte, por ejemplo, como una persona que se lleva a los vivos). En estas edades interesa especialmente la «mecánica de morir», cómo es la enfermedad, cómo se trata y qué sucede exactamente con las personas que mueren. Los adolescentes y jóvenes tienen ya una noción abstracta de la muerte, aunque se contem-

pla como algo irreal, que le sucede a los demás, que es lejana en el tiempo. Cuando han de enfrentarse a su propia muerte, las reacciones de ansiedad y depresivas parecen ser especialmente fuertes: se sienten de alguna manera «estafados», justo cuando estaban comenzando a vivir y cuando el futuro se presentaba lleno de promesas. En las personas adultas, las implicaciones más importantes de la muerte se centran en el estado en el que se va a dejar a los vivos: la muerte va a impedir seguir desempeñando responsabilidades, va a dejar abandonada a su familia y sienten que han fallado cuando eran necesarios.

En la vejez, la concepción de la muerte depende en gran medida del estado de salud (puede verse como una liberación, o, al menos, como un mal menor en casos de extremado sufrimiento o de gran dependencia) y del grado de satisfacción de uno tiene cuando mira atrás y ve su propia vida como algo completo (en palabras de Erikson, cuando la persona ha completado las tareas reintegrativas propias del final de la vida; véase capítulo 7). La idea de la muerte se hace menos temible y más aceptable en la medida que el individuo se sienta satisfecho con lo vivido y sus expectativas. Si esto no sucede así, cuando la muerte se percibe cercana pueden aparecer las angustias por lo no vivido y el miedo por la incertidumbre del *dejar de ser/dejar de existir*. Para algunos la situación terminal resulta desgarradora por no haber definido y/o realizado sus metas. («Cómo me voy a morir si aún no he vivido...»). Otra circunstancia que influye en la actitud de las personas mayores ante la muerte es la pérdida de la pareja: para aquellas que la han perdido, la propia muerte suele ser contemplada como algo mucho más presente, real y próximo. En algunos casos, incluso como algo liberador que permitirá reunirse con la persona amada, sin la que la vida tiene menos sentido.

Así, en función de estas circunstancias, las actitudes de las personas mayores ante su propia muerte pueden incluirse en alguna de las siguientes categorías (Martín, 1976, citado por Blanco y Antequera-Jurado, 1998): a) actitud de indiferencia, b) actitud de temor, c) actitud de descanso y d) actitud de serenidad.

Un factor como el estilo de la personalidad no aclara mucho más las cosas. En un inicio se pensó que los pacientes que durante su vida hubieran mostrado tener mayores habilidades de afrontamiento encararían mejor el hecho de asumir la situación terminal, pero en realidad se ha visto que pacientes con menor estabilidad emocional también lo hacen. Aun así, un factor importante en la evolución del paciente parecer ser el espíritu de lucha y la buena relación con los demás.

Uno de los mecanismos de defensa más frecuentes es la **negación** que según Weisman (citado por Altarriba, 1995) se caracteriza por: a) negación de los hechos consecuentes (p. ej. «yo no estoy enfermo»), b) aceptación de los hechos pero no de sus implicaciones («sí, me duele el corazón pero esto le sucede a mucha gente»), y c) aceptación del diagnóstico y de su gravedad pero no del pronóstico («hay metástasis, pero muchos se curan»). El mismo Alta-

riba describe una serie de parámetros por los que la persona se desplaza y oscila en sus actitudes y reacciones ante el proceso de la muerte. Algunas de ellas son las siguientes:

- Esperanza-desesperanza.
- Querer conocer-querer ignorar.
- Rebelión-resignación.
- Valoración de los pequeños detalles.
- Dignidad-humillación.
- Aceptación o no del propio proceso de muerte.

Un tercer factor que posiblemente se relaciona con la actitud ante la muerte (además de la edad y la personalidad) es la presencia de sentimientos religiosos. Así, las personas que los profesan en mayor medida parecen tener una menor ansiedad ante la muerte. La religión aporta una respuesta ante la incertidumbre que genera la situación tras la muerte, lo que puede resultar tranquilizador y reconfortante para muchas personas. Las personas religiosas tienden a describir la muerte, más que como el final, como un nuevo inicio (Ross y Pollio, 1991).

En cuanto a la religión, si bien muchos de los fundamentos de nuestra cultura son cristianos, en los últimos años la concepción del mundo y de la muerte se ha desligado significativamente de la religión. Se intenta evitar el tema de la muerte y de todo aquello que la recuerde y por momentos nos sorprende desprevenidos, sin conciencia de que forma parte natural del ciclo de la vida.

Este abanico de actitudes y temores ante la muerte han de ser entendidos en el marco de ciertos significados y prácticas culturales que sirven como marco de referencia y les dan sentido. Así, algunos autores subrayan cómo estas actitudes sociales y costumbres respecto a la muerte han cambiado en buena medida en el último siglo (Ariès, 1983; Malla, 2005). Por ejemplo, en épocas anteriores, la muerte era vivida y afrontada en la propia casa. Las personas morían y agonizaban en la misma casa donde habían vivido, rodeadas de su familia y seres queridos. Tras la muerte, los funerales eran un acto social de despedida del difunto, donde se alentaba a las personas afectadas a expresar sus sentimientos. Tras el funeral, los familiares más directos pasaban un periodo de luto, siguiendo normas (vestir de color negro, no asistir a actos sociales, bajar las persianas de casa) que permitían una expresión controlada del dolor. Este periodo de luto acababa tras un tiempo determinado, tras el que los comportamientos asociados a ese estado se relajaban o desaparecían.

En cambio, en la actualidad y especialmente en las grandes ciudades, la agonía y la muerte se han apartado de la vida pública, se ha escondido todo lo que recuerda a ella y se ha enajenado no sólo a la propia familia y seres queridos, sino también al propio moribundo. Así, la muerte se entiende hoy como un proceso médico, que se vive en los hospitales y no en las casas, de la que se

ocupan profesionales sanitarios y no los seres queridos. La muerte ya no pertenece al moribundo, ni a la familia, sino muchas veces depende del equipo médico y sus esfuerzos por sostener o no la vida (clínicamente definida) y del aparato tecnológico que rodea al moribundo. En este contexto, las personas evitan hablar de la muerte, especialmente evitan hablar al propio afectado de su situación, lo que ha sido calificado como una verdadera **conspiración de silencio** en la que están implicadas todas las personas que se relacionan con el moribundo, incluido el equipo médico. Las conversaciones de la familia con el moribundo versan sobre lugares comunes o temas neutros (el tiempo, la calidad de la comida en el hospital, los hábitos de sueño, etc.), centrados en todo caso en el presente del paciente, nunca en el futuro y eludiendo una verdadera comunicación sobre el verdadero objeto de interés y preocupación. Por su parte, los médicos muchas veces evitan hablar con claridad de lo que está sucediendo (especialmente ante el paciente), utilizan circunloquios o eufemismos para referirse a la situación del enfermo (por ejemplo, sustituyen la palabra cáncer por otras como neoplasia o inflamación) y se centran, sobre todo, en las medidas terapéuticas que se están llevando a cabo, sin hablar de su eficacia a medio o largo plazo.

Esta actitud, motivada en ocasiones porque la familia o los médicos creen que la verdad es demasiado dura como para ser expresada abiertamente, puede ayudar a rebajar el nivel emocional del proceso y ser adecuado en un lugar público, como es un hospital. Sin embargo, al mismo tiempo, priva al moribundo y a su familia de la expresión y aceptación de sentimientos y temores, de compartir el dolor. Esta situación además dificulta que el moribundo pueda reparar o ajustar posibles malentendidos o aspectos pendientes de su vida y su relación con otras personas, se le dificulta elaborar cómo quiere ser recordado y comunicar cuál ha sido el sentido de su existencia.

Cuando la muerte llega, se convierte en algo protocolizado, burocratizado, que implica una serie de decisiones por parte de la familia (qué hacer con el cuerpo, qué hacer con los órganos, tipo de entierro, decisiones respecto a los seguros, etc.) que objetivan el proceso y en las que, una vez más, se mantiene apartada toda expresión pública de emociones. El ritual mortuario tiende a acortarse y de él se tiende a excluir, por ejemplo, a los niños, como si la muerte pudiera en cierta medida «contagiarse» o fuera peligroso mantenerles apartados de las emociones que se puedan generar. En muchos casos, toda esta limpieza emocional del proceso de la muerte puede dificultar a los seres queridos la aceptación de lo que ha sucedido y la atribución de un sentido a la muerte.

## 2.2. El proceso de la muerte en enfermos terminales

Si bien es cierto que cuando se analiza el proceso de morir en las personas mayores se hace referencia a la situación de los enfermos terminales, hay que

considerar que, salvando diferencias y lejos del estereotipo que asocia vejez con enfermedad, los modelos que pretenden explicar el proceso del morir también son útiles para explicar la situación general por la que pasan las personas mayores.

La teoría más sobresaliente en este campo es la de Elisabeth Kübler-Ross nacida en Zúrich y fallecida en Arizona a los 78 años en agosto del 2004. Doctora en psiquiatría, desarrolló una importante labor creando escuela propia en el acompañamiento de pacientes terminales. Sus publicaciones son un referente en el cuidado a personas en proceso de morir y de apoyo en el duelo. Insistió en la importancia de la comunicación abierta con los moribundos en su libro *Death and dying*.

La propuesta de Kübler-Ross (1975, 1995) diferencia cinco fases por las que pasaría el paciente con enfermedad terminal. Cada fase implica un sentimiento o actitud dominante: negación, cólera, negociación, depresión y aceptación. En estas fases está siempre presente la *esperanza*, que va evolucionando a lo largo del proceso y que requiere una adecuación de la actitud de profesionales y familiares:

- *Negación*: tras el conocimiento de la situación terminal, el paciente no lo asume, hay un choque, resistencia y negación, se duda de la corrección del diagnóstico y de las pruebas realizadas, se buscan nuevas opiniones, se cree en una curación milagrosa. De una negación total se suele pasar a una parcial con cierta esperanza que sirve de amortiguador.
- *Ira*: se asume la situación, entrando en estado de cólera, envidia y resentimiento justificado en la mala suerte y el deseo de buscar culpables. En ocasiones, los propios familiares o cuidadores son el objeto de esta rabia, aumentando el dolor que provoca la situación. Esta reacción, sin embargo, es un modo de mostrar que se está vivo y que se está comenzando a manejar la situación.
- *Negociación*: en este caso, el moribundo busca llegar a un pacto con la muerte o con el destino, buscando un alargamiento del tiempo de vida a cambio de algún tipo de compromiso personal: ser mejor persona, honrar a un santo determinado, etc. En ocasiones, esta «prórroga» de la vida se vincula a un momento concreto en el que se quiere estar presente: la boda de un hijo, el nacimiento de un nieto, etc.
- *Depresión*: se percibe lo irremediable de la situación y la proximidad de la muerte. La persona puede negarse a recibir visitas, puede no querer comer, perder toda motivación y deseo de vivir. Se da en dos etapas distintas: la depresión reactiva, que conlleva lamentos de pérdidas y la depresión preparatoria o pasiva en relación a las pérdidas futuras (la que supone mayor dificultad para los familiares y profesionales y que conviene dejar que se exprese).

- *Aceptación*: tras el cansancio y debilidad provocados por las fases anteriores, puede llegar a tomar conciencia del fin sin inquietud y expectante de la muerte en una fase desprovista de sentimientos; a veces se anima erróneamente al paciente a seguir viviendo cuando lo que desea es morir tranquilo y con dignidad. Algunas personas conciben la muerte como el reencuentro con seres perdidos o como una transición hacia una nueva forma de vida. También es frecuente que deseen despedirse de las personas que son significativas para ellos.

La propuesta de Kübler-Ross ha sido criticada fundamentalmente por la forma en que se han recogido datos y elaborado conclusiones. Sus investigaciones se fundamentan en entrevistas poco sistemáticas, y en ocasiones algunas anécdotas parecen haber sido elevadas a categorías (Kastembaum, 2000). Posteriores investigaciones han tenido dificultades en replicar estas fases y en encontrar todos los sentimientos asociados. Por ejemplo, Rodaburg (1980) afirma que es posible la repetición alternada entre negación y aceptación, y considera que la persona en estado terminal adecua sus reacciones, en parte, a las expectativas que los demás tienen hacia ella, por lo que es de gran importancia el tipo de interacciones que establezca con los profesionales sanitarios, la familia y las personas significativas en ese momento.

En cualquier caso, las fases de Kübler-Ross no han de entenderse como una evolución, en el sentido de que todas se dan y la secuencia es siempre la misma. La propia autora afirma que no todas las personas experimentan el mismo proceso y que incluso algunas emociones pueden aparecer en varios momentos. Podemos entender que existen unas tendencias más o menos generales, pero que no pueden tomarse como dogmas y que la idiosincrasia en la tercera edad tiene un alto valor. *Cada persona muere como muere...*

Estas fases presuponen algo importante en el contexto de los Estados Unidos, la exigencia de informar al paciente de su enfermedad y de su alcance, hecho que no ocurre en los países europeos occidentales. En general, en Europa no es norma la información sobre el diagnóstico fatal, lo cual condiciona la actitud y actuación de profesionales y familiares del enfermo y genera, en muchos casos, inseguridad y ansiedad. En *Ayudando a morir*, Sporken (1978), profesor de bioética de la Universidad de Nimega, aporta explicaciones y criterios de intervención ajustados al contexto europeo y que pretenden ir más allá de la valoración e intervención sobre el dolor, importando características personales y las vivencias psicológicas de los pacientes. Las fases psicológicas del enfermo terminal que propone Sporken son las siguientes:

- *Ignorancia*: el paciente no conoce su enfermedad pero su familia sí, lo cual genera incomunicación y tensión en las relaciones, aparece la conspiración del silencio de la que hablábamos en epígrafes anteriores. En esta fase, la familia necesita gran apoyo.



- *Inseguridad*: se quiere salir de la incertidumbre preguntando o buscando información sobre la enfermedad, con la esperanza bajo sospecha de que no sea grave.
- *Negación implícita*: ante la percepción más o menos consciente de la cruel realidad, la situación terminal se niega implícitamente procurando adoptar cambios y nuevos planes para negar la situación.
- *Comunicación de la verdad*: no debe comunicarse necesariamente en todos los casos, es más un compromiso con la persona que una regla sobre cuándo y cómo ser informado. La información la realizará el médico que debe ser capaz de estar pendiente de las necesidades psicológicas y sociales del paciente.
- Si el paciente conoce su situación seguirá las etapas que propone Kübler-Ross.

Para Sporken, la comunicación de la verdad a la persona enferma no debería ser ni el comienzo ni el final, sino un componente esencial de la asistencia al morir.

### 3. Morir en la enfermedad terminal

Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, los criterios básicos para la definición de una enfermedad terminal son los siguientes:

- Presencia de una enfermedad avanzada, incurable y de curso progresivo.
- Pronóstico de vida limitado: entre 3 y 6 meses.
- Presencia de numerosos y diversos síntomas, multifactoriales, cambiantes e intensos. Es importante la percepción del paciente sobre dichos síntomas.
- Gran repercusión emocional o sufrimiento sobre el paciente, la familia, los cuidadores y el equipo terapéutico.
- Presencia de la muerte, de forma explícita o no, como elemento importante en la dinámica relacional y asistencial.

En el caso de las personas mayores, el diagnóstico de la situación terminal es más difícil por las propias características del proceso de envejecimiento y deterioro que se presentan y diferentes manifestaciones sintomáticas que evolucionan en su intensidad y gravedad. Por todo ello, es conveniente el cuidado en el diagnóstico y pronóstico de la situación actual de la persona en cuanto a los criterios señalados: evolución, pronóstico, respuesta a tratamientos y esperanza de recuperación.

Las enfermedades terminales plantean importantes problemas asistenciales e implicaciones éticas muy serias, que repasaremos brevemente a continuación.

### 3.1. La asistencia al enfermo terminal: los cuidados paliativos

Como ya hemos mencionado en apartados anteriores, un aspecto importante en las enfermedades terminales es la comunicación al enfermo del diagnóstico. De acuerdo con Sureda (2003), esta comunicación ha de cumplir las siguientes condiciones:

- La comunicación debe ser clara, directa y en un ambiente donde se respire la mayor serenidad posible.
- Valorar previamente, según el conocimiento que se tenga del paciente, la conveniencia de informar primeramente al paciente, a la familia o a ambos a la vez.
- Mantener un contacto visual con el paciente que infunda confianza y calidez en todo momento y que permita la expresión sincera de emociones y sentimientos. Mostrarse sincero, claro y directo, empleando un lenguaje sencillo, libre de tecnicismos.
- Facilitar la información de forma lenta, pausada, siguiendo el criterio de la verdad soportable y respetando el ritmo de asimilación del paciente.
- Mantener las esperanzas.
- Programar nuevas visitas para dar tiempo a asimilar la información recibida y a preguntar las dudas que puedan surgirles al respecto, así como para facilitar un espacio donde hablar de sus emociones y sentimientos.

En cualquier caso, es preciso adecuar la situación e individualizarla, lo cual exige prepararse de manera personal para esa conversación diagnóstica, establecer un marco físico adecuado y, durante la comunicación ser franco y responder a las preocupaciones del paciente, empatizando con él. Generalmente esto se consigue mejor si se comienza por lo que el paciente o familiar ya sabe o comprende, si se averigua qué es lo que quieren saber, si se les escucha de manera activa y si se identifican los recursos de los que familiares y/o paciente disponen para afrontar situaciones. En cualquier caso, las esperanzas que se aporten han de ser realistas, así como las implicaciones de los posibles tratamientos que se llevan a cabo (tratamientos que en ocasiones pueden llegar a ser muy duros), lo que evitará que los pacientes/familiares se sientan engañados y les preparará para afrontar lo que se avecina. Finalmente, el profesional deberá elaborar y comunicar el plan de seguimiento o derivación adecuados para cada una de las situaciones.

Los derechos del paciente terminal, establecidos por la OMS (1990), están de acuerdo al ejercicio de la medicina paliativa e incluyen, entre otros, el

derecho a participar en las decisiones terapéuticas, a no morir solo o con dolor, a no ser engañado y a la asistencia de familia y a la familia en el proceso. La definición de la OMS es clara: «Los cuidados paliativos [...] afirman la vida y reconocen la muerte como un proceso natural [...] ni aceleran ni posponen la muerte, proporcionan alivio para el dolor y otros síntomas angustiantes, integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado, ofrecen un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir». Desde esta perspectiva, a intervención de los profesionales va más allá del curar, implica aliviar, consolar, rehabilitar y educar.

La medicina paliativa pretende proporcionar al paciente calidad de vida y bienestar, y evitar las medidas que pueden disminuirla. Su filosofía está en intentar curar lo que se pueda pero, cuando no se puede, se debe calmar y, si no se puede calmar, se debe consolar. Optar por los cuidados paliativos significa afrontar la enfermedad y la muerte de manera natural. Muchos pacientes dejan de beneficiarse del tratamiento curativo y, sin embargo, se benefician de los cuidados paliativos enfocados a reducir el dolor, favorecer el descanso... Por lo general se considera que un enfermo entra en fase terminal cuando su calidad de vida es tan mala que lo importante deja de ser vivir el mayor tiempo posible para vivir el tiempo que sea pero con el menor sufrimiento (Gómez-Batiste, 2005). El avance en la práctica de la atención a enfermos terminales en nuestro país está permitiendo la puesta en marcha de programas basados en la experiencia de los hospitales ingleses de los años 70, que aportó un nuevo modelo de atención y de organización integral focalizado en las necesidades de enfermos en situación avanzada y terminal y de sus familias. En este momento existen al menos 300 equipos específicos de cuidados paliativos, de los que la mitad son equipos domiciliarios. Por consenso se ha llegado a un Plan Nacional de Cuidados Paliativos que propone criterios para la puesta en marcha de los programas y también los criterios de calidad de los mismos.

Los cuidados paliativos suponen la atención integral y continua a la persona en sus aspectos físicos, emocionales y espirituales, basada en los principios de autonomía y de dignidad, y que implican a la familia en sus planes. En síntesis, las áreas de trabajo que cubren los objetivos de un programa de cuidados paliativos son cinco:

- Cuidado total.
- Control de síntomas.
- Control del dolor.
- Apoyo emocional al paciente y a la familia.
- Manejo del estrés y apoyo al equipo tratante.

Dicha atención requiere una actuación sistemática, en estos momentos se pretende que esté regida por protocolos que facilitan el trabajo a los profesionales con objetivos realistas y concretos que impliquen a la persona enferma

y a sus familiares. Se diferencian dos planos de actuación (Fundación SAR, 2000):

- Fase *diagnóstica*: se deberán marcar planes a corto y medio plazo que tengan en cuenta aspectos como a) la detección, registro y evaluación de cambios relevantes en el estado del paciente y la familia, la prevención de la crisis y empeoramiento; b) la prevención de las complicaciones a través de planes de protección y de los recursos familiares, sociales y comunitarios disponibles; c) la anticipación de necesidades asistenciales y el entrenamiento de la familia y cuidadores en tareas delegables y d) la información sobre cambios previsibles en un futuro inmediato.
- Fase *terapéutica*: según las recomendaciones de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECALP) las bases que deben regir la intervención paliativa serán la atención integral, el tratamiento de la unidad enfermo-familia, la promoción de la autonomía y dignidad, la concepción terapéutica activa y la consideración de los aspectos ambientales en los que se mueve el enfermo y su familia.

En la atención paliativa es muy importante el clima favorable basado en el respeto, apoyo y comunicación fomentado por los profesionales sanitarios, por la familia e, indudablemente, por el apoyo organizativo que fomente la calidad del trabajo del equipo interdisciplinario. En las últimas horas de la vida, además, deberán tenerse en cuenta los siguientes aspectos (Ciurana, 1999):

- Preparar a la familia para que pueda organizarlas de la mejor manera.
- No promocionar la «esperanza de vida» sino la «esperanza de poder estar juntos y tranquilos en ese momento».
- Recordar el efecto beneficioso que posee el acompañamiento afectuoso de la familia.
- Facilitar la expresión corporal del afecto: caricias, cuidados físicos, etc.
- Si es posible, evitar el ingreso hospitalario para morir.

La intervención en una residencia geriátrica en un proceso terminal debe tener en cuenta los mismos pasos que en una unidad de cuidados paliativos acerca de las necesidades del paciente (dignidad, autonomía, afecto, compañía, seguridad, actividad, resolución de los asuntos pendientes, etc.). Del mismo modo deben tenerse en cuenta los principios para la información de los pacientes acerca de su proceso. La información debe ser honesta, a iniciativa del paciente y en un marco de apoyo y afecto que evite la sensación de soledad y aislamiento que pueden experimentar los pacientes a partir de muchos mensajes transmitidos por comunicación no-verbal como miradas, gestos,

posturas, etc. En el entorno residencial es importante la información que se da al resto de los residentes.

Ante el reto de atender las necesidades físicas, emocionales, sociales, espirituales y económicas de los pacientes terminales se han hecho esfuerzos tecnológicos y sociales, llevándose a cabo programas que se espera incluyan cada vez más a mayor número de personas independientemente de su condición económica. El movimiento Hospitalidad (*Hospice*) fue organizado por una gran pionera, Dame Cicely Saunders (1918-2005) nacida en Londres, fundadora del St. Christopher Hospice, promovió el principio indiscutible de morir con dignidad reconociendo la naturalidad de la muerte y la conveniencia de sensibles y adecuados cuidados de enfermería y la necesidad del control eficaz del dolor.

Tanto Kübler-Ross como Saunders, con sus consideraciones sobre la atención a las personas en situaciones vitales límite, han contribuido a dar una visión holística e integradora del planteamiento sociosanitario actual, aunque todavía haya mucho que desarrollar.

En cualquier caso, el abordaje de la atención al enfermo terminal es preocupación de las instituciones públicas en este momento por sus connotaciones específicas, va más allá del simple manejo técnico y tiene gran repercusión social. En España la primera unidad de cuidados paliativos data de mediados de los años 80, y en la actualidad existen más de 200 de estas unidades, incluyendo las de atención hospitalaria y domiciliaria. En Cataluña, una de las comunidades pioneras en este tipo de unidades, encontramos una amplia oferta de unidades y equipos hospitalarios (clínicas del dolor, unidades de oncología, unidades de curas paliativas) y extrahospitalarios, a través de las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) y los programas de ayuda a domicilio (PADES), que junto los Equipos de Atención Primaria (EAP) comparten la responsabilidad de la atención al enfermo. El objetivo general de actuación es «la mejora, el confort del paciente terminal y la calidad de vida de su familia mediante el establecimiento de una adecuada comunicación y soporte emocional entre paciente, familia y profesionales, la optimización del control de los síntomas, la atención específica al entorno y la colaboración y orientación en la solución de problemas sociales y administrativos relacionados con esta situación».

### 3.2. Muerte digna, eutanasia y encarnizamiento terapéutico

En la actualidad hay dos problemáticas que plantean un gran debate y que están relacionadas con el cuándo y cómo de una muerte. La primera está relacionada con la posibilidad de provocar la muerte a demanda del paciente (eutanasia) y, la segunda, con la posibilidad de defenderse de la excesiva tecnificación en el final del proceso vital, que permite prolongar de manera artificial la vida de una persona que en cualquier caso va a morir pronto (en-

carnizamiento terapéutico). La eutanasia y el encarnizamiento terapéutico han suscitado mucha polémica y se dan opiniones y actitudes personales y profesionales encontradas.

Respecto a la eutanasia, es importante distinguir entre lo que ha sido denominado **eutanasia activa**, situación en la que se provoca la muerte a los enfermos ya desahuciados, y la **eutanasia pasiva**, en la que se retiran los dispositivos médicos extraordinarios que podrían prolongar la vida de manera artificial, en un intento por evitar el encarnizamiento terapéutico. Es importante también distinguir entre la eutanasia y la **sedación paliativa** para enfermos terminales, que pretende evitar el dolor pero que a la vez puede también adelantar o provocar la muerte, o entre la eutanasia y el **suicidio asistido**, donde terceras personas (los médicos o familiares, por ejemplo) proporcionan los medios para que el propio enfermo adelante o acabe con su vida.

Así, conviene matizar los conceptos generales en torno a la muerte digna y a la eutanasia. La **muerte digna**, también llamada ortotanasia, es la muerte con todos los alivios médicos adecuados y con los consuelos humanos posibles. Etimológicamente la palabra eutanasia proviene del griego, significa buena muerte, muerte adecuada y se aplica a la situación en la que el médico provoca la muerte del paciente por compasión, ya sea con la acción o con la omisión. Hay diferentes tipos de eutanasia por el modo de producirse:

- Activa (acción) frente a pasiva (omisión).
- Voluntaria (con consentimiento del paciente) frente a involuntaria (sin consentimiento del paciente).
- Directa (muerte intencionada) frente a indirecta (muerte no buscada).

La complejidad y las implicaciones éticas de esta situación ha condicionado la necesidad de legislar y definir criterios de actuación que salvaguarden la autonomía de las personas. En 2002 la Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Intensivos aprobaron una declaración sobre atención médica al final de la vida, de carácter orientador; así mismo, se va a crear el Registro Nacional de Instrucciones Previas, en el marco de la Ley de Autonomía del Paciente, que permitirá ayudar en situaciones a definir derechos y obligaciones. La actitud de la medicina actual ante los enfermos terminales que parte del mantenimiento en vida del paciente terminal con funciones asistidas retrasando la muerte inevitable, ha desencadenado en algunos casos el encarnizamiento terapéutico cuyas víctimas principales son los ancianos con enfermedad terminal. Nuevas orientaciones exigen definir posturas del personal asistencial, del paciente y de la familia en relación a la tolerancia al dolor y al sufrimiento, el equilibrio entre la falta de autonomía y de conciencia y las técnicas aplicadas para reducir el sufrimiento, la ansiedad y el dolor.

La legislación sobre la eutanasia en los diferentes países es muy diversificada; es legal con restricciones en Suiza (1941), Japón (1962), Holanda (2002),

Bélgica (2002) o el estado de Oregón (EE.UU.) (1997). La eutanasia a petición en España es castigada con una pena menor que oscila entre los 18 meses y los 3 años de prisión. La argumentación sobre el posicionamiento es también diversa:

- a) Argumentos *en contra*: de carácter religioso, la vida y la muerte dependen de Dios, la consideración de asesinato, la discusión sobre el falso «derecho a morir», sus consecuencias negativas, la presión moral ejercida, la desconfianza que suscita abrir una puerta a matar a otra persona, etc.
- b) Argumentos *a favor*: la libertad para decidir sobre la propia vida, el derecho a morir dignamente, el deseo de dejar de sufrir, etc.

Globalmente, los argumentos a favor y en contra de la eutanasia se reparten en los aspectos: el consenso, la dignidad de la persona y la autonomía personal como fundamentos de la bioética.

Respecto al encarnizamiento terapéutico, definido como «la aplicación a un paciente terminal de tratamientos extraordinarios de los que nadie puede esperar ningún tipo de beneficio para el paciente» (Asociación Médica Mundial, 1983), constituye una práctica éticamente reprobable. El artículo 28.2 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial del Estado, dice que en caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Asistirá al enfermo hasta el final, con el respeto que merece la dignidad del hombre. En determinados casos se plantea la administración de sedantes conocida como sedación terminal, definida como la administración deliberada de fármacos para producir una disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la conciencia en un paciente cuya muerte se prevé próxima, con la intención de aliviar un sufrimiento físico y/o psicológico inalcanzable con otras medidas y con el consentimiento explícito, implícito o delegado del paciente. El respeto a los derechos del paciente pasa por que sea partícipe de las decisiones sobre su atención, aunque éstas hayan de pasar por una información desagradable. La sedación terminal es éticamente correcta cuando su objetivo es mitigar el sufrimiento y no la provocación intencionada de la muerte y cuando no existe ningún tratamiento alternativo que consiga los mismos efectos principales sin el efecto secundario que sería el acortamiento de la vida.

En la actualidad se está debatiendo sobre la conveniencia de realizar con antelación la declaración de la voluntad personal sobre las medidas a tomar en caso de que ocurra una enfermedad suficientemente invalidante para que la persona implicada no pueda hacer uso de su autonomía y libertad. Las indicaciones anticipadas realizadas en situación de lucidez mental para que ten-

gan validez deben reunir una serie de condiciones: el documento se ha de firmar ante notario y con presencia de testigos, incluye la posibilidad de que se designe a un representante de esas voluntades que garantice su cumplimiento cuando sea necesario, y es conveniente que se entregue copia del documento firmado al representante legal u otra persona de confianza.

El contenido del documento debe versar sobre la voluntad del tipo de atención médica que se desea recibir en caso de enfermedad irreversible o terminal, especificando las diferentes opciones para el sufrimiento y evitar la prórroga no deseada de la vida. Este documento se podrá anular a voluntad del interesado en cualquier momento. Un estudio estadístico realizado en el Hospital del Mar de Barcelona muestra las respuestas de los familiares de 88 pacientes ingresados de junio a diciembre de 2000 en la unidad de curas intensivas: en ningún caso aparecía un documento de voluntades anticipadas y tan sólo en el 12,5 % de los casos se había nombrado un representante.

## 4. El duelo

El **duelo** se refiere a la pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psicoafectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales, y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida. En la vejez, lógicamente, la persona tiene grandes probabilidades, si vive lo suficiente, de experimentar una o varias veces este proceso de duelo y, en especial, uno de los duelos más intensos y a la vez más frecuentes: el provocado por la pérdida de la pareja, alguien con quien se ha compartido muchos años (o incluso muchas décadas) y con quien se mantenía una relación estrecha e íntima. Es importante tener en cuenta, al hablar de la pérdida de la pareja, que debido a la mayor longevidad de la mujer y a que en muchas parejas (especialmente de las generaciones que hoy son mayores) los hombres son algo mayores que las mujeres, este proceso de pérdida y duelo afecta mucho más a las mujeres que a los hombres: existen aproximadamente tres viudas por cada viudo (IMSERSO, 2002).

Las manifestaciones psicológicas del duelo, en especial cuando la persona perdida era muy allegada y querida, son principalmente las siguientes:

- La depresión, los sentimientos de profunda tristeza y amargura son los dominantes. La persona echa de menos al ausente y se siente que la vida si él o ella carece de sentido, se llega a sentir que faltan las fuerzas para seguir viviendo. En ocasiones estos sentimientos depresivos se acompañan de síntomas somáticos, como la pérdida del apetito, los problemas para conciliar el sueño, etc.
- La soledad es un segundo sentimiento dominante. La persona que ha sufrido la muerte de un ser querido se siente abandonada, perdida. Las tareas cotidianas que realizaban conjuntamente provocan un gran



dolor y crisis de llanto. Este sentimiento puede verse agravado por el hecho de que la persona, en ocasiones, ha de asumir las tareas y responsabilidades que antes ejercía el fallecido.

Junto con estos dos sentimientos prioritarios, algunas personas que han sufrido pérdidas importantes (en especial, los viudos y las viudas, quienes han sido los más estudiados) muestran otro tipo de sentimientos quizá no tan generales:

- La idealización del marido o mujer perdida, proceso por el que en el recuerdo del viudo/a quedan sólo sus cualidades positivas y los momentos agradables pasados juntos. Este proceso de «santificación» por el que la persona fallecida se recuerda de manera tan favorable, paradójicamente sirve también para transformarlo en algo distante e irreal, y esa distancia ayuda a elaborar y completar el proceso de duelo (Lopata, 1996).
- Sentimientos de que la persona perdida está presente todavía, lo que hace que incluso el comportamiento del viudo/a tenga en cuenta que, de alguna manera, su pareja le está observando, guiando y velando por él/ella. Es frecuente que se dé también una cierta identificación con la persona fallecida, que se siente como dentro de uno.
- Revivir obsesivamente las últimas horas, días o semanas pasadas con la persona fallecida. En ocasiones, esto se acompañaba con un autoexamen sobre si se había hecho lo suficiente por él/ella (si se podía haber hecho algo para evitar su muerte, si se le había cuidado de manera adecuada, etc.), generando en algunas personas sentimientos de culpabilidad.
- Sentimientos de alivio, especialmente si la muerte ha estado antecedida de un periodo largo de cuidados intensos que suponen el desgaste físico y psicológico del cuidador. Estos sentimientos de alivio a veces provocan también culpabilidad.

Precisamente la presencia de sentimientos de culpabilidad y remordimiento, presentes en algunos procesos de duelo, son un factor que predice la complicación de este proceso, haciéndolo más conflictivo, más duro, prolongándolo en el tiempo y dificultando su superación.

La intensidad del proceso de duelo depende, además de otros factores. Entre ellos destacan:

- Las circunstancias que han rodeado la muerte: si se trata de una muerte inesperada, debida a un accidente, la reacción de duelo suele ser más intensa que si la muerte es el final de un proceso de enfermedad más o menos largo que ha preparado a los seres queridos para un desenlace fatal.

- La cantidad y calidad de apoyo social: cuando las personas que sufren la pérdida tienen otras personas de confianza para recibir consuelo y expresar sentimientos, los síntomas del duelo se presentan con una menor intensidad.
- La edad de la persona fallecida: el impacto de la muerte de una persona anciana parece ser menor que el impacto de una persona joven. Los adultos, por ejemplo, parece que se preparan para la muerte de sus padres cuando éstos llegan a cierta edad, es una muerte predecible y en cierto sentido anticipada (Fulton, Madden y Minichiello, 1996). Sin embargo, esos mismos adultos difícilmente van a estar preparados para la muerte de uno de sus propios hijos. Este tipo de pérdida especialmente «fuera de tiempo» es la que tiene más probabilidades de generar un duelo complicado, emocionalmente muy intenso y acompañado de síntomas físicos.

El duelo acostumbra a expresarse a través del **luto** que supone una manifestación externa del sentimiento del dolor. Estudios culturales realizados indican que hay gran similitud en el fondo de la experiencia de las personas aunque se dé una gran variedad de manifestaciones, comportamientos y rituales.

### 4.1. La elaboración del duelo

Una idea bastante aceptada es que para conseguir un restablecimiento del equilibrio psicológico tras la pérdida y el restablecimiento del estilo de vida que incorpore los cambios derivados de la misma es necesario pasar por el proceso de duelo, es decir, pasar por una fase de pena y dolor intenso.

Sin embargo, tras un periodo variable, que puede ir desde algunos meses hasta incluso varios años, estos sentimientos suelen mitigarse. Este proceso por el que la persona es capaz de superar la pérdida se conoce como la elaboración del duelo, e implica varias tareas, entre las que se han destacado las siguientes (Worden, 1982):

- **Aceptar** la realidad de la pérdida: en muchas ocasiones, la persona no acaba de creerse que la persona querida realmente ha fallecido, o se entiende de manera intelectual, pero no emocional. La persona puede sentir que está viviendo un sueño del que terminará por despertar. La primera tarea para superar el duelo es, precisamente, la aceptación racional y emocional de la pérdida que se ha experimentado, aceptar que la pérdida es irreversible.
- **Dar expresión** a los sentimientos, identificarlos y comprenderlos. Se supone que para superar la pérdida, la persona ha de expresar abiertamente el dolor y experimentar sentimientos de aflicción.

- **Adaptarse** a una nueva vida sin la persona desaparecida. La persona (especialmente cuando hablamos de viudos y viudas) ha de cubrir las áreas y tareas de las que se ocupaba el fallecido y ha de ser capaz de crear nuevas rutinas cotidianas estables y satisfactorias.
- Ser capaz de **implicarse emocionalmente** de nuevo. El paso final de la superación del duelo es cuando la persona es nuevamente capaz de invertir la energía emocional en nuevas relaciones, es capaz de volver a amar en un sentido amplio, de preocuparse por los demás y de restablecer o crear nuevos lazos afectivos con las personas que le rodean. La persona acaba por sentirse cómoda tanto con los recuerdos positivos como negativos del difunto.

Sin embargo, este proceso de superación no se da o se complica en algunas personas. Este tipo de duelo patológico puede suponer la ausencia o el retraso de los sentimientos de dolor propios del duelo hasta la presencia de un duelo muy intenso y prolongado, asociado a conductas suicidas o síntomas de desequilibrio psíquico. Las personalidades más propensas a elaborar un duelo patológico son las personas dependientes, inseguras o ansiosas, las de carácter muy atento, solícito y cuidador y las de marcada ambivalencia disfórica. Se diferencian dos tipos de duelo patológico:

**Duelo complicado o no resuelto.** Se incluyen en esta categoría, las alteraciones en el curso e intensidad del duelo, bien por exceso (manifestaciones excesivas), o bien por defecto (ausencia de manifestaciones). La incidencia de este cuadro clínico oscila entre el 5 y el 20 % de las reacciones de duelo. Sus síntomas son parecidos al trastorno por estrés postraumático (TEPT). Sus recientes investigaciones, aparecidas en junio de 2005 en el *Journal of the American Medical Association*, están demostrando que es más eficaz el tratamiento combinando el tratamiento interpersonal de la depresión con el tratamiento del TEPT que no desde el tratamiento estándar de la depresión. Bourgeois (1996) distingue diferentes modalidades de duelo complicado:

- Duelo *ausente o retardado*: la negación de la pérdida provoca esperanza infundada de retorno del ausente que genera un intenso cuadro de ansiedad.
- Duelo *inhibido*: se produce una «anestesia emocional», con imposibilidad de expresar las manifestaciones de pérdida.
- Duelo *prolongado o crónico*: con persistencia de la sintomatología depresiva, más allá de los 6-12 meses.
- Duelo *no resuelto*: similar al anterior, el paciente queda «fijado» en la persona fallecida y en las circunstancias que rodearon su muerte, sin volver a su vida habitual.
- Duelo *intensificado*: se produce una intensa reacción emocional tanto precoz como mantenida en el tiempo.

- Duelo *enmascarado*: se manifiesta clínicamente por síntomas somáticos (intensos dolores de cabeza, insomnio, falta de apetito, etc.).

**Duelo psiquiátrico.** Aparece un verdadero trastorno psiquiátrico bien definido, que puede manifestarse como:

- Histérico: el paciente se identifica con el difunto, incluso trata de parecerse a él.
- Obsesivo: se hace muy intenso el sentimiento de culpa que suele acabar en una depresión grave y prolongada.
- Melancólico: la depresión es más intensa, destacando la pérdida de la autoestima y la ideación suicida.
- Maníaco: el dolor se considera inútil al considerar que la muerte no tiene ninguna importancia, para evolucionar hasta un cuadro depresivo posteriormente.
- Delirante: el paciente está convencido de que el difunto sigue estando vivo y se comporta de acuerdo con esta idea.

Entre los factores de riesgo de un duelo patológico se incluyen: a) una pérdida inesperada, b) presenciar situaciones terribles alrededor de la pérdida, c) aislamiento social, d) sentimientos de responsabilidad por la muerte, e) historias de muertes traumáticas y f) intensa dependencia al individuo que falleció.

### 4.2. Intervenciones terapéuticas en el duelo

En las situaciones de duelo, la mayoría de las personas cuentan con otros familiares o amigos que ayudan a superar la situación. Sin embargo, las personas que no cuentan con este apoyo, o aquellas que experimentan complicaciones en el proceso de duelo pueden necesitar de un apoyo terapéutico específico para superar el proceso de duelo. En estas situaciones más graves es preciso aplicar la terapéutica oportuna, para lo cual se puede optar por muchos enfoques y opciones: técnicas conductuales, técnicas cognitivas, técnicas sistémicas, técnicas humanistas y/o en su necesidad, procedimientos farmacológicos.

Una propuesta importante es la de los llamados *grupos de duelo*. En estos grupos la persona se reúne con otras que han experimentado también pérdidas y que se encuentran por ello en una situación similar. Estos grupos suelen estar moderados por un profesional o, en su defecto, por un voluntario (generalmente, alguien que ha experimentado y superado un proceso de duelo y que tiene las competencias necesarias para conducir el grupo). Cada persona que acude al grupo puede expresar sus sentimientos, vivencias, emociones y es acogida y escuchada por los otros. La persona encuentra un espacio íntimo y propio donde poder exteriorizar todo aquello por lo que está pasando

y así disminuir la ansiedad, lo que ayuda a elaborar su propio camino hacia la aceptación, a su propio ritmo, entendiendo qué le está pasando, comprendiendo las fases por las que pasa en su duelo. Cada persona vive su duelo único, de manera única, el grupo ayuda a poder abrirse a lo que está sucediendo en su interior, a poder mirarlo y afrontarlo y a compartirlo con las demás personas que están pasando por el mismo sufrimiento. El efecto del proceso de grupo se refleja en la autoestima, confianza y autoeficacia al mejorar la percepción de los propios recursos. Las bases del trabajo en los grupos de duelo son el no juzgar o dar consejos, nunca preguntar «por qué», evitar las interpretaciones, concentrarse en el aquí y el ahora y centrarse en los sentimientos y las emociones.

En cualquier caso, los esfuerzos de ayuda para elaborar el duelo han de tener como objetivo que la persona complete las tareas que indican su superación y que hemos mencionado anteriormente. Así, algunos principios básicos para enfrentar una pérdida son los siguientes:

- Disponer de alguien con quien hablar y expresar sentimientos, especialmente aquellos que son difíciles de reconocer (culpa, rabia, etc.).
- Ayudar en las responsabilidades cotidianas de la persona que ha experimentado la pérdida (para que no se sienta ahogada en ellas), pero no sustituirla totalmente. Se trata de intentar mantener la participación en las tareas cotidianas.
- Asegurar las suficientes horas de descanso, así como una dieta bien equilibrada, y, si es posible, cierto nivel de actividad o ejercicio físico.
- Evitar la ingesta de alcohol o la automedicación, que sólo harán que el proceso se complique más fácilmente.
- Regresar a su rutina diaria lo más pronto posible.
- Evitar tomar decisiones grandes e importantes de inmediato.
- Pedir ayuda si es necesario.
- Dar tiempo y ayudar a entender el proceso de duelo como algo natural.

Jorge Bucay (2003) en su libro *El camino de las lágrimas* escribe:

... Hay que buscar la manera, encontrar los lugares, describir el cómo, hallar las personas, buscar los caminos para conectarnos con las mejores cosas que tenemos. Y las mejores cosas que tenemos son la lucha y el deseo de seguir adelante. Las ganas de vivir la vida que a pesar de enfrentarnos con dolores y temores, vale la pena ser vivida...

La elaboración del duelo forma parte de un proceso de aprendizaje que deberíamos realizar a lo largo del desarrollo personal, se trata de una expresión más de la elaboración de las pérdidas, no siempre fácil de lograr. En la vida tenemos la necesidad de aprender que muchas de las personas, situaciones y cosas con las cuales nos hemos encontrado, las tendremos que dejar

atrás. Bucay sostiene que no hay posibilidad de seguir adelante en el camino, de realizarse como persona, de ser feliz, en tanto no seamos capaces de dejar aquello que ya no está, de aceptar la situación. Los duelos y las pérdidas son parte del desarrollo madurativo, imprescindible para poder evolucionar.

### Cuestiones clave

1. ¿Cuál es el papel del psicólogo en el equipo interdisciplinar que atiende a las personas mayores en situación terminal?
2. ¿Qué formación se requiere para intervenir como psicólogo en los equipos de cuidados paliativos?
3. ¿Qué implicaciones tiene la conciencia moral personal en la intervención de los profesionales?
4. ¿Cuál sería el límite de la autonomía del individuo en fase terminal?
5. Para satisfacer las necesidades planteadas por el proceso de morir ¿los recursos deben ser públicos o privados?
6. ¿Qué piensas que se entiende por «humanizar la muerte»?
7. ¿Cuál ha sido el impacto social de los casos de Terri Schiavo y Ramón Sampedro? Busca en Internet documentos sobre estos dos casos y analiza el papel de los medios de comunicación en la creación de opinión y criterio bioético.

### Actividades prácticas

Diseña un cuadro de doble entrada que muestre las similitudes y diferencias entre los síntomas más frecuentes que aparecen en la depresión, las situaciones de duelo y pérdida y el trastorno de estrés postraumático. Si no tienes suficiente con la información aportada por este y otros capítulos del libro, la base de datos Medline plus te aportará mucha información, y también puedes utilizar, entre otras, las siguientes páginas web:

Depresión: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression.html>

Duelo: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/bereavement.html>

T. estrés postr.: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/posttraumaticstressdisorder.html>

### Lecturas recomendadas

Doore, G. (ed.) (2001): *¿Vida después de la muerte?* 3ª. ed. Barcelona: Kairós.

Plantea cuestiones y presenta experiencias apasionantes en relación a lo que sucede a partir de la muerte. El texto provoca inevitablemente la revisión de supuestos personales sobre la finitud y la concepción filosófica y religiosa que hay detrás de muchas consideraciones sobre la vida y la muerte.

Kübler-Ross, E. (1989): *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.

Constituye una de las aportaciones prácticas más relevantes sobre el proceso de morir. Es el resumen de más de 500 entrevistas con enfermos moribundos. Pese a las objeciones que ha tenido su enfoque de las cinco etapas, es inevitable fuente de referencia.

Malla, R. (2005): «La muerte y el proceso de morir. Pérdida y duelo». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 566-591. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Raquel Malla expone en este capítulo las principales cuestiones respecto a la muerte y el duelo desde una perspectiva psicológica, enfatizando también implicaciones éticas y de intervención.

Meyer, J. E. (1983): *Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo*. Barcelona: Herder.

Aporta conocimientos sobre psiquiatría, psicoterapia y psicosomática sobre la angustia ante la muerte de los enfermos neuróticos. Plantea el dilema de las personas en la actualidad ante la discrepancia entre la actitud individual y la actitud colectiva ante la muerte y el morir.

O'Connor, N. (1990): *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. México: Trillas. Ofrece información sobre las consecuencias de las pérdidas por la muerte de las personas queridas ya sea padres, hijos, cónyuge, hermanos, así como la propia muerte. Presenta sugerencias para manejar las pérdidas y para apoyar a los supervivientes.

Algunas direcciones interesantes con listados de enlaces:

Sociedad Española de Tanatología: <http://tanatologia.org>

Sociedad Española de Cuidados Paliativos: [www.secpal.com/](http://www.secpal.com/)

Biblioteca Nacional de Medicina de EUA:

[www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/deathanddying.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/deathanddying.htm)

Otras fuentes específicas:

[www.stchristophers.org.uk/](http://www.stchristophers.org.uk/)

[www.hospiceinformation.info/](http://www.hospiceinformation.info/)

[www.hospicecare.com/](http://www.hospicecare.com/)

[www.eutanasia.ws/](http://www.eutanasia.ws/)

[www.elduelo.org/](http://www.elduelo.org/)

[www.psicomundo.com/tiempo](http://www.psicomundo.com/tiempo)

## Bibliografía

Altarriba, F. X. (1995): «La muerte en la cultura post-moderna. Una perspectiva sociológica». *Quadern CAPS*, 23, pp. 15-20.

Ariès, P. (1999): *El hombre ante la muerte* (4.ª edición). Madrid: Taurus.

Bayés, R. (2001): *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.

Belando, M. R. (1989): «Educar para la vida. Educar para la muerte. Reflexiones sobre la muerte y la vejez». *Anales de Pedagogía*, 16, pp. 199-225.

Blanco, A., y Antequera-Jurado, R. (1998): «La muerte y el morir en el anciano». En L. Salvarezza (ed.), *La vejez. Una mirada gerontológica actual*, pp. 379-401. Buenos Aires: Paidós.

Bucay, J. (2003): *El camino de las lágrimas*. Barcelona: Grijalbo Mondadori.

Bourgeois, M. L. (1996): *Le deuil clinique pathologique*. París: PUF.

Ciurana, R. (1999): «Cuidado del paciente terminal y su familia». En Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (ed.), *Curso a distancia de prevención en atención primaria*, tomo 3, pp. 127-143. Barcelona: Renart.

Corbí, M. (2001): *Acerca de la muerte*. Barcelona: Biblioteca Agrupació.



## 11. Muerte, duelo y atención psicológica a enfermos terminales ancianos

- Fulton, G.; Madden, C., y Minichiello, V. (1996): «The social construction of anticipatory grief». *Social Sciences and Medicine*, 43, pp. 1349-1358.
- Fundación SAR (2000): *Manual y protocolos asistenciales en residencias para personas mayores*. Barcelona: Herder.
- Gil, E. (1985): «La muerte en otras culturas». *JANO*, mayo-junio 1985, pp. 37-46.
- Gómez-Batiste, X. (2005): «Cuidados paliativos en España: de la experiencia a la evidencia». *Revista de SECPAL*, 11, pp. 1-2.
- Herranz, G. (1992): *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial*. Pamplona: EUNSA.
- IMSERSO (2002): *Informe 2002: Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- Jiménez, F., y Sangrador, J. L. (1985): «Perspectivas psicosociológicas sobre la muerte y el morir». *JANO*, n.º 654, pp. 49-59.
- Kastenbaum, R. M. (2000): *The psychology of death* (3.ª edición). Nueva York: Springer.
- Kübler-Ross, E. (1975): *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- (1995): *Morir es de vital importancia*. Barcelona: Luciérnaga.
- Lopata, H. Z. (1996): «Grief and husband sanctification». En D. Klass, P. Silverman y S. Nickman (eds.), *Continuing bonds; New understandings of grief*, pp. 149-162. Nueva York: Taylor and Francis.
- Malla, R. (2005): «La muerte y el proceso de morir. Pérdida y duelo». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 566-591. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Martínez, B.; Alonso, J. M., y Calvo, F. (2001): «Estudio comparativo de ansiedad ante la muerte en una muestra de ancianos y jóvenes». *Psiquis: Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática*, 22, pp. 12-18.
- OMS (1990): *Cancer pain relief and palliative care*. Ginebra: OMS.
- Pinazo, S., y Bueno, J. R. (2004): «Reflexiones acerca del final de la vida: un estudio sobre las representaciones sociales de la muerte en mayores de 65 años». *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14, pp. 22-26.
- Rodabourg, T. (1980): «Alternatives to the stages model of the dying process». *Death Education*, 1, pp. 1-19.
- Ross, L. M., y Pollio, H. R. (1991): «Metaphors of death: A thematic analysis of personal meanings». *Omega: Journal of Death and Dying*, 23, pp. 291-307.
- Sporcken, P. (1978): *Ayudando a morir: aspectos médicos, asistenciales, pastorales y éticos*. Santander: Sal Térrea.
- Stillion, J. M. (1995): «Death in the lives of adults: Responding to the tolling of the bell». En H. Wass y R. A. Neimeyer (eds.), *Dying: Facing the facts*, pp. 303-322. Washington: Taylor and Francis.
- Sureda, M. (2003): *Aproximación al enfermo terminal y a la muerte*. Associació Catalana d'Estudis Bioètics [<http://www.aceb.org/term.htm>, fecha de acceso 03/11/2005].
- Tizón, J. L. (2004): *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós Ibérica-Fundació Vidal i Barraquer.
- Tomer, A. (1992): «Death anxiety in adult life: Theoretical perspectives». *Death Studies*, 16, pp. 475-506.
- Worden, J. W. (1982): *Grief counselling and grief therapy: A handbook of mental health practitioner*, 2.ª ed. Nueva York: Springer.



**Quinta parte**

# **Envejecimiento y psicopatología**



# 12. Trastornos mentales en la vejez

Josep Lluís Conde y Adolfo Jarne

Las cifras globales de trastornos mentales en la vejez pueden alcanzar al 20-25 % de los mayores de 65 años que viven en la comunidad; enunciado en forma positiva podríamos decir que las tres cuartas partes de las personas mayores envejecen relativamente bien. En cambio si nos referimos únicamente a las personas institucionalizadas u hospitalizadas, aunque representan un porcentaje pequeño de la población mayor, estas cifras se disparan hacia la vertiente patológica.

¿Son más altas estas cifras que en otros sectores de edad? Aunque existen diferentes opiniones, es posible que en la vejez exista un efecto acumulativo de algunos trastornos manifestados en etapas anteriores a los que se añadirían los de una relación más directa con la mayor edad: los trastornos demenciales.

¿Cuáles son los factores relacionados con estas patologías? Inevitablemente tenemos que hacer referencia en primer lugar al declive biológico: tanto las discapacidades funcionales como los procesos de deterioro somático, especialmente cerebro-vasculares, van a cobrar una especial relevancia con la edad. Por otra parte y en relación a los aspectos sociales, vamos a encontrarnos con la temática de las pérdidas personales, familiares y sociales que pueden generar situaciones de soledad y aislamiento favorecedoras de las patologías. De hecho, cuando se les pregunta a las personas mayores qué es lo que más temen de la vejez hacen referencia en primer lugar a la salud y en segundo lugar a la soledad.

El presente capítulo pretende explorar los principales trastornos mentales explicitando en cada uno de ellos el concepto y la sintomatología, los datos

epidemiológicos existentes, las formas clínicas más frecuentes en cada trastorno, las posibles explicaciones sobre su etiología, así como los factores de riesgo más importantes, las tareas de diagnóstico y sus dificultades y por último los tratamientos posibles más habituales. Cabe señalar que los trastornos demenciales que forman parte de la psicopatología de la vejez serán abordados en el siguiente capítulo.

### 1. Trastornos de ansiedad

La ansiedad es un estado emocional caracterizado por síntomas de malestar, aprensión y preocupación excesiva que se desencadena ante una amenaza potencial, real o imaginaria, viéndose la persona incapaz de controlar este estado de inquietud. Suele ir acompañado de trastornos somáticos tales como taquicardias, tensión muscular, cefaleas, sudoración, sensación de ahogo, fatiga, trastornos del sueño, digestivos, etc.

Los síntomas de ansiedad son frecuentes en el anciano, acompañando a diversas patologías (depresión, demencia, alcoholismo, enfermedades somáticas) y es menos frecuente su diagnóstico como trastorno único.

#### 1.1. Datos epidemiológicos y formas clínicas más frecuentes

En general los estudios epidemiológicos encuentran que la vejez presenta tasas menores de estos trastornos en comparación con los de otras etapas vitales. Esto puede ser debido a que cuando la ansiedad acompaña a otros trastornos (por ejemplo, cognitivos, somáticos o a la misma depresión), estos últimos prevalezcan como categoría diagnóstica.

En el estudio ECA (Robins y Regier, 1991) realizado en los Estados Unidos, la prevalencia global de los trastornos de ansiedad en mayores de 65 años fue del 5,5 %, siendo la fobia el más frecuente (4,8 % con desigual afectación por sexo: 2,9 % hombres, 6,1 % mujeres), el trastorno de ansiedad generalizada tenía una prevalencia entre el 1 y el 2,2 %, el trastorno de pánico un 0,2 % en mujeres mayores exclusivamente y el trastorno obsesivo-compulsivo un 0,8 %. En general la ansiedad era mayor en mujeres y globalmente estos datos eran menores que en el resto de la población.

Un estudio más reciente realizado en el entorno europeo (Beekman y cols., 1998) señala cifras más altas con una prevalencia total para los trastornos de ansiedad del 10,2 %. El trastorno más frecuente era el de ansiedad generalizada con un 7,3 %, las fobias con un 3,1 %, el trastorno de angustia con un 1 % y el trastorno obsesivo-compulsivo con un 0,6 %. En un estudio realizado en nuestro país (Saz, Copeland, De la Cámara, Lobo y Dewey, 1995) las cifras son más bajas; la prevalencia era del 0,7 % para los trastornos obsesivos, del 1,8 % para la hipocondría, del 0,1 % para las fobias y del 2,4 % para la ansiedad en general.

**Tabla 12.1. Prevalencia media de los trastornos de ansiedad**

Trastorno	Prevalencia 1 a 6 meses (%)
— Trastorno de ansiedad generalizada.....	4
— Trastornos fóbicos.....	0,7 – 12
— Fobia social.....	1
— Fobia simple.....	4
— Agorafobia.....	1,4 – 7,9
— Trastorno de angustia.....	0,1
— Trastorno obsesivo compulsivo.....	0,1 – 0,8

Fuente: Krasucki, Howard y Mann (1998).

De los datos citados podemos concluir que globalmente los trastornos de ansiedad afectarían al 10-12 % de las mujeres mayores de 65 años y al 5-6 % de los varones. Exponemos en la tabla 12.1 la revisión de los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad de Krasucki, Howard y Mann (1998).

Respecto a las formas clínicas más frecuentes, en la tabla 12.2 se explicitan las diferentes formas clínicas según el DSM-IV (1995) y la clasificación de la OMS CIE-10 (1995).

**Tabla 12.2. Formas clínicas de los trastornos de ansiedad**

DSM-IV	CIE-10
— Trastorno de ansiedad fóbica.	— Trastorno de angustia con agorafobia.
— Agorafobia.	— Trastorno de angustia sin agorafobia.
— Fobia social.	— Fobia social.
— Fobia específica.	— Fobia específica.
— Otros trastornos de ansiedad.	— Trastorno obsesivo-compulsivo.
— Trastorno de angustia.	— Trastorno por estrés postraumático.
— Trastorno por ansiedad generalizada.	— Ansiedad por trastorno médico.
— Trastorno mixto ansiedad y depresión.	— Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.
— Trastorno obsesivo-compulsivo.	

*Trastorno de ansiedad generalizada.* Se caracteriza por temores excesivos, expectativas de acontecimientos adversos, ansiedad anticipatoria, tensión emocional e hipervigilancia de una forma constante y permanente.

*Trastornos fóbicos.* Se presentan como temores persistentes e irracionales hacia objetos, situaciones o actividades que comportan actitudes de evitación. Las temáticas más habituales son el temor a salir de casa, o el temor a quedarse solo, la utilización de transportes públicos, la utilización del ascensor, etc. Así como las fobias simples suelen tener un origen en etapas anteriores, la agorafobia (miedo a los espacios abiertos) suele presentarse más tardíamente.

*Trastorno de angustia o de pánico.* Se caracteriza por episodios de crisis relativamente breves con sensación de muerte inminente. Los síntomas que acompañan estas crisis son: dificultades respiratorias, mareos, opresión torácica, temor a caerse, etc. Presenta una menor frecuencia en los ancianos que en personas más jóvenes.

*Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC).* Se caracteriza por la presencia de pensamientos, impulsos o imágenes que se repiten causando ansiedad y malestar. La ideación relacionada con imágenes o pensamientos de tipo religioso es frecuente en el anciano.

*Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.* Los síntomas se relacionan con una enfermedad orgánica: endocrinas y metabólicas (diabetes, hipertiroidismo), cardiovasculares (insuficiencia coronaria), respiratorias (asma bronquial) y neurológicas (demencias, parkinson). La ansiedad acompañaría frecuentemente estas enfermedades en los ancianos.

### 1.2. Etiología y factores de riesgo

*Factores psicológicos.* Desde el punto de vista psicodinámico la ansiedad representa una señal de alarma provocada por un conflicto psíquico. Este conflicto puede estar relacionado frecuentemente en los ancianos con las pérdidas de personas significativas o con la ausencia de figuras y/o situaciones de apoyo. Desde la visión cognitiva la persona tendría una visión amenazante del mundo exterior con elementos anticipatorios y respuestas desajustadas.

Se ha relacionado también con una mayor probabilidad de padecer ansiedad a las personas con un locus externo de control (cuando consideran que la responsabilidad de su estado es externa a ellas), las que poseen un mayor tono interno (personas con dificultad para relajarse y fácilmente excitables) y a las más introvertidas socialmente, ya que la falta de apoyo y contraste con los demás puede magnificar las dificultades personales.

*Factores psicosociales.* Los factores relacionados con el estrés (por ejemplo, acontecimientos vitales negativos, enfermedad crónica, limitaciones funcionales, soledad o salud subjetiva baja) parecen ser importantes en todos los trastornos de ansiedad, excepto en el TOC, en el que primarían los factores más biológicos.

*Factores biológicos.* Desde el punto de vista genético existiría una mayor posibilidad de padecer ansiedad en ancianos con historia familiar de este trastorno, aunque esta heredabilidad es mayor para el TOC. Por otra parte parece ser que el GABA (neurotransmisor inhibidor de la excitabilidad neuronal) se reduce con la edad, contribuyendo de esta forma a una mayor propensión a reacciones ansiosas frente a situaciones estresantes.



### 1.3. Diagnóstico, evaluación y tratamientos

Además del inevitable examen clínico en el que hay que valorar la historia, circunstancias, eventos vitales, mecanismos de defensa, presencia de otras enfermedades, etc., existen diversas escalas para la valoración de la ansiedad, aunque ninguna de ellas proporciona información diferenciada de las distintas formas, sino más bien de la ansiedad general.

- Inventario de Ansiedad de Estado-Rasgo de Spielberger (*State-Trait Anxiety Inventory*, STAI; Spielberger, 1983). Prueba de 40 ítems que evalúa separadamente la dimensión ansiedad estado (reacción temporal de ansiedad, ítems 1-20) de la ansiedad rasgo (predisposición estable a la ansiedad, ítems 21-40).
- Escala de Ansiedad-Rasgo de Zung (*Anxiety Status Inventory*, ASI; Zung, 1971). Escala de 20 ítems, 15 de ellos somáticos y 5 afectivos.
- Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Escala de 21 ítems que mide la severidad de la ansiedad y la diferencia con la depresión. Su composición es de 13 ítems para síntomas fisiológicos, 5 para aspectos cognitivos y 3 para síntomas somáticos.

No obstante, la dificultad más importante en el diagnóstico de los trastornos de ansiedad es el diagnóstico diferencial con otros cuadros especialmente:

*Ansiedad y depresión.* La comorbilidad de ambas es muy alta. El 80 % de las depresiones tienen valores destacados de ansiedad y el 50 % de las ansiedades generalizadas tienen síntomas de depresión.

*Ansiedad y agitación.* La agitación suele acompañar a trastornos como la depresión, el delirium, las demencias, los trastornos psicóticos y es más bien una expresión de las dificultades de comunicación de sus emociones.

*Ansiedad y demencia.* La ansiedad es frecuente en los estados iniciales de la demencia cuando el anciano tiene alguna conciencia de sus déficit, aunque puede darse también en los estadios moderados en forma de deambulación, farfuleo, etc.

*Tratamientos no farmacológicos y psicológicos.* Respecto a los tratamientos de los trastornos de ansiedad, es importante en primer lugar la exploración del entorno sociofamiliar. Es preciso considerar que un buen sistema de apoyo familiar y social, la integración social y la protección frente a los elementos estresantes son elementos a tener en cuenta para la disminución de los síntomas ansiosos.

El entrenamiento en relajación parece ser útil para reducir la ansiedad en personas mayores. Diversos autores señalan la eficacia de la relajación muscular progresiva.

En las terapias conductuales se utilizan las técnicas de desensibilización sistemática, exponiendo a la persona a la situación que genera ansiedad de forma gradual con el objetivo de enfrentarse a ella disminuyendo progresivamente su capacidad estresante; suelen asociarse al mismo tiempo con técnicas de relajación.

En las terapias cognitivas se pretende identificar la conducta problema, eliminándola progresivamente y favoreciendo aquellas que suponen un comportamiento más apropiado. Se trata de cuestionar las creencias irracionales que provocan una inadecuada interpretación de la realidad y sustituyéndolas por pensamientos más adecuados.

Desde la orientación psicodinámica se proponen psicoterapias focales o bien de apoyo en los casos más graves, con el objetivo de esclarecer los motivos del estado de ansiedad, su relación con episodios vitales anteriores. La mayoría de los autores de esta orientación defienden modificaciones importantes de la técnica psicoanalítica clásica. Por ejemplo, enfatizan relación cara a cara, el papel más activo del terapeuta, la concentración en cuestiones actuales más que en el pasado, una actitud de mayor apoyo y unos objetivos terapéuticos planteados de manera más realista y a corto plazo.

*Tratamientos farmacológicos.* El tratamiento con fármacos debe tener en cuenta un adecuado balance entre beneficios y riesgos para el paciente anciano: hay que considerar los efectos secundarios y las dificultades para el metabolismo hepático. El tratamiento habitual son las benzodiazepinas (Diacepam, Loracepam, etc.) y reciben el nombre genérico de ansiolíticos. Tienen algunos efectos secundarios entre los que destacan la excesiva sedación y especialmente los efectos adversos en las funciones cognitivas y motoras. Algunos antidepresivos (fluvoxamina, paroxetina, etc.) tienen también una capacidad ansiolítica y están indicados para las crisis de angustia, TOC y cuadros mixtos ansioso-depresivos.

## 2. Trastornos afectivos: depresión

A pesar que en los trastornos de la afectividad y del estado de ánimo se incluyen la manía y la depresión, en este apartado se tratará únicamente de la depresión por ser mucho más frecuente, con una prevalencia de entre el 5 % y el 15 % frente a menos del 1 % en el caso de la manía.

Es preciso, antes que nada, distinguir entre los sentimientos de tristeza ocasionales relacionados con alguna circunstancia vital y lo que denominamos depresión clínica cuyos síntomas son persistentes en el tiempo. Cuando hablamos de depresión nos referimos a un estado en el que el paciente sufre una persistencia de los estados de ánimo tristes y pesimistas, una pérdida de interés por todas las actividades, una disminución de la energía, etc., que suele ir acompañado de síntomas somáticos tales como la fatiga, insomnio, alte-

raciones del apetito, etc., y cognitivos tales como la baja autoestima, pérdida de memoria, dificultad de concentración, pobreza y lentitud en el pensamiento y lenguaje, etc. En los ancianos tienen mayor preponderancia los síntomas de apatía que los síntomas emocionales y también hay una mayor presencia de los síntomas somáticos.

Si bien los episodios depresivos graves tienen una frecuencia menor, en cambio los episodios depresivos leves son bastante frecuentes en el anciano.

### 2.1. Datos epidemiológicos y formas clínicas más frecuentes

Los datos sobre la incidencia de la depresión en personas mayores son dispares, tanto por los instrumentos empleados como por los criterios utilizados para el diagnóstico (tabla 12.3).

Resumiendo los datos más relevantes, podríamos decir que, así como las cifras relativas a la depresión mayor son menores que en otras edades, los porcentajes de personas mayores con sintomatología depresiva son mayores.

**Tabla 12.3. Prevalencia de depresión en ancianos en la comunidad**

Autores	Estudio	N.º	Edad	Tipo	Prevalencia
Regier y cols., 1988	ECA Epidemiologic Catchment Area USA	5.702	65+	D. Mayor (DSM-III)	0,7 % 0,4 varones 0,9 mujeres
				Distimia (DSM-III)	1 % varones 2,3 % mujeres
Beekman y cols., 1995	LASA Longitudinal Aging Study Amsterdam	3.056	55 a 85	D. Mayor (DSM-III)	2,02 %
				D. Menor (DSM-III)	12,9 %
Steffens y cols., 2000	Cache County Study UTA	4.559	65 a 100	D. Mayor (DSM-IV)	2,7 % varones 4,4 % mujeres
Black y cols., 1998	Hispanic EPESE Mexican Americans	2.823	65+	Síntomas depresivos	25 % 17 % varones 31,9 % mujeres
Copeland y cols., 1999	EURODEP Nine European Centres	13.808	65+	Casos y subcasos depresión	12,3 % 8,6 % varones 14 % mujeres

Fuente: Gil y Martín (2004).

En el estudio americano *Epidemiologic Catchment Area* (Regier y cols., 1988) se encontró una prevalencia menor del 1 % para la depresión mayor (0,4 % en varones y 0,9 % en mujeres); en la distimia la prevalencia era algo mayor (1 % en varones y 2,3 % en mujeres).

El más actual estudio europeo EURO-DEP (Copeland y cols., 1999), con una metodología específica para la población anciana, encontró una prevalencia media del 12,3 % (8,6 % en varones y 14,1 % en mujeres).

En los estudios desarrollados en nuestro país en personas mayores se observan grandes diferencias en los resultados con unas prevalencias que oscilan entre el 4,8 % en Zaragoza (Lobo, Saz, Marcos, Día y De la Cámara, 1995), hasta el 9,11 % en Girona (Vilalta, López y Llinás, 1998) y un 8,33 % en Canarias (Fernández y cols., 1995). En el Informe del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2005) sobre las personas mayores se citan las últimas cifras de la encuesta nacional de salud, en relación con las enfermedades crónicas diagnosticadas, señalado para la depresión una tasa del 10,3 % (5,8 % varones y 13,7 mujeres).

En el caso de los ancianos institucionalizados las cifras son significativamente mayores. Algunos autores señalan que el 12,4 % de los ancianos que viven en residencias cumplen los criterios de depresión mayor y un 30,5 % presentaría sintomatología depresiva.

En la tabla 12.4 se explicita un resumen de las formas clínicas de la depresión siguiendo la terminología de las dos clasificaciones de las enfermedades mentales más habituales: el DSM-IV (1995) y la CIE-10 (1995).

**Tabla 12.4. Formas clínicas de los trastornos depresivos**

DSM-IV	CIE-10
— Trastorno depresivo mayor.	— Episodio depresivo leve, moderado y grave con y sin síntomas psicóticos.
— Trastorno distímico.	— Trastorno depresivo recurrente leve moderado y grave con y sin síntomas psicóticos.
— Trastorno depresivo no especificado.	— Distimia (trastorno de humor persistente).
— Trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido.	
— Trastorno mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo.	

Previamente a la descripción de las formas clínicas más frecuentes subrayar algunos de los rasgos diferenciales de la depresión en los ancianos: episodios más largos y prolongados, mayor frecuencia de agitación y ansiedad que de inhibición, mayor pérdida de apetito, insomnio más intenso, menor tristeza, más irritabilidad, mayor presencia de somatizaciones e hipocondría, mayor riesgo de suicidio, trastornos cognitivos y mayor presencia de elementos paranoides, entre otros.

*Depresión mayor.* Los síntomas depresivos tienen una duración mayor de dos semanas. Existe un predominio del estado de malestar. Puede ir acompañada o no de melancolía, con o sin síntomas psicóticos y constituir un episodio único o bien recurrente. Se describen constantes déficit de memoria y en ocasiones puede evolucionar hacia la demencia. Lo que es característico de este tipo de depresión en los ancianos es la mayor presencia de síntomas somáticos: falta de energía, trastornos del sueño, trastornos del apetito. Las alucinaciones pueden ser más comunes también en personas mayores. Pueden presentarse finalmente ideas de suicidio.

*Distimia.* Es menos grave respecto a la intensidad de los síntomas que la depresión mayor aunque más crónica. Supone una duración de al menos dos años. Suele haber antecedentes en la edad adulta. Puede desencadenarse a partir de acontecimientos vitales estresantes.

*Depresión menor.* Es un trastorno con una intensidad menor de los síntomas, aunque más recurrente, con una duración de al menos dos semanas. No se relaciona al estrés como desencadenante.

*Trastorno adaptativo depresivo.* En este caso, los síntomas depresivos se relacionan claramente con algún factor estresante de tipo psicosocial (jubilación, duelo, cambio de entorno, etc.). Su duración no debe alargarse más de seis meses una vez desaparecido el factor estresante.

*Depresión endógena, reactiva y orgánica.* Son términos que no aparecen en el DSM-IV, ni en la clasificación de la OMS y sin embargo son utilizados habitualmente en la clínica. En el caso de la depresión endógena los factores principales serían los de personalidad, en el caso de la depresión reactiva los acontecimientos vitales estresantes y en el caso de la depresión orgánica, ésta acompañaría a las patologías somáticas.

### 2.2. Etiología y factores de riesgo

Como criterio general se podría decir que cuando la depresión aparece en los mayores de edad avanzada (más de 80 años) tienen más peso los factores físicos y de disfunción cerebral que los factores genéticos y de personalidad, más propios de las depresiones que aparecen en personas mayores más jóvenes.

*Factores biológicos.* Así como no parece que los factores genéticos tengan mucha importancia en los mayores, por el contrario hay una serie de factores estructurales del cerebro que se relacionan con una mayor predisposición a padecer depresión: en primer lugar subrayar la disminución de los neurotransmisores (noradrenalina, acetilcolina, dopamina y serotonina) con la consiguiente ralentización y disminución del flujo cerebral; en segundo lugar los accidentes vasculares cerebrales, especialmente en el hemisferio izquierdo, es probable que provoquen depresión mayor, asimismo los ancianos

con procesos arterioescleróticos pueden evolucionar hacia una depresión si se ven afectadas determinadas áreas de los ganglios basales. Algunos autores han propuesto el término depresión vascular para describir algunos cuadros que aparecen en pacientes con hipertensión arterial, enfermedad coronaria, accidentes vasculares cerebrales o demencia vascular.

Por otra parte la depresión acompaña a otras enfermedades presentes en las personas mayores: en la enfermedad de Parkinson la depresión está asociada al 40-50 % de los casos; en los enfermos de Alzheimer está presente en el 20-40 % de los afectados; en los procesos cancerígenos la depresión acompaña al 20 % de los casos.

Finalmente hay que tener en cuenta que algunos de los muchos medicamentos que toman los ancianos pueden favorecer la depresión, entre ellos destacan los antihipertensivos, algunos fármacos antineoplásicos y los corticoides.

*Factores psicológicos.* Desde el punto de vista psicológico se ha relacionado la depresión con las pérdidas significativas. La jubilación y la viudez serían algunas de estas pérdidas, aunque parece tener un mayor peso la de la propia salud (Zarit y Zarit, 1998).

Desde la teoría psicoanalítica se pondrá el acento en la pérdida de personas significativas y en la personalidad previa. Krassoievitch (1993) considera tres factores de riesgo para la depresión: las pérdidas significativas en la infancia, la incapacidad previa para afrontar situaciones difíciles en otras épocas de la vida y la personalidad previa. En este sentido las personalidades narcisistas y las de tipo obsesivo tendrían más dificultades para afrontar las pérdidas y adaptarse a las nuevas situaciones. Otros autores han destacado la apatía, impotencia y agotamiento presentes en la depresión de las personas mayores. Así, Cath (1965) considera que la depresión en la edad avanzada nace de una sensación de incapacidad y desesperanza frente a las pérdidas reales inevitables, tanto las de los demás como las propias. Los síntomas depresivos de apatía y baja autoestima serían el producto del sentimiento de haber perdido el control de sí mismo.

Desde la teoría conductual, Seligman (1975) elaboró el concepto de incapacidad aprendida. Después de una serie de fracasos y pérdidas las personas pueden desarrollar de manera natural la idea de que son impotentes, incapaces para controlar su destino: se vuelven apáticos, retraídos, pesimistas y deprimidos. Seligman, como Beck (1979), pondrá el acento en las consideraciones negativas y poco realistas que la persona se atribuye ante los acontecimientos de la vida.

*Factores psicosociales.* Existen determinados acontecimientos vitales que pueden precipitar una depresión en los ancianos: la muerte de los familiares y/o cónyuge, la emancipación de los hijos, la jubilación, las rupturas de pareja en los hijos, la propia enfermedad y/o discapacidad, la necesidad de institucionalización, etc. Estos factores no excluyen los mencionados ante-

riormente: deterioro somático, personalidad previa, estilos de adaptación inadecuados. A todos estos factores habría que añadir la falta de relaciones sociales y/o apoyo social. Cualquier evento vital estresante tiene un efecto negativo mayor si la persona no dispone de una red social y familiar de apoyo.

### 2.3. Duelo y depresión

El duelo es una respuesta emocional frente a la muerte de un ser querido, en la que la tristeza y el dolor perturban de manera notable el rendimiento y la adaptación de la persona que lo sufre (Franco y Antequera, 2002).

En el duelo normal pueden manifestarse síntomas parecidos a la depresión aunque no suele haber ideas suicidas, síntomas psicóticos, ralentización psicomotora o pérdida grave de la autoestima. Algunos autores (Bowlby, 1980) han definido unas fases necesarias para superar este proceso. La primera de aturdimiento e incredulidad, la segunda de protesta, búsqueda y nostalgia, la tercera de desorganización y desesperación y por último la de recuperación y nuevas vinculaciones. En torno a la duración del proceso de duelo normal existen notables diferencias entre los autores, desde uno hasta tres años.

En el duelo complicado o patológico estos límites se superan ampliamente y también la intensidad de los síntomas. El cuadro clínico de este tipo de duelo abarcaría síntomas relacionados con el dolor de separación (llantos, anhelos), elementos del estrés postraumático (incredulidad, aturdimiento) y otros relacionados con la aceptación de la muerte. Estos síntomas serían diferentes a los del cuadro depresivo, que como hemos visto está caracterizado por pérdida de la autoestima, tristeza, minusvaloración, hipocondría, insomnio, inhibición o ideas suicidas.

### 2.4. Depresión y suicidio

La depresión es el principal factor de riesgo para el suicidio. Entre el 60 y el 90 % de los ancianos que intentan suicidarse presentan síntomas depresivos. La existencia de sentimientos de desesperanza aumenta significativamente el riesgo tanto en la fase de tratamiento como en la de seguimiento. La presencia de alcoholismo también aumenta el riesgo. En el caso de los trastornos psicóticos la cifra de suicidios es de alrededor del 10 %.

En general se considera que las cifras oficiales de suicidios son más bajas de lo que corresponde a la realidad. Las cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2004) indican una tasa de suicidios en mayores de 65 años del 19,2 por 100.000 habitantes, mientras que el resto de la población tiene una tasa del 6,7. El sector de edad con una mayor tasa es el de 85-89 años (30,2 por 100.000 habitantes)

Las mismas cifras del INE nos señalan la mayor frecuencia en varones que en mujeres, en una proporción media de 5,6 a 1 para los mayores de 65 años. Los hombres utilizan métodos más violentos y en cambio en las mujeres es frecuente la ingesta de pastillas. Esta mayor frecuencia del suicidio en el hombre podría explicarse por al menos dos factores. Uno de ellos sería el de la invalidez corporal, que sería menos tolerable para los hombres ya que afectaría a la pérdida del control de sí mismo. Otro factor sería el del aislamiento social, ya que los hombres tienen unas redes de apoyo social más restringidas, situación que se agrava en el caso de la pérdida de la esposa.

### 2.5. Depresión y deterioro cognitivo

La depresión puede causar deterioro cognitivo. La falta de atención y concentración que se da en la depresión pueden explicar los déficits cognitivos leves que se dan en las personas mayores; incluso para el Alteración de la Memoria Asociada al Envejecimiento (AMAE) la depresión es un factor de riesgo. En estos casos la desaparición del estado depresivo provoca la disminución o desaparición de los trastornos cognitivos.

En los casos de demencia, el deterioro cognitivo puede ser por otra parte la causa de una depresión como reacción ante una cierta conciencia de enfermedad y déficit; no obstante este tipo de depresión se daría únicamente en las fases iniciales de la demencia. En otros casos de demencia, la depresión sería un síntoma más de la demencia, reflejo de procesos neuroquímicos degenerativos en zonas importantes para la producción de neurotransmisores. De forma general puede decirse que mientras los síntomas depresivos aparecen en el 60 % de los pacientes con demencia, los casos de depresión mayor sólo ocurrirían en un 10 % de pacientes con la enfermedad de Alzheimer o en un 30 % de los pacientes con demencia vascular.

Un caso particular lo constituye la llamada pseudodemencia depresiva. La mayor parte de los casos corresponden a cuadros clínicos depresivos que se manifiestan con trastornos cognitivos importantes, lo que complica el diagnóstico. En estos casos existe una mayor posibilidad de reversibilidad, aunque no hay que olvidar que algunas depresiones son ya uno de los primeros síntomas de un estado que evolucionará hacia una demencia.

### 2.6. Diagnóstico, evaluación y tratamientos

Es importante en el caso de la depresión la valoración médica del estado físico y de las posibles enfermedades o fármacos que puedan incidir en su estado depresivo. Por lo que se refiere a la evaluación psicológica, es preceptiva la historia clínica que pueda revelar episodios depresivos anteriores, así como las diversas circunstancias de su trayectoria vital y de su entorno familiar y



social. Es conveniente también realizar un examen del estado mental del paciente: alteraciones de conciencia, memoria, capacidad de juicio, etc.

En relación a las pruebas específicas para la evaluación de la depresión cabe destacar:

- La Escala de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961). Escala autoaplicable de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta. 13 ítems valoran los síntomas psicológicos y 8 los somáticos.
- La Escala de Depresión CES-D (*Center for Epidemiological Studies-Depression Scale*; Radloff, 1977). Tiene 20 ítems que exploran los síntomas depresivos vividos en la última semana, con menor peso de los aspectos somáticos.
- La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (*Geriatric Depression Scale*, GDS; Yesavage y cols., 1983). Es la escala mayormente utilizada. Consta de 30 ítems con respuestas dicotómicas, centrados en los aspectos cognitivos, vivenciales y conductuales de la depresión, excluyendo los aspectos somáticos. Tiene una versión abreviada de 15 ítems. Existen varias adaptaciones españolas, entre ellas la de Izal y Montorio (1993).

En relación al diagnóstico diferencial es importante distinguir los cuadros depresivos de la sintomatología depresiva presente en otras situaciones, dada su frecuencia y extensión:

*Envejecimiento normal.* Con la edad se puede producir retraimiento social, inseguridad, cambios en el apetito y en el sueño, ya sea por las pérdidas sufridas o por otras circunstancias, aunque estos cambios no repercuten de manera constante e intensa en su vida normal.

*Duelo.* En los procesos normales de duelo puede haber síntomas depresivos, aunque no hay ideas suicidas, síntomas psicóticos, disminución psicomotora ni pérdida grave de la autoestima. Los deprimidos se centran más en sí mismos, mientras que en el duelo el centro es la persona perdida.

*Trastornos mentales orgánicos.* Demencia y delirium son trastornos en los que pueden haber síntomas depresivos. El 30 % de las depresiones pueden presentar síntomas cognoscitivos y el 30-40 % de las demencias presentan síntomas depresivos.

*Pseudodemencia depresiva.* En este caso aunque los síntomas se parecen a los de una demencia están causados por otros factores, especialmente la depresión y con mayor probabilidad de reversibilidad.

*Trastornos de ansiedad.* Es frecuente en estos trastornos que existan síntomas depresivos. En la depresión mayor los trastornos de ansiedad comórbidos alcanzan el 47,5 %.

*Enfermedades somáticas.* Algunas enfermedades somáticas van asociadas a una depresión, en especial las enfermedades vasculares. Algunos fármacos pueden aumentar la respuesta depresiva.

*Trastornos del sueño.* Con la edad puede producirse una disminución del número de horas de sueño y de su calidad. Aunque la depresión también produce trastornos en el sueño, en este caso se acompaña de otros síntomas característicos de los trastornos depresivos.

En cuanto a los tratamientos psicológicos o farmacológicos, destacar los más relevantes:

*Tratamientos psicológicos.* En la terapia conductual en la primera fase diagnóstica el paciente monitoriza su humor y actividades, enumerando las que percibe como agradables. Los objetivos son fundamentalmente dos: un incremento del nivel de actividad del paciente, especialmente de las actividades agradables y una intensificación de las habilidades sociales, promoviendo el refuerzo social de las conductas no depresivas.

La terapia cognitiva de Beck (1979) es el tratamiento más difundido. La causa principal de los síntomas del paciente son los pensamientos negativos, poco realistas e irracionales. Se trata de identificar el contenido real de estas cogniciones y las situaciones que los desencadenan; en un segundo momento se enseña al paciente a cuestionarlos y a sustituirlos por pensamientos más racionales. Los estudios realizados sobre la eficacia de este tratamiento revelan que es más eficaz en las depresiones menores, y en menor medida en la depresión mayor. En los casos de depresión mayor se hace necesario combinar la psicoterapia con el tratamiento farmacológico.

Desde la perspectiva psicodinámica, Verwoerd (1976) describe dos formas de psicoterapia: la de toma de conciencia y la de apoyo. En la primera el objetivo es el de alterar la estructura de la personalidad para que pueda funcionar de forma más adaptada, siendo consciente de sus dificultades y diluyendo las defensas patológicas. La importancia de algunas pérdidas implica, no obstante, que algunos pacientes no serán capaces de repararlas. En la terapia de apoyo el objetivo es más limitado: afianzar los mecanismos de defensa ya existentes que capacitan para resolver mejor las dificultades. A las modificaciones de la técnica psicoanalítica, ya descritas en el apartado de los trastornos de ansiedad, cabe subrayar la importancia de la empatía y confianza entre terapeuta y paciente.

Algunas de estas psicoterapias han adoptado la forma grupal entre las que cabe destacar el apoyo e interacción social entre los miembros y especialmente el reflejo especular que proporciona la situación de los demás. Los autores destacados son Beutler y cols. (1987) por lo que se refiere a la psicoterapia cognitiva grupal, Steuer y cols. (1984) en relación a la psicoterapia grupal dinámica y Breckenridge, Thomson, Breckenridge y Gallagher (1985) en psicoterapia grupal conductual.

Una formulación psicoterapéutica menos específica es la que se deriva de los planteamientos de las psicoterapias de reminiscencia y revisión vital, en coherencia con el modelo teórico del ciclo vital de Erikson. En este tipo de formulaciones, desarrolladas fundamentalmente en grupo, las personas mayores se sitúan en una dinámica interactiva que les permite realizar una revisión de su ciclo vital, tanto de los aspectos positivos como de las dificultades pasadas y presentes (Conde, 1997, 2000).

*Tratamientos farmacológicos.* En algunas depresiones, especialmente las mayores, se hace inevitable la administración de fármacos, a pesar de que es necesario valorar detenidamente los efectos secundarios. Fluoxetina, paroxetina entre los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina), y venlafaxina y mirtazapina, entre los nuevos antidepresivos, son algunos de los más utilizados. Es necesario precisar que son necesarias de una a tres semanas para que los antidepresivos sean eficaces.

### 3. Trastornos cognitivos: delirium

El delirium, llamado también Síndrome Cerebral Agudo (SCA), es un cuadro clínico que puede aparecer en cualquier edad, aunque los ancianos son los más proclives a padecerlo por el propio deterioro cerebral, la frecuente enfermedad somática y la polifarmacia habitual en este sector de edad. Sus características principales, definidas en el DSM-IV (1995) y la CIE-10 (1995), son la alteración del nivel de conciencia con dificultad para mantener la atención, los trastornos cognitivos y perceptivos (ilusiones y alucinaciones), las alteraciones del sueño, el inicio de forma brusca y la presunción de una etiología orgánica o enfermedad médica relacionada. Finalmente la duración de estos trastornos se encuentra limitada a un periodo de tiempo breve, que generalmente no sobrepasa unos pocos días o semanas, y que en los ancianos puede prolongarse durante algo más, hasta llegar a un mes.

#### 3.1. Datos epidemiológicos, factores de riesgo y etiología

No hay estudios sobre su incidencia en la comunidad. Se considera que son frecuentes aunque menos graves; los de mayor intensidad requieren hospitalización. Su prevalencia en el medio hospitalario varía entre el 14 % y el 56 % de los ancianos hospitalizados; en el ingreso pueden desarrollarlo entre un 10 % y un 16 %, mientras que entre un 10 % y un 30 % lo desarrollarán a lo largo del ingreso. En los servicios quirúrgicos es más frecuente (un 36,8 %), así como en los servicios ortopédicos, donde se llega al 50 % (Sánchez Ayala, 2002).

En cuanto a los factores de riesgo los más consistentes son la edad avanzada, la presencia de deterioro cognitivo previo o demencia, las enfermeda-

des médicas graves, el deterioro funcional importante y los déficit sensoriales. Son frecuentes en la demencia, Parkinson, los accidentes vasculares cerebrales, insuficiencias cardíacas, broncopatías, neoplasias, etc.

Los factores desencadenantes más importantes son la polifarmacia (responsable de aproximadamente el 40 % de los casos), la inmovilización, la presencia de dolor, las intervenciones quirúrgicas y los cambios importantes en el entorno familiar, entre ellos la propia hospitalización.

En relación a la etiología se considera que no hay una estructura cerebral dañada que pueda identificarse como la responsable del delirium. Se trata más bien de un problema funcional más que estructural.

La resolución del delirium es gradual y la recuperación completa varía entre el 4 y el 40 %, dependiendo de la resolución de los factores previos al episodio delirante. Por el contrario la presencia del delirium se ha asociado a una mayor complicación de las enfermedades médicas y a un incremento de la mortalidad del 25 % al 33 % respecto a otros pacientes con las mismas enfermedades y sin delirium.

### 3.2. Diagnóstico, evaluación y tratamientos

El diagnóstico es clínico y no existen estudios que permitan un protocolo estandarizado. Se basa en la historia clínica y en la exploración física y mental, encaminadas ambas hacia la identificación de la predisposición del paciente en riesgo, el reconocimiento del delirium y la identificación del proceso subyacente. Para facilitar el diagnóstico existe una escala diseñada específicamente para la evaluación del delirium, la *Confusión Assessment Method* (CAM; Inouye y cols., 1990). La escala evalúa la presencia de cuatro aspectos: inicio brusco y curso fluctuante, inatención, pensamiento desorganizado y alteración del nivel de conciencia.

En cuanto al diagnóstico diferencial es importante distinguirlo de otras categorías diagnósticas:

*Demencia.* En la demencia son frecuentes los delirios. La demencia como entidad tiene un inicio más gradual y el curso es progresivo y no se presentan alteraciones de conciencia excepto cuando existe un delirio concomitante.

*Depresión.* La alteración de la conciencia y el carácter fluctuante no son característicos de la depresión.

*Trastornos psicóticos.* En ellos las alucinaciones son predominantemente auditivas, mientras que las del delirium son fundamentalmente visuales. Los delirios psicóticos son más estructurados y no suelen cursar fluctuaciones. La atención y la orientación suelen estar más conservadas en este tipo de trastorno.

*Ansiedad.* La ansiedad, muy frecuente en los ancianos hospitalizados, puede ser difícil de distinguir del delirium. En ocasiones pueden coexistir. En caso de confusión el uso de ansiolíticos empeorará el delirium.

Respecto al tratamiento, desde un enfoque más ambiental es fundamental la mejora del entorno en el que se encuentra el paciente, de manera que contribuya a que esté relajado y tranquilo. Aspectos que ayudan son, por ejemplo, estar en una habitación adecuada con luces indirectas y sin ruidos, una luz suave por la noche, la presencia de familiares próximos, personas conocidas o recuerdos familiares, la evitación de restricciones físicas y una excesiva estimulación, proporcionar elementos para la reorientación (fecha, hora del día, reloj, etc.), permitir la utilización de gafas o prótesis auditivas y, en todo caso, evitar situaciones de riesgo que puedan provocar caídas o lesiones.

Desde un punto de vista farmacológico, se trata de evitar la polifarmacia, dejando únicamente la toma de medicamentos imprescindibles a las dosis más bajas posibles. En el caso de que el anciano esté agitado se recomiendan los neurolépticos, especialmente el haloperidol (De la Serna, 2001).

### 4. Trastornos psicóticos

Lo fundamental de los trastornos psicóticos es la disociación grave con la realidad, con sintomatología alucinatoria o delirante.

En comparación con los estudios sobre la demencia o la depresión, el número de trabajos sobre las psicosis en la vejez es mucho menor. Sin embargo los trastornos psicóticos en ancianos son frecuentes con una particularidad: presentan unas formas menos puras y más semejantes entre sí, donde se mezclan aspectos de deterioro cognitivo y de trastornos afectivos: los llamados SPITS: Síndromes Psicóticos de Inicio Tardío (Obiols, 1994).

No obstante la mayoría de los autores dan más relevancia en la vejez a la personalidad paranoide, entendida no tanto como enfermedad sino como actitud (desconfianza y suspicacia, rigidez y autoritarismo, egocentrismo exagerado, juicios erróneos, etc.). Las situaciones de inseguridad y aislamiento social en la vejez pueden empeorar las reacciones de ancianos que ya tenían estos rasgos en etapas anteriores, haciendo que deriven hacia una desconfianza exagerada e infundada con ideas de persecución.

#### 4.1. Datos epidemiológicos y formas clínicas más frecuentes

Las cifras son dispares, aunque mucho menores que los trastornos depresivos o los demenciales. En los estudios realizados en personas mayores de 65 años se encuentra desconfianza patológica en el 15 %-17 % de los casos y una clara ideación paranoide entre el 2 y 4 % (De la Serna, 2001).

En el conjunto de seis estudios internacionales se encontró una media del 2,6 % para el conjunto de las llamadas psicosis funcionales, es decir, excluyendo los trastornos con patología orgánica que podían presentar manifestaciones psicóticas (Häfner y Welz, 1989).

Copeland y cols. (1998) en una muestra de 5.222 personas mayores de 65 años encontró una prevalencia del 0,12 % para la esquizofrenia tardía y un 0,04 para el trastorno delirante.

Respecto a las formas clínicas, las más frecuentes son:

*Esquizofrenia.* Es una alteración que persiste al menos seis meses e incluye como mínimo un mes de síntomas en fase activa, tales como ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje y comportamiento desorganizado y conductas catatónicas. En la vejez pueden encontrarse ancianos que han tenido su primer episodio en la adolescencia-juventud y ancianos que lo tienen a una edad avanzada.

Los pacientes esquizofrénicos de inicio precoz llegan a la vejez con un cuadro clínico que se parece a una demencia. Su trastorno aparece con la edad más empobrecido, en el sentido de que los síntomas positivos (delirios y alucinaciones) son escasos, mientras que predominan los síntomas negativos (aplanamiento afectivo, apatía, pobreza del lenguaje y pensamiento, asociabilidad, dificultades en la atención). Este tipo de esquizofrenias son poco frecuentes en la vejez, ya que muchos pacientes simplemente no alcanzan esas edades.

Las esquizofrenias de inicio tardío representan el 4-10 % de los casos. La sintomatología es parecida a la que empiezan en la juventud, aunque con más ideas delirantes persecutorias, menos síntomas positivos y más negativos. Existe una alta proporción de mujeres.

*Trastorno esquizofreniforme.* Tiene una presentación parecida a la esquizofrenia, pero su duración es menor (entre uno y seis meses) con ausencia de deterioro funcional.

*Trastorno delirante paranoide.* Presentan al menos durante un mes ideas delirantes sin otros síntomas. El delirio muestra un contenido lógico y sistematizado, sin alucinaciones. La personalidad aparece conservada y pueden tener una existencia «normal» mientras no haya elementos que activen sus ideas delirantes. En las ideas delirantes son frecuentes los contenidos de perjuicio y persecución (miedo a que alguien pueda dañar o apoderarse de su dinero, casa, posición, trabajo, familiares, etc.). Pueden darse en personas con déficit sensoriales importantes o en situaciones de gran aislamiento social. Suelen iniciarse en la madurez y continuar en la vejez o bien iniciarse en menor número cuando son mayores.

*Trastorno psicótico breve.* Es una alteración que dura más de un día y menos de un mes. La eclosión de los síntomas suele tener relación con acontecimientos recientes estresantes y en personas que viven solas, incapacitadas o con déficit sensoriales

*Trastorno psicótico compartido.* Puede darse en personas que están influidas por alguien con una idea delirante semejante. Suele darse en ancianos con una larga convivencia, estrecha relación y aislamiento.

*Trastorno psicótico secundario a enfermedad orgánica.* Para el diagnóstico de este trastorno que puede confundirse con el delirium tiene que existir claridad de la relación etiológica entre la alteración psicótica y la enfermedad médica, relacionándose su inicio o remisión con la propia enfermedad médica.

*Trastorno psicótico inducido por sustancias.* Puede ser consecuencia directa del abuso de drogas, alcohol o bien los propios medicamentos.

### 4.2. Etiología y factores de riesgo

Podemos distinguir entre factores relacionados con procesos orgánicos y factores medioambientales.

Entre los primeros estarían los déficit sensoriales, especialmente sordera y ceguera, que favorecen las ideas delirantes. Los fallos cognoscitivos más o menos transitorios pueden también favorecer la ideación delirante. De hecho, en las esquizofrenias de edad avanzada es frecuente el deterioro cognitivo. En la mujer son más frecuentes los trastornos psicóticos que en el varón en una proporción de 1/6; algunos autores explicarían esta alta proporción por la vulnerabilidad que implica la disminución de los estrógenos después de la menopausia. Las situaciones de enfermedad física que implican un gran agotamiento pueden favorecer la eclosión de los trastornos, incluyendo la acción de los propios fármacos.

Respecto a los factores medioambientales, señalar los cambios importantes en el entorno personal y familiar, ya sea por cambios de residencia o por ingresos hospitalarios y residenciales. Las situaciones de aislamiento social, crisis familiares, situaciones estresantes o la propia dificultad para entablar relaciones personales son factores que pueden activar la sintomatología psicótica, aunque es preciso subrayar también la importancia de la personalidad previa: todos estos factores en personalidades esquizoides o paranoides tendrán un impacto mayor.

### 4.3. Diagnóstico, evaluación y tratamientos

El diagnóstico es clínico por identificación de la sintomatología. Como en el diagnóstico de todos los trastornos, la historia clínica y también la exploración física y neurológica son fundamentales, ya que se trata de diferenciar en primer lugar si se presenta un cuadro delirante de tipo primario (esquizofrenia, trastorno delirante, etc.) o bien es un cuadro secundario a una enfermedad somática o a otro trastorno mental (depresión, delirium, demencia). El diagnóstico diferencial es pues importante con estas tres entidades: la depresión, el delirium y la demencia.

Existe una escala para la evaluación de los síntomas neuropsiquiátricos (Cummings y cols., 1994) que aunque suele utilizarse para evaluar la sintomatología mental en las demencias, puede ser también de utilidad para la evaluación de los trastornos psicóticos. Esta escala es la *Neuropsychiatric Inventory* (NPI), de Cummings, y cols. (1994), que ha sido validada para la población española por Cejudo, Boada, Tárraga, López y Kaufer (2002). Contiene un listado de 12 alteraciones neuropsiquiátricas (delirios, alucinaciones, agitación, depresión, etc.) que se valoran teniendo en cuenta la frecuencia, la gravedad y la molestia en el cuidador.

Respectos al tratamiento, con este tipo de pacientes es difícil la relación terapéutica basada en la confianza mutua, y sin embargo es necesario que exista en alguna medida para que el paciente acepte la medicación, los cambios de comportamiento que se traten de introducir o la aceptación de algunos límites.

No se deben cuestionar las ideas delirantes ni intentar persuadir al paciente de lo erróneo de sus ideas. Se debe propiciar la relación y el apoyo con los familiares, vecinos o amigos. Los trastornos psicóticos son crónicos y no debe esperarse que se diluyan totalmente; el objetivo es atenuar el delirio y que éste repercuta menos negativamente en la vida del enfermo.

Los neurolépticos son el tratamiento básico, teniendo en cuenta los efectos secundarios que pueden tener en ancianos, especialmente la rigidez y las discinesias (movimientos involuntarios).



## Cuestiones clave

1. Haz una lista de la sintomatología de cada trastorno.
2. Elabora una tabla de los datos epidemiológicos más significativos de cada trastorno.
3. Elabora una tabla de los factores de riesgo más comunes para cada trastorno, agrupándolos en factores biológicos, de personalidad y sociales.
4. Explicita cuál debe ser el papel del psicólogo en cada uno de los trastornos.

## Actividades prácticas

### *Exploración clínica*

- a) Aplica a cinco ancianos ingresados en una residencia geriátrica la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (1983).
- b) Consulta los informes geriátricos sobre los antecedentes de enfermedades físicas de estas personas.
- c) Relata los datos que se conozcan de su historia personal y familiar, así como de los eventos vitales más relevantes.
- d) Redacta, finalmente, un informe sobre el resultado de la prueba relacionándolo con los demás aspectos investigados: salud física, historia personal, eventos vitales, etc.

## Lecturas recomendadas

- Agüera, L., Martín, M., y Cervilla, J. (2002): *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson.  
Escrito desde una perspectiva más médica y psiquiátrica que los anteriores, éste es un libro muy amplio y completo sobre psicopatología. Es especialmente interesante para los psicólogos la parte dedicada a las terapias no farmacológicas.
- Belsky, J. (2001): *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.  
Un libro claro, que aporta desde las diversas orientaciones una visión adecuada y práctica de los trastornos (demencia y depresión) y más amplia de los tratamientos e intervenciones. Los capítulos dedicados a la psicopatología son: «Trastornos mentales I: descripción, diagnóstico y evaluación» (cap. 10, pp. 309-346) y «Trastornos mentales 2: tratamiento» (cap. 11, pp. 347-386).
- Jarne, A., y Talarn, A. (eds.) (2000): *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer y Editorial Paidós.  
Proporciona una visión global de la psicopatología, con un capítulo específico sobre la vejez: «Psicopatología asociada a la vejez» (cap. 19, pp. 633-679).
- Krassoievitch, M. (1993): *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.  
Comenta los diversos tipos de psicoterapia con personas mayores. La primera parte está dedicada a explicitar aspectos teóricos sobre la vejez desde una orientación dinámica.

Yuste, N.; Rubio, R., y Aleixandre, M. (2004): *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Pirámide.  
Manual más que introductorio, dedica su parte tercera a los trastornos cognitivos y afectivos de la vejez, con mayores referencias contextuales. Los capítulos dedicados a los trastornos en la vejez son: «El trastorno cognitivo y la demencia» (cap. 8, pp. 167-193) y «Los trastornos afectivos: depresión y ansiedad» (cap. 9, pp. 195-212).

## Bibliografía

- Beck, A. T. (1979): *Depression: Causes and treatment*, 7.<sup>a</sup> ed. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- ; Epstein, N.; Brown, G., y Steer R. A. (1988): «An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties». *Journal of Consultation and Clinical Psychology*, 56, pp. 893-897.
- , Ward, C. H.; Mendelson, M.; Mock, J., y Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, pp. 561-571.
- Beekman, A.; Bremmer, M.; Deeg, D.; van Balkom A. J.; Smit, J. H.; de Beurs, E.; Van Dyck, R., y Van Tilburg, W. (1998): «Anxiety disorders in later life: A report from the longitudinal aging study Amsterdam». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, pp. 717-726.
- Beutler, L. E.; Scogin, F.; Kirkish, P.; Schretlen, D.; Corbishley, A.; Hamblin, D.; Meredith, K.; Potter, R.; Bamford, C. R., y Levenson, A. I. (1987): «Group Cognitive Therapy and Alprazolam in the Treatment of Depression in Older adults». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, pp. 550-556.
- Breckenridge, J. S.; Thompson, L. W.; Breckenridge, J. N., y Gallagher, D. (1985): «Behavioral group therapy with the elderly: A psychoeducational approach». En D. Upper y S. Ross (eds.), *Handbook of behavioral group therapy*, pp. 275-298. Nueva York: Plenum.
- Bowlby, J. (1980): *Loss*. Nueva York: Basic Books.
- Cath, S. H. (1965): «Some dynamics of middle and later years: A study in depletion and restitution». En M. A. Berezin y S. H. Cath (eds.), *Geriatric Psychiatry*, pp. 21-72. Nueva York: International Universities Press.
- Cejudo, J. C.; Boada, M.; Tárraga, L.; López, O., y Kaufer, D. (2002): «Neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI-Q): Spanish validation of an abridged form of the Neuropsychiatric Inventory (NPI)». *Neurología*, 17, pp. 317-323.
- CIE-10 (1995): *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima Revisión*. Washington: OPS / OMS.
- Conde, J. L. (1993): «Tertulias para Personas Mayores». *Revista de Gerontología*, 3 (3), pp. 173-174.
- (2000): «Psicopatología asociada a la Vejez». En A. Jarne y A. Talarn (eds.), *Manual de Psicopatología clínica*, pp. 633-679. Barcelona: Fundación Vidal i Barraquer y Ed. Paidós.
- Copeland, J. R.; Beekman, A. T.; Dewey, M. E.; Hooijer, C.; Jordan, A.; Lawlor, B. A.; Lobo, A.; Magnusson, H.; Mann, A. H.; Meller, I.; Prince, M. J.; Reischies, F.; Turrina, C.; de Vries, M. W., y Wilson, K. C. (1999): «Depression in Europe. Geographical distribution among older people». *The British Journal of Psychiatry*, 174, pp. 312-321.

- ; Dewey, M. E.; Scott, A.; Gilmore, C.; Larkin, B. A.; Cleave, N.; McCracken, C. F., y McKibbin, P. E. (1998): «Schizophrenia and delusional disorder in older age: community prevalence, incidence, comorbidity and outcome». *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1), pp. 153-161.
- Cummings, J. L.; Mega, M.; Gray, K.; Rosenberg-Thompson, S.; Carusi, D. A., y Gornbein, J. (1994): «The Neuropsychiatric Inventory: Comprehensive assessment of psychopathology in dementia». *Neurology*, 44, pp. 2308-2314.
- DSM-IV (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Fernández, L.; Villaverde, M. L.; García, R.; Morales, C. R.; Morera, A., y De la Fuente, J. (1995): «Estudio comunitario de prevalencia de trastornos depresivos en población geriátrica». *Anales de Psiquiatría*, 11, pp. 99-102.
- Franco, M. D., y Antequera, R. (2002): «El duelo». En L. Agüera, M. Martín y J. Cervilla (eds.), *Psiquiatría Geriátrica*, pp. 509-523. Barcelona: Masson.
- Gil, P., y Martín, M. (2004): *Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Depresión y ansiedad*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y Scientific Communication Management.
- Häfner, H., y Welz, R. (1989): «Social and Behavioural Determinants of Mental Disorders». En D. Hamburg y N. Sartorius (eds.), *Health and Behaviour: Selected Perspectives*, pp. 1-44. Cambridge: Cambridge University Press.
- IMERSO (2005): *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INE (2004): *Defunciones según la causa de muerte, 2001*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística, INEBASE.
- Inouye, S.K.; Van Dyck, C. H.; Alessi, C. A.; Balkin, S.; Siegal, A. P., y Horwitz, R. I. (1990): «Clarifying confusion: the confusion assessment method: a new method for detection of delirium». *Annals of Internal Medicine*, 113, pp. 941-948.
- Izal, M., y Montorio, I. (1993): «Adaptation of the Geriatric Depression Scale in Spain: a preliminary study». *Clinical Gerontologist*, 13 (2), pp. 83-91.
- Krassoievitch, M. (1993): *Psicoterapia geriátrica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Krasucki, C.; Howard, R., y Mann, A. (1998): «The relationship between anxiety disorders and age». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, pp. 79-99.
- Lobo, A.; Saz, P.; Marcos, G.; Día, J. L., y De la Cámara, C. (1995): «The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a Southern European population: The Zaragoza Study». *Archives of General Psychiatry*, 52, pp. 497-506.
- Obiols, J. E. (1994): «Esquizofrenia y psicosis de inicio tardío». En J. Buendía (ed.), *Envejecimiento y Psicología de la Salud*, pp. 341-350. Madrid: Siglo XXI.
- Radloff, L. S. (1977): «The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population». *Journal of Applied Psychological Measures*, 1, pp. 385-401.
- Regier, D. A.; Boyd, J. H.; Burke, J. D. Jr.; Rae, D. S.; Myers, J. K.; Kramer, M.; Robins, L. N.; George, L. K.; Karno, M., y Locke B. Z. (1988): «One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites». *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 977-986.
- Robins, L., y Regier, D. (1991): *Psychiatric disorders in America*. Nueva York: The Free Press.

- Sánchez Ayala, M. I. (2002): «Delirium y otros trastornos orgánicos». En L. Agüera, M. Martín y J. Cervilla (eds.), *Psiquiatría Geriátrica*, pp. 315-331. Barcelona: Masson.
- Saz, P.; Copeland, J. R.; De la Cámara, C.; Lobo, A., y Dewey, M. E. (1995): «Cross-national comparison of prevalence of symptoms of neurotic disorders in older people in two community samples». *Acta Psychiatry Scandinavia*, 91, pp. 18-22.
- Seligman, M. E. P. (1975): *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Serna, I. de la (2001): *Manual de Psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson.
- Spielberger, C. D. (1983): *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Steuer, J. L.; Mintz, J.; Hammen, C.; Hill, M. A.; Jarvik, L. F.; McCarley, T.; Motoike, P., y Rosen, R. (1984): «Cognitive-behavioral and Psychodynamic Group Psychotherapy in the Treatment of Geriatric Depression». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 180-189.
- Verwoerdt, A. (1976): *Clinical geropsychiatry*. Nueva York: Editions.
- Vilalta, J.; López, S., y Llinàs, J. (1998): «Depresión en una muestra geriátrica comunitaria. Estudio de Girona». *Psiquiatría.COM (revista electrónica)* 2(3).
- Yesavage, J. A.; Brink, T. L.; Rose, T. L.; Lum, O.; Huang, V.; Adey, M. B., y Leirer, V. O. (1983): «Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report». *Journal of Psychiatric Research* 17, pp. 37-49.
- Zarit, S. H., y Zarit, J. M. (1998): «Treatment of depression». En S. H. Zarit y J. M. Zarit, *Mental Disorders in Older Adults: Fundamentals of assessment and treatment*, pp. 200-240. Nueva York: Guilford Press.
- Zung, W. W. K. (1971): «A rating instrument for anxiety disorders». *Psychosomatics*, 12, pp. 371-379.

# 13. Vejez y demencias

Mercè Boada y Lluís Tárraga

Es harto difícil en el ámbito del deterioro cognitivo predecir y prevenir los acontecimientos antes que éstos se expresen en forma de queja por parte del propio individuo o por referencia de su círculo familiar. Tanto más difícil es dar el valor correcto a tales quejas, dimensionarlas en su justa medida y establecer una estrategia para resolverlas.

Éste es el papel del profesional: escuchar, observar, buscar la congruencia entre lo dicho y observado y explicar el efecto esperado del tratamiento propuesto, siempre en sintonía con el enfermo. Algo que parece extremadamente fácil, seguir la lógica de este planteamiento, lleva implícito lo que cada uno, médico y paciente, atribuye a salud y enfermedad, en la práctica diaria es algo difícil y complejo.

Respecto a la «salud» y los niveles lógicos de las funciones intelectuales, el abanico de conjeturas es enorme. Los factores que intervienen y modifican la queja o el síntoma son múltiples y variables: estado premórbido de referencia, la forma de ser y capacidad de maniobra, las relaciones con los otros, cómo se nos ve e interpreta y la respuesta emocional de preocupación o ignorancia ante una determinada situación. Si este razonamiento lo trasladamos a una población mayor de 75 años, todo parece diluirse bajo la normalidad del envejecimiento.

El envejecimiento relativo de la población española está motivado, como es conocido, por dos fenómenos bien diferenciados: el aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad. Este envejecimiento es fuente de posibles conflictos entre poblaciones de distintas generaciones e

ideologías, debido al coste de las políticas sociales que sustentan a la población pasiva.

El envejecimiento demográfico y el aumento paralelo de la incidencia y prevalencia de las demencias son dos fenómenos que preocupan a los países desarrollados. La longevidad y la dependencia comportan problemas no sólo económicos, relativos a los costes que de ellas se desprenden, sino también los de índole operativa, al tratar de buscar, distribuir y aplicar de manera eficiente los recursos necesarios para proteger socialmente a los colectivos involucrados.

La demencia será, en este primer cuarto de siglo, el gran reto social y sanitario respecto a la dependencia y el enfermo con demencia es y será su máximo exponente. Las estrategias de cuidados se desarrollarán en paralelo a los avances científicos. La sociedad experimentará y analizará los cambios de cada uno de los agentes que intervienen en el cuidado de la persona con demencia, frágil por la edad, y dependiente por la pérdida de capacidad intelectual y funcional, reconociendo que cuidadores, familiares o profesionales son una población de riesgo expuesta a padecer más trastornos físicos y psíquicos. Los profesionales de la sanidad, la sociedad civil y los cuidadores compartirán responsabilidades e intervenciones médicas y psicosociales con objetivos comunes, desarrollando estrategias de prevención y detección de crisis de la estructura familiar, creando y desarrollando modelos de atención, ágiles y adaptables a los cambios.

La demencia es el paradigma de un proceso clínico que se orienta en la transversalidad participativa y compartida, no sólo en diagnóstico, tratamiento y cuidados, sino en su reconocimiento social, su protección jurídica y su dignidad como ciudadano.

En los últimos diez años se ha experimentado cambios en el tiempo e intensidad de los cuidados y criterios de calidad de los mismos. Cada vez más, cuidador y cuidados responden a una actividad hecha a medida del entorno del enfermo y de la enfermedad. En este capítulo nos centraremos en conocer las manifestaciones de la demencia en general y en particular de la enfermedad de Alzheimer y su tratamiento farmacológico y no farmacológico con una finalidad: formar a los profesionales de la salud y de las neurociencias para que actúen de transmisores de conocimiento y educadores a las familias, que son quienes asumen indiscutiblemente la atención y cuidados de estos enfermos.

### **1. ¿Qué es la demencia?**

Cuando hablamos de demencia nos referimos a un término genérico con el que se denomina un complejo sintomático del cual existen múltiples causas. Se describe como un problema de salud cuyo órgano diana es el cerebro, que, de forma progresiva y crónica, provoca la disminución global de las funciones

cognitivas y funcionalmente incapacita a la persona. Estos cambios se acompañan habitualmente de alteraciones en el carácter, conducta y personalidad. Su consecuencia inmediata es la de irrumpir y alterar la vida social, laboral y cotidiana de la persona afecta e interferir las relaciones con su entorno próximo, familiar o no. La «dependencia» será el hecho común que marcará la complejidad de las necesidades y demandas al tiempo que la gravedad clínica.

Frecuentemente, el proceso de demencia arranca del perfil cognitivo del envejecimiento normal. En esta situación fisiológica la persona es competente y responsable de su autogobierno. El proceso progresa hasta llegar a estadios avanzados de la enfermedad, en los que la pérdida de las funciones cognitivas determina la pérdida total de la capacidad de decidir. «El demente es alguien que se ha empobrecido, mientras que el idiota siempre fue pobre.» Así diferenció J. E. Esquirol dos entidades en *Les maladies mentales*, publicado en 1838. Valorar la competencia cognitiva, conductual y funcional durante la evolución de una demencia es una tarea dinámica, cuyo resultado puede modificarse en el tiempo. Precisa tener al alcance una información adecuada, requiere tiempo de escucha, rigor de interpretación y experiencia profesional exploratoria para conocer quién era, cómo era y qué hacía la persona cuya capacidad se evalúa y cuyo diagnóstico de demencia cambiará su futuro. Tal análisis riguroso en metodología y maestría permite desarrollar las adecuadas y pertinentes estrategias terapéuticas desde la fase inicial y leve a la más grave, contemplando todas las posibilidades que se dispongan.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es la forma más habitual de demencia en los adultos. Aunque esta forma de demencia se expresa más frecuentemente a partir de los 80 años, puede presentarse en personas con edades comprendidas entre los 65 y 75 años y, excepcionalmente, en adultos jóvenes a partir de los 30 años. Se considera una demencia neurodegenerativa primaria, actualmente irreversible y progresiva. Su origen no es atribuible a una sola causa, sino que en ella concurren múltiples factores de riesgo que interactúan, activando una cascada de acontecimientos cuyo «efecto dominó» desemboca en las lesiones cerebrales que la caracterizan. Aunque, sin lugar a dudas, el factor de riesgo por excelencia es la edad.

La complejidad etiológica de la EA y los diferentes factores de riesgo que entran en juego hacen que sea una de las enfermedades más investigadas en la actualidad. El mayor conocimiento que de ella disponemos, gracias a los estudios de neuroimagen, a los hallazgos neuropatológicos y genéticos, nos permite caracterizarla en función de diversos criterios:

- En función de la clínica, podemos hablar de demencias focales o difusas.
- Por la edad de presentación, diferenciamos entre formas precoces o tardías.
- Por su carga genética, hablamos de demencias familiares ligadas a mutaciones determinadas o bien de demencias esporádicas.

- En función de si aparece combinada con otra sintomatología concurrente, da lugar a formas mixtas, entre las que destacan por su frecuencia la participación de patología vascular cerebral, la presencia de clínica extrapiramidal como la demencia por cuerpos difusos de Lewy o bien la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson.

## 2. Magnitud del problema: epidemiología e impacto social

Si hablamos en código de cifras, los estudios epidemiológicos demuestran que la incidencia y prevalencia de la EA aumentan a partir de los 65 años de edad (Sloane, Zimmerman, Bustani y Sudha, 2002).

Aunque la prevalencia de la EA ha sido motivo de controversia, la mayoría de los estudios han encontrado que ésta se duplica cada lustro a partir de los 60 años. En general, los cálculos aproximados de prevalencia oscilan entre el 3 % en individuos de 65 a 75 años de edad y el 47 % en los que tienen más de 85 años de edad. Los datos epidemiológicos más recientes, operativos en el contexto europeo y por ende en España, han sido obtenidos por el Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study Investigators en Inglaterra y Gales (Sloane, Zimmerman, Bustani y Sudha, 2002). Sus resultados no son halagüeños, enmarcando la incidencia de demencia entre un 7,4 anual por mil habitantes en el grupo de edad de 65 a 69 años hasta el 84,5 por mil anual en los de 85 años y más. Esta incidencia es igual para hombres y mujeres y sin diferencias en el medio urbano y rural. Este estudio confirma que la demencia más frecuente es la de tipo Alzheimer, con una notable coexistencia con un patrón vascular. Estos datos no difieren de los aportados por el Estudio EURODEM a excepción de los grupos de inicio precoz en población joven.

Si la EA afecta de forma predominante a las personas mayores y los viejos muy viejos, ¿cual será su impacto en los sistemas de salud y sociales? ¿Cuántos recursos y servicios se deberán destinar para su correcto diagnóstico y atención? ¿Se deberá introducir en el ámbito académico de las ciencias de la salud, judicial, notarial, etc., una formación específica? La demencia sigue siendo el gran reto del siglo XXI (Boada, Peña-Casanova y cols., 1999).

## 3. Bases biológicas: del genotipo al fenotipo

El paradigma básico del desarrollo de la enfermedad de Alzheimer que se ha postulado se conoce como la hipótesis de la cascada de amiloide. Esta hipótesis contempla la formación de placas de amiloide en el cerebro como fenómeno crítico en esta enfermedad. El proceso se inicia a través de la proteína precursora amiloidea (PPA), la cual es escindida por la beta y gammasecretasas para formar el péptido amiloide. Se supone que el depósito de este péptido en



el cerebro es neurotóxico e induce inflamación y gliosis. Esta actividad precede a la formación de placas neuríticas y a la muerte neuronal que provoca el síndrome clínico de la demencia progresiva. Aunque la proteína amiloidea parece estar implicada de forma inequívoca en la patogenia de la EA, la hipótesis de la cascada de amiloidea no engloba todos los aspectos de la enfermedad. La relación entre el fenotipo y prototipo en las demencias neurodegenerativas se inicia sobre la base de la existencia de una proteinopatía, que induce a anomalías en el metabolismo proteico de poblaciones celulares vulnerables alterando los sistemas funcionales y produciendo cambios cognitivos y conductuales asociados a dichos sistemas, cambios distintos y compartidos para cada demencia, expresión del fenotipo.

Se han descubierto cuatro genes que están implicados en la patogenia de algunos casos de EA, el *APP*, el *PS1*, el *PS2* que junto al papel de la presencia de los alelos y 4/4 de la *apolipoproteína E* han permitido comprender mejor esta enfermedad.

Pero no todo se centra en la proteína B-amiloide. Parece ser que otras proteínas no relacionadas con la amiloide desempeñan también un papel importante en el desarrollo de la enfermedad de Alzheimer y que están implicadas en el origen de otras demencias, compartiendo sustrato biológico. Tal es la proteína tau. La proteína tau está implicada en la formación de los ovillos (ONF) o entramado neurofibrilar, elementos intracelulares cuya presencia caracteriza la EA. ¿Cuál es el papel que juega cada una de estas proteínas? ¿Quién depende de quién? En su artículo, publicado en la revista *Neuron*, el grupo de F. la Ferla explica la relación jerárquica entre ambas proteínas estudiando un modelo de ratón triple transgénico (3xTg-AD) que desarrolla placas y ovillos neurofibrilares (B-amiloide y tau) en proporción y disposición como la EA humana. A partir de estos modelos animales se podrá completar el conocimiento de la enfermedad y el diseño de fármacos con dianas específicas.

#### **4. Aspectos clínicos evolutivos de la enfermedad de Alzheimer**

La demencia puede presentarse de múltiples formas. Normalmente, un trastorno de la memoria precede o anuncia el inicio de dificultades cognitivas, que con el tiempo afecta otras áreas de la función cognitiva. Con menor frecuencia, se alteran focalmente otras funciones cognitivas. Ejemplo de ello son los casos de afasia lentamente progresiva o de disfunción progresiva de habilidades espacio-visuales. Estas presentaciones focales progresan o no. Si permanecen focales pueden expresar características anatomopatológicas bien definidas y diferentes a EA. Es decir, si bien la mayoría de los casos de EA se inicia con trastornos de la memoria, pueden también prevalecer otros patrones de alteración cognitiva que dificultan su diagnóstico.

La demencia tipo Alzheimer se manifiesta con la presencia de síntomas imperceptibles, de aparición silenciosa y progresiva, tan discretos que no se les atiende. De repente, dan la cara llenando todo el escenario de nuestras vidas. La «casi normalidad» de su existencia dificulta su detección al inicio y su diagnóstico precoz. La importancia del diagnóstico en esta fase es la constatación científica de su presencia, ya que si se interviene farmacológicamente en la fase inicial se puede modificar su curso o historia natural, favoreciendo en gran medida que la persona mantenga la autonomía durante un periodo más prolongado, demorando la dependencia.

La EA pasa por diferentes estadios, caracterizados cada uno por un progresivo empeoramiento de la sintomatología cognitiva, funcional, conductual y sensoriomotora. Podemos dividir todo el proceso de la enfermedad como tal en tres grandes estadios: uno, preclínico que se prolonga durante muchos años previos a que se establezca el diagnóstico; una segunda fase clínica bien establecida que empieza de forma leve, sutil, con poca expresividad sintomática hasta la fase moderada de la enfermedad. Finalmente, una tercera fase que comprende su evolución desde una sintomatología moderadamente grave y grave al estadio terminal, que puede durar varios años focalizada en el tratamiento sintomático, control de la comorbilidad y cuidados paliativos.

En la fase inicial o leve, la persona mantiene su autonomía y precisa de supervisión en tareas complejas. Cognitivamente está caracterizada por la pérdida de memoria, alteración visuoespacial, del juicio y razonamiento. En un estadio intermedio, con síntomas de gravedad moderada y moderadamente grave, la persona presenta ya dependencia de un cuidador para realizar sus actividades cotidianas y rutinarias. Cognitivamente este periodo está caracterizado por una extensión sintomática, en la que aparecen trastornos de la orientación temporo-espacial, del lenguaje, del cálculo y escritura así como apraxia y agnosia. En la fase moderadamente grave y grave concurren junto a una notoria pérdida de las funciones citadas, la aparición de trastornos conductuales y motores, llegando a la pérdida de la funcionalidad que determina una total dependencia.

Para relacionar los síntomas con el grado de demencia se utilizan escalas clínico-evolutivas que sitúan la enfermedad en un punto determinado. Entre las más conocidas y útiles, tanto en la práctica médica como en la investigación, encontramos la *Global Deterioration Scale* (GDS) (Reisberg, Ferris, De León y Crook, 1982) (véase el correspondiente cuadro) y la *Clinical Deterioration Rating Scale* (CDR) (Hugues, Berg, Danzinger, Coben y Martin, 1982).

## 5. Exploración neurológica y neuropsicológica en la demencia: componentes básicos

La exploración neurológica y neuropsicológica tiene por objetivo determinar lo que es demencia; descartar los procesos que no lo son; conocer las situaciones clínicas de riesgo que favorecen su aparición o las que empeoran su

### ESCALA DE DETERIORO GLOBAL DE REISBERG (GDS)

La Escala de Reisberg plantea una división por fases en el proceso involutivo que caracteriza la demencia de Alzheimer. Además de como herramienta diagnóstica, sirve también como guía para entender el progreso de la enfermedad y los retos que se plantean a los cuidadores.

Fase 1: funcionamiento cognitivo normal (ausencia de trastornos evidentes). Las capacidades funcionales del paciente permanecen intactas, puede desempeñar con normalidad su actividad social, ocupacional, etc.

Fase 2: funcionamiento cognitivo compatible con el envejecimiento normal. Disminución funcional subjetiva, pero no objetiva, en el desempeño de actividades ocupacionales o sociales complejas. La persona se queja de su mala memoria, centrándose estas quejas en el olvido de nombres, de lugares donde ha guardado objetos, de citas. Las personas que le rodean no aprecian cambios significativos.

Fase 3: funcionamiento cognitivo compatible con demencia de Alzheimer incipiente. Disminución funcional objetiva de suficiente severidad como para interferir en tareas ocupacionales o sociales complejas. El paciente puede tener olvidos de información importante o incluso puede desorientarse en lugares desconocidos, aunque el desempeño de las actividades de la vida diaria instrumentales (cocinar, comprar, manejar dinero, utilizar transportes públicos, etc.) no está comprometido.

Fase 4: funcionamiento cognitivo compatible con demencia de Alzheimer leve. Deficiente realización en el desempeño de tareas instrumentales de la vida diaria (por ejemplo, compran artículos y cantidades incorrectas e inadecuadas; necesitan supervisión a la hora de manejar dinero, equivocan ingredientes al preparar la comida, etc.). El funcionamiento en otras áreas complejas también puede estar comprometido. Frecuentes olvidos de hechos cotidianos y recientes, y comienzo del déficit en el recuerdo de la historia personal y el reconocimiento de caras familiares.

Fase 5: funcionamiento cognitivo compatible con demencia de Alzheimer moderada-grave. Los pacientes dejan de poder vivir de una manera independiente: se les debe ayudar no sólo en el manejo del dinero y la realización de compras sino, por ejemplo, en la elección de la ropa adecuada para el tiempo y la ocasión. El paciente deja de poder conducir vehículos de forma segura. Comienzan los problemas para realizar las tareas básicas de la rutina diaria (vestirse, lavarse, etc.). Desorientación espacial y temporal. Es típica de esta fase la presencia de alteraciones emocionales (depresión, ansiedad), hiperactividad y alteraciones del sueño.

Fase 6: funcionamiento cognitivo compatible con demencia de Alzheimer grave. El déficit afecta de manera clara a las actividades básicas de la vida diaria: de manera secuencial, disminuyen capacidades para vestirse, bañarse y asearse adecuadamente. Se distinguen cinco subfases:

- 6a: pérdida de la capacidad para vestirse adecuadamente: los pacientes se ponen la ropa encima del pijama, dejan de poder anudarse los zapatos o se confunden de pie al ponérselos.
- 6b: pérdida de la capacidad para bañarse de forma independiente: problemas para ajustar la temperatura del agua, incapacidad para entrar o salir del baño, incapacidad para lavarse y secarse adecuadamente.

- 6c: pérdida de la mecánica del aseo. Los pacientes olvidan tirar de la cadena, limpiarse o salen del baño con los pantalones bajados.
- 6d: incapacidad de responder adecuadamente a las urgencias urinarias, lo que provoca incontinencia.
- 6e: incontinencia fecal.

Fase 7: fase terminal. Pérdida del lenguaje, locomoción y conciencia. Se distinguen seis subfases:

- 7a: el paciente va perdiendo la capacidad de completar frases hasta circunscribirse a menos de media docena de palabras.
- 7b: el vocabulario inteligible. Las únicas palabras comprensibles son monosílabos («sí» o «no»), reducción final del vocabulario a gruñidos o chillidos).
- 7c: pérdida de la capacidad ambulatoria. En ocasiones, la pérdida viene precedida por una marcha muy lenta y a pequeños pasos.
- 7d: pérdida de la capacidad para mantenerse sentados.
- 7e: pérdida de la capacidad de sonreír. La persona es incapaz de reconocer objetos o personas familiares.
- 7f: pérdida de la capacidad para mantener la cabeza erguida. Tendencia a una posición fetal.

evolución y pronosticar en el tiempo; valorar la capacidad cognitiva y funcional de la persona para conocer su grado de dependencia del entorno y planificar una buena estrategia terapéutica.

La exploración del estado neurológico ha de responder sobre la capacidad de la persona para comprender la información que se ofrece; en percibir diferentes opciones, relevantes o no para tomar una decisión, involucrando atención, comprensión y memoria; apreciar bien la situación y sus consecuencias y tratar razonablemente dicha información.

La detección y evaluación de alteraciones cognitivas o psicopatológicas implicadas en este proceso mental es una tarea compleja. Requiere introducirse a través de instrumentos exploratorios en la complicada red de circuitos y sistemas neuronales que soportan la actividad mental compleja, y que su adecuada y correcta aplicación nos aporten datos sobre la indemnidad de tal función y sus consecuencias en la vida diaria. Esto significa que la exploración debe ser realizada por personas capacitadas para ello, es decir, profesionales con conocimientos y experiencia suficientes para examinar de una manera metódica y exhaustiva e interpretar con precisión los hallazgos.

Repasaremos de forma muy breve la situación neurológica basal que nos permite indagar en profundidad los trastornos neurocognitivos y conductuales que caracterizan el deterioro cognitivo y la demencia:

- *Percepción-sentidos*: los sentidos (visión, audición, tacto, olfato, gusto) constituyen la primera vía de entrada de la información. La alteración de éstos, como la pérdida intensa de agudeza visual, puede difi-

cultar el reconocimiento de objetos y personas en detalles físicos sutiles. La hipoacusia y/o la sordera tienden a aislar al individuo del entorno y perder información.

- *Atención*: cualquier tarea cognitiva precisa de la capacidad de concentrarse en la actividad intelectual que ha de realizarse, y conservar esta concentración hasta que concluya la tarea. La falta de atención provoca que la mayoría de las tareas intelectuales cesen antes de completarlas, el cerebro desvía su atención hacia otro estímulo, quizás irrelevante, relegando la tarea previa. Cuando la atención falla se reduce la capacidad de registrar nueva información en la memoria y de evocar la ya almacenada, favoreciendo su pérdida.
- *Gnosias*: una vez que los estímulos externos han llegado al cerebro, es necesario reconocerlos y comprenderlos. Su déficit nos llevará a una gnosia auditiva, gnosia visual, gnosia táctil, etc. Un enfermo con agnosia visual ve los objetos, pero queda perplejo ante ellos. No sólo no es capaz de nombrarlos, sino que tampoco reconoce para qué sirven. Las agnosias, como fácilmente se deduce, son muy incapacitantes para toda tarea intelectual, como cocinar por ejemplo. En la fase avanzada los pacientes con EA presentan agnosias múltiples.
- *Comprensión y expresión del lenguaje*: nuestra inteligencia operativa se canaliza mayoritariamente a través del lenguaje, que nos permite un alto grado de comunicación. La mayor parte de la información que recibimos es esencialmente verbal, mensajes conceptuales, o, si es de otra naturaleza, se codifica verbalmente para facilitar su transmisión. Los mensajes verbales pueden presentarse de forma oral o escrita, por lo que debe evaluarse siempre la capacidad de comprensión en ambas formas. El mayor sesgo en el estudio del lenguaje es el analfabetismo.
- *Cálculo*: en el plano neurológico cabe diferenciar la dificultad o imposibilidad para identificar y comprender el significado de los números y símbolos matemáticos (acalculia), y la incapacidad de relacionar elementos numéricos (anaritmia). En el cálculo aritmético, intervienen también otras funciones, como el razonamiento y la secuenciación, o la orientación espacial referente a la posición de los números —acalculia espacial— por ejemplo al realizar operaciones sobre números escritos.
- *Memoria*: la memoria, en sus diferentes aspectos, es una de las facultades que interviene en la capacidad de conceder subjetivamente a los hechos el valor que nos merecen, en el momento oportuno y cuando queramos hacer uso de ello. La memoria episódica reciente consiste en la capacidad para registrar y evocar información asociada a situaciones o hechos acontecidos en un momento concreto. En la memoria episódica autobiográfica registramos los acontecimientos y las experiencias personales acontecidos durante la vida que determinan nuestra biografía. La memoria semántica hace referencia a nuestro cono-

cimiento sobre los objetos, las personas y sucesos del mundo, por ejemplo, el que la capital de Austria sea Viena o que un león es un mamífero. Son conocimientos almacenados en esta memoria.

- *Orientación en espacio y tiempo*: la orientación con respecto al entorno, el espacio vital, requiere poder valorar distancias y relaciones que existen entre elementos de ese entorno y la propia persona. Nos permite saber dónde estamos y tener conciencia de la relación dimensional de nuestra ubicación. Junto a la capacidad de la memoria visoespacial, nos permite movernos en espacios conocidos e identificarlos. Si a tal función le añadimos la capacidad para gestionar el tiempo que tardamos en realizar una acción, o el concepto de pasado y futuro, hablaremos de la orientación temporal.
- *Praxis constructiva*: la capacidad de realizar, al proponérselo, actos voluntarios previamente aprendidos, en ausencia de déficit, ni alteración sensitiva ni del equilibrio, requiere una coordinación mental apropiada de los elementos constituyentes de ese acto, praxis. La apraxia generaría dificultades para realizar acciones aprendidas como preparar la comida, poner en marcha electrodomésticos, coser, ensamblar, ir en bicicleta, afeitarse, etc., deteriorando las actividades instrumentales básicas de la vida diaria. Así pues, la apraxia no incapacita por sí misma para tomar la decisión de hacer una acción, pero es un condicionante de ella cuando debe ejecutarse.
- *Funciones ejecutivas*: las funciones ejecutivas son las llamadas funciones cerebrales «superiores» que modulan la realización de las demás funciones cognitivas. Comprenden la capacidad de planificar, organizar, iniciar y terminar una actividad, o la capacidad para secuenciarla adecuadamente o bien la facilidad de cambiar de un tema a otro, de priorizar, etc. Puede ocurrir que las funciones cognitivas primarias se hallen intactas, pero no resulten eficaces debido a una gran alteración disejecutiva. Un trastorno disejecutivo también puede asociarse a conductas impulsivas o apáticas, que impiden aplicar el grado de reflexión óptimo para tomar una decisión, por lo que estos enfermos precisan de una constante supervisión.
- *Afectividad, estado emocional*: las emociones expresan los sentimientos subjetivos inherentes a cualquier estímulo percibido y a cualquier idea espontánea. La cualidad e intensidad de estas emociones gradúan el estado anímico y éste, a su vez, interviene en la impronta afectiva que acompaña a nuestra conducta.
- Para completar la fenomenología de la EA es preciso entender el proceso de ideación espontánea que da lugar a un mundo de confusión, incomprensible para las personas de su entorno, que al interpretar erróneamente la situación, lo agravan y potencian. El manejo de las ideas delirantes y las alucinaciones merece ser tratado y revisado de forma específica (Lezak, 2000).

## 6. Tratamiento de la enfermedad de Alzheimer

Como se ha descrito anteriormente, las personas con EA presentan un conjunto de alteraciones que afectan al aspecto cognitivo y también al no cognitivo, expresándose como síntomas conductuales y de estado de ánimo. El mejor conocimiento y buen uso de los recursos farmacológicos existentes no excluyen el empleo de otras estrategias terapéuticas dirigidas a los aspectos bio-psico-sociales de la persona.

Cualquier tipo de intervención en el campo de las demencias persigue, a grandes rasgos, los siguientes objetivos: retrasar el deterioro; recuperar funciones cognitivas perdidas o mantener las conservadas; mejorar el control de los síntomas conductuales; conservar las actividades de la vida diaria (AVD); aumentar la calidad de vida del binomio enfermo-cuidador.

Si bien no le corresponde al contenido y desarrollo de este capítulo analizar los tratamientos farmacológicos en la EA y otras demencias, sí es didáctico dedicarle unas breves líneas, ya que ambos coexistirán con objetivos que les son comunes, mejorar la capacidad cognitiva, controlar los trastornos psicoafectivos y de la conducta y mantener la funcionalidad y autonomía de la persona con demencia.

Las Agencias Norteamericana y Europea del medicamento (FDA, EMEA) han registrado como fármacos específicos para el tratamiento de la EA en la fase leve y moderada al grupo de los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE) y para la fase moderadamente grave la memantina antagonista del receptor glutamínérgico MNDA. Su comercialización en España se hace a través de los fármacos registrados con el nombre de Aricept (donepezilo), Exelon y Prometax (rivastigmina) y Reminyl (galantamina). Para el segundo grupo con Aaxura y Ebixa (memantina).

Los efectos de IACE y de memantina son indudablemente limitados, pero con beneficios clínicamente demostrados en cognición, actividades de la vida diaria y conducta. Aunque modestos, suficientes para modificar la historia natural de la EA, por lo que a nivel médico es indiscutible su uso ante tal diagnóstico. La adecuación del mejor fármaco a un determinado enfermo depende de la comorbilidad asociada y de la tolerancia. De forma global, todos ellos presentan muy pocas reacciones adversas que ceden al retirar el fármaco y se comportan mejor que un agente placebo.

En la actualidad se están investigando otros fármacos que, actuando sobre diferentes dianas que los anteriores, modifiquen el depósito de la amiloide y actúen potenciando sus beneficios. La experiencia en el tratamiento farmacológico de la EA nos lleva a la conclusión de que su abordaje será a través de diferentes fármacos, polifarmacológico y multifactorial, en paralelo con estrategias no farmacológicas.

## 6.1. Modelos psicosociales y estrategias no farmacológicas

Respecto a estas intervenciones no farmacológicas, su uso figura en las principales guías en demencias elaboradas por los miembros de las distintas sociedades científicas nacionales e internacionales, en las que se trata de definir conceptos y orientar estrategias, como las publicadas por diversos grupos como: Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología (Barquero, Marcos, Tárraga, 2000), Sociedad Española de Psiquiatría (Sociedad Española de Psiquiatría, 2000), Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, 2000) y de entre las internacionales la American Academy of Neurology (Doody, Stevens y cols., 2001) o la American Psychiatric Association (APA, 1997).

Los modelos psicosociales de intervención están orientados a las emociones y tienen como objetivo principal el de compensar el déficit o rehabilitar las funciones alteradas, apartándose de otros modelos tradicionales de intervención como los sanitarios y meramente rehabilitadores (Finnema, Dröes, Ribbe y Van Tilburg, 2000). Valoran las experiencias subjetivas y el modo individual de afrontar las consecuencias de la enfermedad de la persona con demencia, presentando una serie de características comunes que facilitan su agrupación:

- Tienen un enfoque personalizado de las estrategias terapéuticas.
- Ponen especial énfasis en la validación del enfermo, atendiendo y potenciando su autoestima.
- Abordan, mediante un enfoque multidimensional, los problemas conductuales (Taft, Fazio, Seman y Stansell, 1997).

Las enfermedades invalidantes, y la enfermedad de Alzheimer es un claro ejemplo de ellas, conllevan un balance entre la independencia del sujeto y la dependencia de su cuidador, de modo que al disminuir su independencia se acentúa la figura y necesidad del cuidador. Ésta es la razón por la que los estados de salud física y ánimo del cuidador son tan importantes, debiendo ser incorporado en cualquier intervención terapéutica global.

La American Psychiatric Association (APA) ha clasificado en cuatro grupos los diferentes tipos de intervención psicosocial:

- Terapias de aproximación emocional: son terapias como la reminiscencia, que estimula la memoria y el estado de ánimo del paciente en el contexto de su historia de vida; se han asociado a beneficios modestos en memoria, conducta y cognición. Otras intervenciones incluyen psicoterapia de apoyo, terapia de validación, integración sensorial y terapia de presencia estimulada.
- Terapias de aproximación conductual: estos tratamientos tratan de identificar las causas y consecuencias de conductas problemáticas



para planificar cambios en el entorno que minimicen estas conductas y sus consecuencias. Son frecuentemente efectivas en disminuir o corregir las conductas problemáticas (p. ej., agresividad, incontinencia, gritos).

- Terapias de aproximación cognitiva: incluyen la terapia de orientación a la realidad o la psicoestimulación cognitiva. Estos tratamientos conducirían a mejoras transitorias en una variedad de dominios, aunque la terapia de orientación a la realidad haya sido asociada como causa de frustración en la literatura.
- Terapias de aproximación a la estimulación: son tratamientos que incluyen actividades o terapias recreativas (p. ej., juegos, mascotas...) así como terapias artísticas y otras (p. ej., musicoterapia, arteterapia, danzoterapia). Los estudios clínicos sugieren que estos tratamientos se asociarían a modestas mejorías en cuanto a cognición, función y estado de ánimo.
- Terapias dirigidas a los cuidadores: incluyen psicoterapia de apoyo, grupos de soporte ofreciendo ayuda educacional y emocional. Siendo estas intervenciones de ayuda al cuidador, también representan un beneficio al propio paciente.

En el capítulo 14 se desarrolla ampliamente la intervención psicosocial en la vejez, por lo que no se va tratar de nuevo aquí. Sin embargo, en el campo de la persona con demencia, no habría que olvidar que muchos enfermos de Alzheimer tienen una muy baja autoestima. Sin entrar en el análisis de las diversas causas que originan esta depreciación, hay que señalar que la validación posibilita una atención más personalizada y permite aliviar a las personas desorientadas al validar sus sentimientos. Es evidente que la facilitación de tareas adecuadas a sus capacidades residuales y el permanente aplauso ante los pequeños éxitos conseguidos mejoran su estado anímico a la vez que le animan a continuar participando en las actividades propuestas o realizar otras nuevas. Asimismo, un estado anímico elevado facilita momentos de felicidad ante pequeños sucesos y ahuyenta la tristeza y el mal humor.

En la progresión del deterioro disminuye la tolerancia al estrés. A menudo, la persona con demencia recibe demandas superiores a su capacidad funcional lo que aumenta su ansiedad y estrés favoreciendo la aparición de conductas no deseadas o catastróficas. Por ello es tan importante conocer el estado cognitivo y funcional del enfermo mediante una amplia exploración neuropsicológica a fin de elegir tareas adecuadas y evitar, de este modo, enfrentarle a aquellas situaciones estresantes que provocan frustración y respuestas indeseables.

Existe una interacción permanente entre los trastornos neurológicos (situación) y los procesos sociopatológicos (factor causante) como causa de la demencia. La sintomatología del síndrome de la demencia, sin ignorar el paradigma biomédico, es el resultado de la interacción de varios factores (per-

sonalidad, historia, daños neurológicos, salud física y entorno sociofamiliar). Ante los tres primeros factores la intervención del clínico se hace inútil; sin embargo, sí que puede intervenir sobre su salud física, psicología social y modo de cuidado que se le ofrece, debiendo llegar a ejercer una intervención positiva e influenciar en el ánimo de la persona. A mayor degeneración neurológica, mayor influencia negativa del entorno y menor estabilidad interior; por lo que ofrecer un entorno estable y afectivo ayuda a mantener un nivel psicológico más alto.

### 6.2. Enfermedad de Alzheimer y potencial de aprendizaje

La neuropsicología y la neurología de la conducta han evolucionado desde su concepción local del siglo pasado a la afirmación de que todo aquello referente a la cognición, incluidos percepción y control motor, pueden ser vistos y abordados como un proceso informático con mayor o menor complejidad.

Memoria, atención y aprendizaje están muy interrelacionados. Por esta razón, durante años se ha negado la existencia de plasticidad cognitiva, o potencial de aprendizaje, en aquellas personas que presentan pérdida o disminución de la memoria inmediata y de fijación, o con gran déficit atencional, generados por enfermedades que conllevan deterioro cognitivo, entre las que destaca la enfermedad de Alzheimer.

La EA presenta disminución de la memoria, inmediata y de fijación, en sus primeros estadios como síntoma principal, a diferencia de otras patologías demenciantes, como las de tipo subcortical, que mantienen más preservados estos tipos de memoria. A la disminución de la función mnésica deberán sumarse la reducción de la capacidad para sintetizar, evocar, abstraer, deducir, inducir, razonar, llamadas en su conjunto funciones ejecutivas, la alteración o simplificación de los esquemas comportamentales, y el mantener la atención voluntaria, rasgos característicos, entre otros, del lóbulo frontal.

No se debe olvidar que el aprendizaje es un proceso múltiple que suele involucrar diversos mecanismos perceptivos, motores o asociativos. Un análisis más detallado pone de manifiesto que pueden darse distintos tipos de aprendizaje, y, por otra parte, que éste puede verse afectado de forma diferente por las diversas enfermedades que comportan demencia. Así, mientras que la memoria explícita muestra una gran alteración en pacientes amnésicos demenciados, la memoria implícita puede estar esencialmente intacta (Brandt y Rich, 1995). Es aquí donde puede centrarse la intervención no farmacológica en las personas con demencia. No hay que olvidar que cualquier déficit de memoria afectará el potencial de aprendizaje, limitándolo, y, en las fases avanzadas, anulándolo.

Existe capacidad de aprendizaje en la modificación de la conducta, adecuación a nuevos estímulos y ambientes, mejora de habilidades instrumentales y en la adquisición de hábitos, esquemas y estrategias. En el campo cog-

nositivo, estudios recientes demuestran que tanto en el deterioro cognoscitivo leve como en la propia enfermedad de Alzheimer existe capacidad de aprendizaje, especialmente en los estadios leve y moderado, donde el proceso neurodegenerativo no está tan avanzado (Fernández Ballesteros, Zamarrón, Tárraga, Moya e Iñiguez, 2003). Los pacientes con EA, si bien son los peores aprendices, muestran un potencial de aprendizaje aceptable en tareas de memoria visual, aprendizaje verbal y estrategias de funciones ejecutivas. Además, no sólo aprenden mediante refuerzo, sino también a través de estrategias cognitivas, lo que una vez más apunta a favor de la psicoestimulación y el entrenamiento cognitivo en este tipo de pacientes (Fernández Ballesteros, Zamarrón y Tárraga, 2005).

### 6.3. Tratamientos de psicoestimulación

La rehabilitación cognitiva y conductual ocupa un lugar importante en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer (Holland, 2001). «Los objetivos de rehabilitación cognitiva y conductual son mejorar la capacidad de las personas para procesar e interpretar información, dotándolas de mejor aptitud para funcionar en la vida familiar y comunitaria. El entrenamiento rehabilitador se centra en mejorar la función cognitiva específica, mientras que el entrenamiento compensatorio se centra en la adaptación a la presencia de un déficit cognitivo» (NIH, 1999).

Sólo mencionaremos aquí diversos tratamientos cognitivo-conductuales, como el abordaje de la sintomatología ansiosa y depresiva, o la aplicación de diversas técnicas de relajación o de modificación de conducta, entre las que figurarían las terapias para trabajar aspectos del cuidado personal, la movilidad, la continencia, la participación en actividades y el cambio ambiental. O bien las terapias para reducir los trastornos de conducta, que abordarían la prevención de deambulación, la agresividad, agitación y la reducción de vocalizaciones y gritos (Teri, Longsdon, Uomoto y McCurry, 1997).

Sí se tratarán más extensamente las diferentes técnicas de psicoestimulación, dirigidas a estimular las capacidades funcionales residuales de personas que padecen degeneración cognitiva o un déficit cognitivo grave.

Una búsqueda sistemática y diferenciada en las bases de datos de Cochrane Library, EMBASE y MEDLINE sobre los artículos publicados sobre psicoterapia basada en técnicas de psicoestimulación en personas con demencia, intervenciones a nivel cognitivo (terapia de reminiscencia, entrenamiento cognitivo, terapias de orientación a la realidad, técnicas de entrenamiento mnésico), intervenciones de psicoestimulación sobre los síntomas conductuales, terapia ocupacional, musicoterapia, entrenamiento de actividades de la vida diaria y otras técnicas de intervención multimodal, pone en evidencia la diversidad de los grupos de sujetos estudiados, su deficiente descripción y, sobre todo, los defectos metodológicos (Tárraga, 2001). Los metaanálisis de

los resultados realizados sobre estas terapias no proporcionan un apoyo definitivo al uso de intervenciones de entrenamiento cognitivo para personas con estas características, aunque deben tomarse dichos resultados con cautela a causa del número limitado de ensayos controlados aleatorios disponibles y de las limitaciones metodológicas identificadas (Clare, Woods, Moniz Cook, Orrel y Spector, 2003). Asimismo, de forma más positiva, también debe destacarse que en esta revisión tampoco aparece ninguna evidencia acerca de los posibles efectos negativos, como aumento de la depresión, frustración, etc., en personas con demencia o en sus cuidadores, tal y como en ocasiones se había sugerido (Woods, 2002).

Entre los diversos tipos de terapias de aproximación cognitiva destaca la Terapia de Orientación a la Realidad (TOR), que ha demostrado ser un vehículo efectivo para la consecución de cambios en la cognición y el comportamiento. Spector y cols. (1999) han llevado a cabo una revisión de esta técnica, concluyendo que la TOR en aulas tiene claros beneficios para las personas que sufren demencia tanto a nivel cognitivo como conductual, debiendo ser considerada como parte de un programa más general de atención a demencias.

La *terapia ocupacional* propone una metodología de actuación, más que un método terapéutico, en el que la intervención se realiza mediante la utilización de numerosas técnicas para tratar el déficit funcional que acompaña a las demencias y otros trastornos cognitivos, adaptándose en todo momento al nivel cognitivo del paciente. Las actividades, base fundamental de la terapia ocupacional, se analizan con el fin de ajustarlas a las capacidades de la persona dentro de su vida diaria, de sus intereses y de sus interacciones sociales (Durante y Altimir, 1998). El terapeuta ocupacional debe valorar qué clase de asistencia es necesaria para obtener las mejores respuestas. Así las adaptaciones se realizan de acuerdo con el nivel cognitivo, las necesidades y los deseos de cada individuo, con el objetivo de mejorar la capacidad funcional y promover la autoestima, dignidad y autonomía del sujeto.

Los programas de *intervención para la rehabilitación y mantenimiento de las actividades de la vida diaria* pueden utilizar también diversas estrategias de psicoestimulación mediante el uso del refuerzo o el desarrollo de estrategias de memoria de procedimiento. La repetición de ciertas tareas puede facilitar no sólo su mantenimiento, sino la aparición de capacidades cognitivas que habían estado olvidadas por el desuso, que no perdidas (Tárraga, 1994).

Diversos autores han elaborado y desarrollado distintos programas para el *entrenamiento de la memoria*. Si bien la mayoría de estos programas han sido utilizados con personas mayores no demenciadas, muchas de las estrategias de estos programas pueden ser utilizadas también en personas que padecen demencia. En los talleres de memoria se pretende estimular mediante el entrenamiento y la realización de diversos ejercicios, la concentración, el lenguaje, la capacidad de memorización o aprendizaje, la reproducción o deno-

minación y la formulación o desarrollo de la capacidad de formular o resolver problemas y expresarlos verbalmente. Existen múltiples técnicas y ejercicios de aprendizaje así como estrategias mnemotécnicas para mejorar el registro, el almacenamiento y la recuperación de la información como la visualización, la categorización, el método de la cadena, el agrupamiento y las palabras gancho, así como la atención voluntaria, la estructuración intelectual y organización de la información, las referencias espaciales, las técnicas asociativas o la repetición entre otras (Doménech, 2004).

El *entrenamiento de reparación de las habilidades cognitivas* es una de las intervenciones destinadas a proveer el condicionamiento cognitivo que permita el mantenimiento de las habilidades funcionales de personas demenciadas actuando sobre los trastornos perceptivos, mnésicos y del lenguaje (Beck, Heacock, Mercer, Thatcher y Sparkman, 1988).

En esta línea han aparecido en España diversas publicaciones y materiales como *Volver a empezar* (Tárraga, Boada, Morera, Doménech y Llorente, 1999), *Activemos la mente* (Peña-Casanova, 1999) y colecciones como *El baúl de los recuerdos* (Asociación Familiares Alzheimer, 2003) y *Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada* (Tárraga, Boada, Morera, Doménech y Llorente, 2003) y *Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve* (Tárraga, Boada, Morera, Doménech y Llorente, 2004).

En un punto y aparte, aunque lógicamente incluido dentro de los tratamientos de aproximación cognitiva, debe abordarse la existencia de tratamientos de rehabilitación y entrenamiento de las funciones cognitivas informatizados, realizados con ordenadores. Cabe citar los programas interactivos y multimedia desarrollados íntegramente en España como el Grador (Franco y Orihuela, 1998) elaborado por la Fundación Intras, y el programa Smart-Brain, creado por Fundació ACE y Educamigos (Tárraga, Badenas y cols. 2005).

Los *programas de psicoestimulación global* (Boada y Tárraga, 2000), que comprenden tanto aspectos cognitivos como no cognitivos, funcionales, motores y sociales, llevan una trayectoria de aplicación relativamente amplia en nuestro país. Entre estos cabe destacar el Programa de Psicoestimulación Integral (PPI), que tiene una experiencia de 15 años de aplicación en pacientes con demencia y ha servido de modelo de actuación para múltiples instituciones, hospitales y centros de día y residencias tanto sociosanitarias como sociales (Tárraga, 1991, 1994, 1998).

Las técnicas que emplea el PPI son muy variadas, como la estimulación cognoscitiva, cinesiterapia, gimnasia activa y pasiva, musicoterapia, relajación, actividades ocupacionales, mantenimiento de las AVD. Asimismo, hace uso parcial de diversas terapias como la terapia de validación, la de remotivación, o la de reminiscencia, facilita la resocialización y participación del enfermo en las tareas grupales, respetando su decisión de participar o no. El

conjunto de estrategias e intervenciones, tanto las dirigidas al enfermo como al cuidador principal, es lo que define su carácter global, habiendo sido estudiados y comunicados sus resultados en diversos artículos antes citados.

El Programa de Psicoestimulación Integral puede ser aplicado indistintamente en los hospitales psicogerítricos, centros de día, en las unidades de larga estancia o en las residencias, siempre que dispongan de unidades específicas y personal especialmente entrenado para el tratamiento de las personas con demencia.

Recientemente, Olazarán y cols. (2004) han presentado un estudio a partir de un programa de intervención cognitivo-motor (CMI) en pacientes con deterioro cognitivo leve (DCL), EA leve y moderada. Los autores concluyen que un CMI a largo plazo en enfermos de EA leve tratados con fármacos anticolinesterásicos produjo beneficios adicionales a nivel de humor y cognición.

## 7. Conclusiones

Los resultados de diversos estudios demuestran la eficacia de distintos tipos de intervenciones no farmacológicas, especialmente las TC, en las personas con EA u otras demencias. Aun así, se hace necesario ampliar, mediante estudios multicéntricos e internacionales, la evidencia científica de la eficacia de estas intervenciones, incluyendo a personas con DCL e inclusive a mayores que desean tener un envejecimiento activo.

Por otra parte, es también esencial animar a los profesionales de la salud a que profundicen en sus conocimientos acerca de las demencias y su abordaje. Son necesarias reuniones de consenso que unifiquen criterios y metodología de este tipo de intervención, apoyados en la medicina basada en la evidencia.

## Cuestiones clave

1. ¿Hay que descartar la enfermedad de Alzheimer, con toda seguridad, en una persona que presenta afasia o alteración visuo-espacial?
2. ¿Qué crees que persiguen, en general, las diversas intervenciones en la enfermedad de Alzheimer?
3. ¿Cómo agrupa la APA las intervenciones psicosociales en las demencias?
4. ¿Crees que una persona con enfermedad de Alzheimer puede aprender? ¿Por qué?
5. ¿Por qué crees que es tan difícil el realizar estudios multicéntricos, aleatorizados y doble ciego para valorar la eficacia de una forma de intervención no farmacológica?

## Actividades prácticas

1. Entra en la comunidad virtual: <http://www.familialzheimer.org> y haz clic en el libro que aparece en la derecha titulado *Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada*.
2. Lee la parte introductoria, hasta la página 40, en donde se explican las características generales que presentan los enfermos de Alzheimer en este estadio evolutivo. Elige algunos ejercicios e imprímelos.
3. Acude a una Asociación de Familiares de Alzheimer (AFA), centro de día o residencia y contacta con el psicólogo o terapeuta ocupacional a fin de que te presente algún enfermo de Alzheimer en fase moderada. Si en el centro elegido se realizan talleres de estimulación cognitiva, pide asistir con el terapeuta correspondiente y, bajo su supervisión, acércate al enfermo o enfermos que participan. Acude varios días, procurando que sea a la misma hora.

## Lecturas recomendadas

Alberca, R. (ed.) (2001): *Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

En 18 capítulos, 16 neurólogos y un psicólogo clínico describen los síntomas conductuales que aparecen en las demencias, sus bases neurobiológicas y farmacológicas, su prevalencia, y diversos tipos de intervención farmacológica o no farmacológica.

Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias (2002): *Guías en demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia*. Barcelona: Masson.

En este libro se explican exhaustivamente las demencias, su clasificación, epidemiología y prevalencia. En cada una de ellas se expone su perfil clínico, principales características, como manifestaciones, alteraciones cognitivas, neuropsicológicas y conductuales, neuroimagen, neuropatología, criterios diagnósticos y recomendaciones del grupo.

- Fernández-Ballesteros, R., y Díez Nicolás, J. (coords.) (2001): *Libro blanco sobre la Enfermedad de Alzheimer y trastornos afines*. Madrid: Editorial Médica Panamericana. En 2 volúmenes y 527 páginas, 23 expertos en la enfermedad de Alzheimer desde diversos campos y ópticas profundizan el mundo del Alzheimer, desde su contexto social, los media y la EA, el perfil del cuidador, el estado actual de la investigación, atención, tratamientos, recursos y condiciones sociopolíticas.
- Tárraga L.; Boada M.; Morera A.; Doménech, S., y Llorente A. (1999): *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Glosa.
- ; —; —; Guitart, M.; Doménech, S., y Llorente A. (2003): *Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- ; —; —, —; — y — (2004). *Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve*. Barcelona: Glosa.
- Los autores desarrollan el marco teórico de los talleres de psicoestimulación cognitiva para los enfermos de Alzheimer. Se dan unas orientaciones acerca de las principales funciones cognitivas desde el campo de la neuropsicología y se proponen modelos de ejercicios de estimulación para que los psicólogos y terapeutas ocupacionales, siguiendo sus orientaciones, recreen nuevas actividades. El libro de demencia moderada, agotada su distribución de 10.000 ejemplares, se puede encontrar y descargar gratuitamente para uso clínico en <http://www.familialzheimer.org>, o bien: <http://www.fundacioace.com>.

## Bibliografía

- APA (1997): «Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's Disease and other dementias of late life». *American Journal of Psychiatry*, 154, pp. 1-39.
- Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer (2003): *El baúl de los recuerdos*. Madrid: Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer.
- Barquero, M. S.; Marcos, A., y Tárraga, L. (2000): «Unidades de día para pacientes con demencia». En Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias. Sociedad Española de Neurología (coord.), *Guía en Demencias. Conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia*, pp.213-227. Barcelona: Masson.
- Beck, C.; Heacock, P.; Mercer, S.; Thatcher, R., y Sparkman, C. (1988): «The Impact of Cognitive Skills Remediation Training on Persons with Alzheimer's Disease or Mixed Dementia». *Journal Geriatric Psychiatry*, 21, pp. 73-88.
- Boada, M.; Peña-Casanova, J.; Berrmejo, F.; Guillen, F.; Hart, W. M.; Espinosa, C., y Rovira, J. (1999): «Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de enfermedad de Alzheimer en España». *Medical Clinical*, 113, pp. 690-695.
- y Tárraga, L. (2000): «La enfermedad de Alzheimer y otras demencias y su tratamiento integral». En R. Fernández Ballesteros (ed.), *Gerontología Social*, pp. 547-579. Madrid: Pirámide.
- Brandt, J., y Rich, J. B. (1995): «Memory disorders in the dementias». En A. D. Baddeley; B. A. Wilson y F. N. Walts, (eds.) *Handbook of Memory Disorders*, pp. 243-270. Chichester: John Wiley.



- Clare, L.; Woods, R. T.; Moniz Cook, E. D.; Orrel, M., y Spector A. (2003): «Rehabilitación cognitiva y entrenamiento cognitivo para la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular de estadio temprano». En *Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software.
- Doménech, S. (2004): *Eficacia de los Talleres de Memoria en personas con EA leve*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona, 2004.
- Doody, R. S.; Stevens, J. C.; Beck, C.; Dubinsky, M. D.; Kaye, J. A.; Gwyther, L.; Mohs, R. C.; Thal, L. J.; Whitehouse, P. J.; DeKoski, S. T., y Cummings, J. L. (2001): «Practice parameter: Management of dementia (an evidence-based review)». *Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*, 56, pp. 1154-1166.
- Durante, P., y Altimir, S. (1998): «Demencia senil». En P. Durante y P. Pedro (eds.), *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*, pp. 117-132. Barcelona: Masson.
- Fernández-Ballesteros, R.; Zamarrón, M. D., y Tárraga, L. (2005): «Learning potential: A new method for assessing cognitive impairment». *International Psychogeriatrics*, 17, pp. 119-128.
- ; —; —; Moya, R. e Iñiguez, J. (2003): «Cognitive plasticity in Healthy, Mild Cognitive Impairment (MCI) Subjects and Alzheimer's Disease Patients: A Research Project in Spain». *European Psychologist*, 8, pp. 148-159.
- Finnema, E.; Dröes, R. M.; Ribbe, M., y Van Tilburg, W. (2000): «A Review of Psychosocial Models in Psychogeriatrics: Implications for Care and Research». *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14, pp. 68-80.
- Franco, M. A., y Orihuela, T. (1998): *Programa AIRE: Sistema multimedia de evaluación y entrenamiento cerebral*. Valladolid: Intras.
- Holland, A. L. (2001): «Rehabilitación cognitiva y conductual en la Enfermedad de Alzheimer». En J. M. Martínez Lage y Z. Khachaturian (eds.), *Alzheimer XXI: Ciencia y Sociedad*, pp. 305-313. Barcelona: Masson.
- Hughes, C. P.; Berg, L.; Danziger, W. L.; Coben, L. A., y Martin, D. L. (1982): A New Clinical Scale for the Staging of Dementia. *British Journal of Psychiatry*, 140, pp. 566-572.
- Lezak, M. D. (1995): *Neuropsychological Assessment*. Nueva York: Oxford University Press.
- NIH (1999): *Consensus Development Conference on the Rehabilitation of Persons with Traumatic Brain Injury*. NICHD, 12.
- Olazarán, J.; Muñoz, R.; Reisberg, B.; Peña-Casanova, J.; Del Ser, T.; Cruz-Jentoft, A. J.; Serrano, P.; Navarro, E.; García de la Rocha, M. L.; Frank, A.; Galiano, M.; Fernández-Bullido, Y.; Serra, J. A.; González-Salvador, M. T., y Sevilla, C. (2004): «Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease». *Neurology* 63, pp. 2384-2353.
- Peña-Casanova, J. (1999): *Activemos la mente*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Reisberg, B.; Ferris, S. H.; De Leon, M. J., y Crook, T. (1982): «The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia». *American Journal of Psychiatry*, 139, pp. 1136-1139.
- Sloane, P. D.; Zimmerman, S.; Bustani, C. H., y Sudha, S. (2002): «The Public Health Impact of Alzheimer's Disease, 2000-2050: Potential Implication of Treatment Advances». *Annual Rev. Public Health*, 23, pp. 213-231.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (2000): *Demencia y Geriatría*. Barcelona: Glosa.

- Sociedad Española de Psiquiatría. (2000): *Consenso Español sobre demencia*. Madrid: Drug Farma.
- Spector, A.; Orrell, M.; Davies, S., y Woods, B. (1999): «Orientación a la realidad para la demencia». En *Cochrane Library Plus en español*. Oxford: Update Software.
- Taft, L. B.; Fazio, S.; Seman, D., y Stansell, J. (1997): «A psychosocial model of dementia care: theoretical and empirical support». *Archives of Psychiatric Nursing*, 11, pp. 13-20.
- Tárraga, L. (1991): «Centros de día para pacientes con la Enfermedad d Alzheimer». En M. Boada, M. Selmes, (eds.): *La Enfermedad de Alzheimer y otras demencias afines a debate*, pp. 111-114. Barcelona: 4th. Conference Systed'91.
- (1994): «Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia». *Medicine*, 6, pp. 44-53.
- (1994): «Cognitive Psychostimulation: A non-pharmacological therapeutic strategy in Alzheimer's Disease». En M. Selmes y M. A. Selmes (eds.), *Updating of Alzheimer's disease. III Annual Meeting Alzheimer Europe*, pp. 72-80. Madrid: Alzheimer Europe.
- (1998): «Terapias blandas: Programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer». *Revista de Neurología*, 27, pp. 51-62.
- (2001): «Tratamientos de psicoestimulación». En R. Fernández Ballesteros y J. Nicolás (ed.), *Libro blanco sobre la Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*, pp. 305-322. Madrid: Médica Panamericana.
- ; Badenas, S.; Modinos, G.; Espinosa, A.; Diego, S.; Balcells, J.; López, O. L.; Becker, J. T., y Boada, M. (2005): «American Academy of Neurology: 57th Annual Meeting Program». *Neurology*, 64, A68.
- ; Boada, M.; Morera, A.; Doménech, S., y Llorente, A. (1999): *Volver a empezar. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer*. Barcelona: Glosa Ediciones
- ; —; —; Guitart, M., Doménech, S., y Llorente, A. (2003): *Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada*. Barcelona: Glosa Ediciones .
- ; —; —; —; — y — (2004): *Cuadernos de repaso. Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase leve*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- Teri, L.; Longsdon, R. G.; Uomoto, J., y McCurry, S. M. (1997): «Behavioral treatment of depression in dementia patients: a controlled clinical trial». *Journal of Gerontology*, 52B, pp. 159-166.
- Woods, R. T. (2002): «Non-pharmacological Techniques». En N. Qizilbash; L. S. Schneider; H. Chui; P. Tariot; H. Brodaty; J. Kaye y T. Erkinjunth (coords.), *Evidence-based dementia practice*, pp. 428-446. Oxford: Blackwell.

**Sexta parte**

**Intervención psicológica  
en el envejecimiento normativo**



# 14. Intervención psicosocial con personas mayores

Javier Yanguas y F. Javier Leturia

Las personas mayores constituyen un colectivo que, aunque heterogéneo, presenta cada vez más claramente unas características fundamentales que se agrupan en torno a dos situaciones diferenciadas: un gran número de personas mayores jóvenes se encuentran cada vez mejor y pueden ser entendidas bajo el paradigma del envejecimiento exitoso y la intervención psicosocial utilizando las estrategias de optimización selectiva con compensación (Baltes y Baltes, 1990), mientras que otro gran grupo que se encuentra alrededor de las situaciones de dependencia, es decir, necesitan el apoyo de terceras personas para desenvolverse en la vida cotidiana, presentan un frágil equilibrio en cuanto a salud y autonomía, sufren polimorbilidad, etc. (Baltes y Wahl, 1990).

En el primer caso consideraremos aspectos como los límites del funcionamiento en la edad avanzada y las condiciones que permiten su mantenimiento óptimo, el potencial de aprendizaje y la capacidad entrenable y/o prevenible, desde un enfoque multicriterial que considera la vitalidad, resistencia, flexibilidad adaptativa, autonomía, control, integridad, buen ajuste persona-ambiente, la variabilidad interindividual y la plasticidad intraindividual y capacidad de aprendizaje de las personas mayores. En el caso de la dependencia, si bien la mayoría de los trabajos y enfoques se centran en la dependencia física y la necesidad de apoyos para las actividades de la vida diaria con un enfoque unidimensional, parece necesario conceptualizarlo como un fenómeno multicausal y con un componente psicológico y contextual muy importante sobre el que se debe intervenir (Montorio, 1998).

La gerontología conductual, entendida como disciplina que estudia la aplicación de los principios de la psicología científica a la solución de problemas de la vejez (Montorio, 1995), presenta un interés preferente no sólo en la intervención individual y grupal, sino también en la planificación, organización, en la implementación de planes de intervención y en la evaluación de programas (Yanguas y Leturia, 1995a y 1995b), o de manera más específica en la optimización de los procesos de adaptación al entorno y las nuevas condiciones que surgen con la edad, la prevención de problemas de mayor prevalencia en las diferentes áreas vitales del sujeto y la intervención en esas áreas y llegando hasta el manejo de trastornos de comportamiento de alta prevalencia en los centros de atención (ya sea ésta de tipo residencial, diurna, etc.). En cualquier caso, el supuesto del que partimos es que la dependencia tiene un componente psicosocial que se puede prevenir y sobre el cual se debe intervenir (Montorio, 1998).

### **1. El modelo de intervención psicosocial**

Dada la diversidad de situaciones y entornos en los que se debe intervenir es fundamental consensuar un modelo de intervención psicosocial que permita una adecuada fundamentación, estructuración y definición de los planes y programas de atención e intervención y permita dar una lógica integral a cada uno de los programas.

Este modelo y plan de intervención se basa en el carácter interdisciplinar (Leturia, Leturia y Yanguas, 1998) y de complementariedad entre las diferentes disciplinas implicadas. En los equipos de trabajo el modelo psicosocial se complementa con las aportaciones que la gerontología conductual ofrece para el diseño ambiental, la atención, los tratamientos, etc., con una población que presenta una alta prevalencia de situaciones de dependencia, patología neurológica y psiquiátrica, déficit sensoriales, etc.

#### **1.1. Influencia del entorno en la calidad de vida de las personas mayores**

Siguiendo los últimos avances en atención a las personas discapacitadas y dependientes, entendemos que la discapacidad o la necesidad de atención y apoyos no es fija ni dicotomizada, sino fluida, dinámica, continua y cambiante, dependiente de las limitaciones funcionales de la persona y de los apoyos disponibles en su entorno (Shalock y Verdugo, 2004).

Hoy en día existen evidencias de que se pueden reducir las limitaciones funcionales, y por tanto la discapacidad, si se proporcionan servicios y apoyos centrados en la conducta adaptativa y en el estatus de los roles. Si la discapacidad es el resultado de la interacción de esta persona y su entorno, podemos tener una

nueva visión de la discapacidad en la que la autodeterminación, la inclusión, la equidad y las fortalezas del sujeto desempeñan un papel fundamental.

Este paradigma se basa en ofrecer una vida con apoyos para lograr la mejor calidad de vida, fomentando la competencia personal y las conductas adaptativas a través de la formación y entrenamiento en habilidades, proporcionando apoyos, ayudas técnicas, oportunidades y capacidad de elección en entornos seguros, pero abiertos, libres y estimulantes para la implementación de estas competencias.

La calidad de vida, entendida como el reflejo de las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con sus necesidades vitales fundamentales, engloba aspectos como la satisfacción vital, el bienestar, la felicidad etc. (Fernández Ballesteros, 2000), comprende diferentes dimensiones y permite establecer indicadores y objetivos definidos para la intervención.

Los centros para personas mayores deben ofrecer recursos comunitarios y especializados para las personas mayores que necesitan ayuda para desenvolverse en la vida cotidiana, así como para sus familias. Estos recursos han de tener un carácter abierto, plural y multifuncional, donde la calidad de vida es el objetivo principal. Entre las variables influyentes en la vida del centro destacan las características de las personas residentes, el modelo de atención y la capacidad del equipo profesional. En concreto, este equipo debe ofrecer una atención profesional y especializada de forma personalizada y cercana, en un entorno confortable, estimulante, orientador y protésico, adaptado a las necesidades de la persona y abierto a su familia.

Para las personas mayores en su domicilio y en recursos comunitarios los objetivos deberían ser similares, basándonos en la complementación al apoyo familiar ya existente.

En suma, desde este modelo el ajuste se logrará a partir de la interacción entre las capacidades de la persona y la adaptación del entorno y ambiente a esas capacidades.

### 1.2. Carácter integral de intervención

Toda intervención gerontológica debe estar regida por ciertos principios. En primer lugar, debe centrarse en la normalización e integración (más que en la protección), en la defensa de los derechos y la creación de oportunidades, en la contextualización y la descategorización (Yanguas, Leturia, 1995a).

En segundo lugar, debe partir de la complejidad de los procesos, problemas, situaciones que se dan en las personas con enfermedad crónica o discapacidad. En estas situaciones múltiples variables interrelacionadas se autodeterminan en sistemas complejos que conllevan influencias variadas según diferentes niveles de interacción. Ello hace necesario cualquier intervención, tanto de tipo profesional como personal, debe ser interdisciplinar y debe superar una perspectiva estrictamente individual (Yanguas y Leturia, 1995a).

La base de este sistema de intervención se encuentra en una adecuada definición del proceso a partir de la acogida, valoración, diagnóstico y establecimiento del Plan de Atención Individualizada (véase fig. 14.1). La valoración, además de ser interdisciplinar, debe incluir siempre y se valorará en todas y cada una de las áreas (Leturia, Yanguas, Arriola y Uriarte, 2001). Desde el modelo psicosocial éstos serían las principales áreas y objetivos:

- Las capacidades mantenidas.
- Las discapacidades.
- La dependencia consecuente.
- Las necesidades.
- Las preferencias.
- Los valores y aspectos éticos relacionados.

El Plan General de Intervención (PGI) que aquí se expone consta de seis áreas diferenciadas como aparece recogido en la figura 14.1 adjunta, que constituyen seis pilares de acción, que entendemos que tienen especial influencia en la calidad de vida de las personas mayores. Estas áreas son las siguientes: área de salud, de relaciones sociales, de ocio, cultura y educación, comunitaria, ambiental y de organización (véanse figuras 14.1 y 14.2).

**Figura 14.1.**

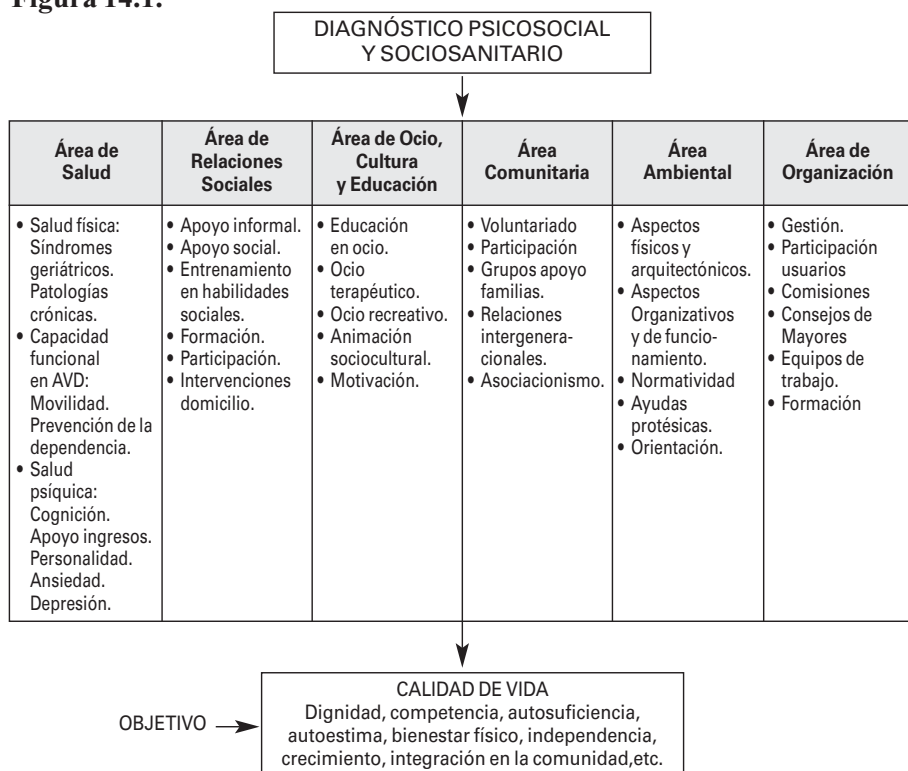




Figura 14.2.

ÁREA DE SALUD-I						
SUBÁREA DE SALUD FÍSICA						
Programa de valoración geriátrica	Programa de tratamiento geriátrico Síndromes y patologías	Programas de rehabilitación y mantenimiento			Programas de prevención y promoción	
		Programa de gimnasia	Programa de fisioterapia	Programa de terapia ocupacional y AVD	Programas de envejecimiento con éxito: prevención de automedicación; promoción de hábitos saludables, etc.	

ÁREA DE SALUD-I						
SUBÁREA DE SALUD PSÍQUICA						
Valoración	Cognitiva			Psicoafectiva		
Programa de valoración	Demencia	Olvido senil benigno		Ingreso	Trastornos de ansiedad	Trastornos depresivos
	Orientación a la realidad. Psicoestimulación. Rehabilitación cognitiva	Programa de entrenamiento en memoria		Programas de apoyo a jubilación, ingresos, hospitalización	Programa entrenamiento en relajación	Programa cognitivo-conductual

ÁREA DE LAS RELACIONES SOCIALES								
SUBÁREA DE VALORACIÓN SOCIAL	SUBÁREA DE INTERACCIÓN SOCIAL				SUBÁREA FAMILIAR			
Programa de valoración	Intervenciones grupales		Intervenciones no grupales		Progr. lúdico relacional	Progr. formativo	Progr. de apoyo	Progr. participativo
	Programa de Apoyo Social	Programa de Entrenamiento en HH.SS.	Individuales	Ambientales				

ÁREA DE OCIO-CULTURA-EDUCACIÓN								
VALORACIÓN	EDUCACIÓN CULTURA		OCIO Terapéutico TIEMPO LIBRE					
Programa de valoración	Programas educativos. Aprendizaje a lo largo de la vida		Programado				No programado	
	Grupal	AALV	Cognitivo	Salud	Social	Educativo	Libre	

ÁREA COMUNITARIA									
SUBÁREA SOCIAL			SUBÁREA COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA			RECURSOS			
Progr. inserción	Programa organización y auto-organización	Programa complementación institucional	Atenc. primaria	Atenc. especializada	Salud mental	Hogar, CD	Asociacionismo	Mapas comunitarios	Servicio valoración y orientación

ÁREA DE AMBIENTES					
FÍSICO		SOCIAL		ORGANIZACIONAL	
Variables físicas y arquitectónicas	Ayudas protésicas y a la orientación	Organización y funcionamiento	Percepción de las relaciones	Normatividad	Participación

ÁREA DE ORGANIZACIÓN				
ÓRGANOS DE REPRESENTACIÓN			ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	
Consejos de Mayores, Juntas de Gobierno		Asambleas Generales	Gestión por procesos/Mejora continua	Equipo interdisciplinar
Formación	Trabajo y coordinación con departamentos		Equipos por procesos y programas	Valoración e intervención

## 2. Intervención cognitiva en la vejez

En el presente punto se van a abordar diferentes aspectos relacionados con la intervención cognitiva. En primer lugar, definiremos la **intervención cognitiva** como un *conjunto de métodos y estrategias que pretenden optimizar los rendimientos cognitivos y funcionales de los pacientes*. Este tipo de intervención se puede llevar a cabo con la población de personas mayores en general, pero se halla más justificada en el contexto de aquellas con alguna enfermedad (la más frecuente es la demencia) que afecte a sus procesos cognitivos.

Para poder lograr una correcta intervención terapéutica es indispensable tener presentes los siguientes aspectos:

- Cuáles son las capacidades afectadas y cuáles las preservadas.
- Grado de afectación en las diferentes áreas sobre las que se va a intervenir.
- Capacidad real del paciente para la ejecución de determinadas tareas.
- Capacidades y comportamiento del paciente en las actividades de la vida diaria.
- Datos suficientes sobre la historia de vida del paciente.
- Presencia o no de alteraciones psicológicas y/o del comportamiento.
- Aspectos afectivos y motivacionales.

## 2.1. Objetivos de la rehabilitación

El principal objetivo de la rehabilitación es ayudar a las personas a que logren o mantengan un nivel óptimo del funcionamiento físico, psicológico y social en el contexto de las deficiencias específicas que surgen de las enfermedades o lesiones. De esta forma se facilita la participación en las actividades preferidas y las funciones sociales valoradas (WHO, 1998), y este concepto es igualmente aplicable a las enfermedades progresivas como a las no progresivas (Clare, 2003).

Existe evidencia empírica a favor de la plausibilidad de plantear estos objetivos en el entrenamiento terapéutico con personas mayores y con pacientes con demencia, ya que las personas mayores sanas mejoran de una manera significativa en las habilidades entrenadas, afectando esta mejora a la habilidad subyacente y manteniéndose durante cierto tiempo, sobre todo cuando el entrenamiento implica una participación activa, metacognitiva e instruccional (véanse capítulos 5 y 6).

Las mejoras pueden llegar a conseguir que los sujetos posean una ejecución igual al comportamiento previo. Las estrategias de entrenamiento más eficaces con personas mayores sanas han sido las procedimentales y multidimensionales consiguiéndose, asimismo, efectos positivos en personas con demencia leve y moderada.

Así pues, podemos concluir con dos resultados fundamentales sobre la intervención en el área cognitiva en esta población: 1) el entrenamiento cognitivo tiene acción terapéutica para la persona mayor, y 2) para que llegue a producirse este efecto terapéutico y se mantenga en el tiempo, hay que aprovechar las habilidades intactas en el sujeto como sistemas de compensación para nuevos aprendizajes.

## 2.2. Programas o métodos de intervención cognitiva

Lo primero que hay que tener en cuenta son los rasgos necesarios que ha de reunir un programa de intervención. Muñoz y Tirapu (2001) establecen los siguientes requisitos para un programa ideal:

- Partir de modelos teóricos de referencia.
- Adoptar una perspectiva interdisciplinar y múltiple.
- Establecer un orden de prioridades.
- Comenzar la intervención de forma precoz.
- Emplear un tiempo suficiente de tratamiento.
- Centrarse más en la capacidad que en los déficit.
- Tener en cuenta que las habilidades conservadas son la base del tratamiento.
- Es imprescindible considerar las variables emocionales.

### 2.2.1. Terapia de orientación a la realidad (OR)

Esta terapia se encuadra dentro de los programas de estimulación y actividad que se basan en el supuesto de que mantener activa a la persona con demencia puede ralentizar el declive cognitivo. Este supuesto vendría avalado por recientes estudios que demuestran cómo la participación frecuente en actividades que estimulan la cognición puede disminuir el riesgo de demencia en personas ancianas (Verghese, Lipton, Katz, Hall, Derby y Kulansky, 2003).

La orientación a la realidad (OR) fue descrita por primera vez por Folsom (Folsom, 1966) como una técnica para mejorar la calidad de vida de personas mayores con estados de confusión, alteraciones de orientación y de memoria. Consiste en presentar información relacionada con la orientación (temporal, espacial y personal) de dos maneras:

- **OR 24 horas:** la OR está organizada en torno a un programa sistemático de actividades para el paciente desde que se levanta hasta que se acuesta. Es practicada por todas las personas de su entorno a través de referencias, señales y otras ayudas para la memoria desde aproximación ecológica en la que el personal responde a las preguntas del paciente o le ayuda a descubrir las respuestas por ellos mismos (Reeve, 1985 y Williams, 1987).
- **OR en sesiones:** se realizan sesiones individuales o en pequeños grupos de una duración aproximada sobre la orientación temporal, espacial y la discusión de eventos, generalmente del entorno próximo a los pacientes. Se establecen varios niveles: básico, estándar y avanzado.

Wallis (1983) encuentra que los sujetos ganan en sus puntuaciones tanto a nivel cognitivo como de conducta, un mes postintervención. Sin embargo, Gender (1991) descubrió que los sujetos tras recibir OR rendían peor a las 10 semanas de seguimiento que antes del tratamiento, concluyendo que los beneficios conseguidos con la OR se acaban perdiendo con el tiempo. Estudios más recientes sí muestran cómo el mantenimiento de la intervención en el tiempo puede proporcionar beneficios (Zanetti, Metitieri, Bianchetti y Trabucchi., 1998), así como que los efectos se ven a corto plazo, y con el tiempo se pierden. Holden y Woods (1995) revisaron los estudios sobre el efecto de la orientación a la realidad. Para ello realizaron comparaciones de sujetos en grupos experimental y control, mientras que un tercer grupo recibía tratamiento con otras técnicas de intervención. Se observó una mejoría en las puntuaciones de las medidas de orientación a la realidad del grupo experimental respecto a los otros dos grupos. Asimismo, se pone de manifiesto que los cambios en las capacidades funcionales y en el comportamiento son más difíciles de demostrar que los cambios cognitivos. Los resultados muestran efectos positivos de OR en dos aspectos: conductual y cognitivo.

Una revisión realizada por Spector, Orrell, Davies y Woods en el año 2000, publicada en la Cochrane Library, examina la evidencia acerca de la efectividad de la orientación a la realidad en personas con demencia. Los resultados mostraron que el tratamiento, tanto en el área cognitiva como en la conductual, era efectivo. Pero estos resultados no fueron significativos estadísticamente, excepto en el estudio de Breuil y cols. (1994), en el que sí se obtuvieron resultados significativos en la esfera cognitiva. En el metaanálisis no se demuestra relación alguna entre la duración global de las sesiones y los resultados, ni en la esfera cognitiva ni en la comportamental. Tampoco se observó influencia de la actividad en el grupo control, lo cual sugiere que la OR en sí misma, y no simplemente por el contacto social y atención que supone, puede tener un efecto positivo sobre la cognición.

Aunque esta revisión no mostró efectos secundarios, parece que si no es aplicada con la suficiente sensibilidad puede producir frustración y estrés en el paciente (Dietch, Hewett y Jones, 1989).

En suma, la orientación a la realidad en personas mayores tiene efectos positivos en los usuarios que se ven a corto plazo, y que con el tiempo se pierden.

### 2.2.2. Reminiscencia

Al hablar de este término, hay autores que consideran la reminiscencia como sinónimo de revisión de vida, mientras que otros no se refieren a ella en ese sentido (Haight y Burnside, 1993):

- **Revisión de vida:** se describe como un proceso mental que ocurre de manera natural, en el cual se traen a la conciencia las experiencias pasadas y los conflictos sin resolver. En ella el terapeuta, que actúa de oyente, ayuda a la persona a recordar y evaluar los acontecimientos de su vida (se realiza individualmente). El objetivo es la autoaceptación, independientemente de cómo se considere la vida.
- **Reminiscencia:** debido a que la memoria remota es habitualmente lo último que se pierde, se piensa que la reminiscencia puede ser un método efectivo para comunicarse con personas con alteraciones mnésicas. Así, el proceso de reminiscencia fue desarrollado como una técnica terapéutica en la que se trata de activar o actualizar la memoria episódica a largo plazo. El trabajo incluye reuniones de grupo, en donde, ante cualquier estímulo y con ayudas de fotografías, música, objetos y vídeos del pasado, se realiza un proceso de reconocimiento e identificación y conexión con todos los recuerdos relacionados del pasado. El objetivo puede ser mejorar la interacción en un ambiente agradable y de forma atractiva.

Realizando la revisión de la base de datos «The Cochrane» (Spector, 2000), sólo el estudio de Baines (Baines, 1987), con 15 sujetos pudo ser introducido en el metaanálisis. Los resultados de este estudio no han sido estadísticamente significativos, aunque había una tendencia a favor del tratamiento en la esfera conductual. Los beneficios son no específicos, relacionados con beneficios sistemáticos, actividad estructurada y atención. Además, el efecto del tratamiento parece perderse a las pocas semanas de finalización del mismo.

### 2.2.3. Programas de psicoestimulación

En la estimulación cognitiva el objetivo es animar a la acción o a la ejecución. La estimulación cognitiva pretende desarrollar capacidades que están en la base de los procesos cognitivos, combinando técnicas clásicas de rehabilitación y entrenamiento.

El proyecto SIMA es un proyecto interdisciplinar que tiene por objetivo mantener una vida independiente en personas mayores interviniendo en el entrenamiento en competencia, en memoria, psicomotor, combinación de entrenamiento psicomotor y de competencia y combinación de entrenamiento de memoria y psicomotor. La muestra consistió en 309 sujetos, los cuales realizaron el entrenamiento durante nueve meses. Los resultados mostraron que las actividades que mejor fomentaban la independencia de las personas mayores eran entrenamiento de memoria y entrenamiento en competencia. El entrenamiento psicomotor no mostraba ninguna eficacia, aunque la combinación del tratamiento psicomotor y el de memoria sí que producía una reducción de los síntomas cognitivos.

El grupo de estudio ACTIVE (Ball y cols., 2002) ha publicado un estudio longitudinal que llevaron a cabo sobre entrenamiento cognitivo y personas mayores sobre la efectividad y durabilidad de tres intervenciones diferentes para mejorar el nivel cognitivo y las actividades de la vida diaria en personas mayores con 2.832 sujetos, quienes fueron distribuidos aleatoriamente en los tres grupos de intervención (memoria, razonamiento y velocidad de procesamiento), y un grupo control. Cada grupo experimental recibía 10 sesiones de tratamiento dirigidas por monitores previamente formados. Los resultados mostraron que las intervenciones cognitivas ayudaron a las personas mayores a mejorar aquellas capacidades que habían entrenado. Los efectos se mantenían en el tiempo.

En nuestro país, un ejemplo de este tipo de programas es el Programa de Psicoestimulación Integral (PPI) realizado por Tárraga (Tárraga, 2000). Este programa se fundamenta en la neuroplasticidad, en la aplicación práctica de la neuropsicología cognitiva y en la aplicación de las técnicas de modificación de conducta (véase capítulo 13). Francés, Barandiaran, Marcellan, Intxaurreondo y Guerrero (2002) han entrenado las siguientes áreas cognitivas: orientación, atención, memoria, lenguaje, praxis, gnosias y cálculo en un grupo de nueve

pacientes con enfermedad de Alzheimer en estadio leve o moderado durante seis meses, en sesiones de una hora de duración, dos veces por semana. Este grupo se comparó con otro control de ocho pacientes que no recibió ningún tipo de intervención. Al cabo de seis meses, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos en la función cognitiva (evaluada a través del ADAS-cog) a favor del grupo de tratamiento. No se observaron diferencias respecto a las medidas de función, conducta y estado afectivo.

### 2.2.4. Rehabilitación cognitiva

Se basa en un análisis detallado de las capacidades mentales del paciente para, posteriormente, tratar los déficit cognitivos observados y personalmente pertinentes. Este tipo de terapia trabaja individualmente con el paciente, estableciendo unos objetivos consensuados entre el paciente, sus familiares y los profesionales. Lo importante no es mejorar la realización de las tareas cognitivas como tales y descontextualizadas, sino optimizar el funcionamiento en la vida diaria del paciente, ya que no hay ninguna presuposición implícita de que los cambios producidos en un entorno se generalicen necesariamente a otro diferente. La rehabilitación cognitiva se ha definido como «cualquier técnica o estrategia de intervención que intenta permitir a los clientes o pacientes y sus familias convivir, administrar, obviar, reducir o aceptar los déficit provocados por la lesión cerebral» (Wilson, 1997; p. 488). Se acompaña de la provisión de información dirigida a facilitar una comprensión de las fortalezas y limitaciones cognitivas y por la discusión de apoyo en relación con las reacciones emocionales individuales u otras fuentes posibles de apoyo (Clare, 2003).

La rehabilitación cognitiva también se ha aplicado a personas con enfermedad de Alzheimer en estadios más avanzados para facilitar la realización de las habilidades básicas de la vida diaria o la disminución de los comportamientos problemáticos.

Una revisión reciente (De Vreese y cols., 1998), apoya la eficacia de los abordajes de rehabilitación cognitiva para las personas con enfermedad de Alzheimer en estadio temprano, siempre que la intervención sea de duración suficiente, esté apoyada por la participación de los cuidadores y sea flexible para adaptarse a las necesidades individuales.

Estas intervenciones son de especial importancia en los estadios iniciales de la enfermedad. Por ejemplo, un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Cambridge concluye que los programas de intervención neuropsicológica temprana en fases iniciales de la enfermedad ayudan al refuerzo de las estrategias de afrontamiento de los problemas de memoria. Lo que está apoyado por los estudios experimentales sobre aprendizaje. Además, los sujetos no muestran aumento en las medidas de depresión y/o ansiedad durante la intervención (Clare, 2003).

Olazarán y cols. (2004) evaluaron la eficacia de un programa cognitivo-motor en pacientes con enfermedad de Alzheimer, con niveles 3, 4 y 5 de la *Global Deterioration Scale de Reisberg* (véase capítulo 13 para una explicación de esta escala de deterioro) tratados con anticolinesterásicos. Los resultados mostraron que los pacientes del grupo experimental mantenían su estatus cognitivo al sexto mes, mientras que los del grupo control en ese mes habían experimentado un declive cognitivo significativo, y al decimosegundo mes, mantenían o habían mejorado su estatus afectivo en comparación con aquellos que pertenecían al grupo control.

### 3. Apoyo informal en el cuidado de las personas con demencia

Algunos autores han comparado el proceso de cuidado con una carrera (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit y Whitlatch, 1995), y realmente este proceso largo, en algunos casos, y agotador en la mayoría de las ocasiones, puede llegar a afectar no sólo al bienestar físico del cuidador sino que también afecta a su bienestar psicológico.

Hoy en día, a pesar de los cambios sociodemográficos y en contra de la opinión que se puede tener al respecto, la realidad constata que el 80 % de los pacientes con enfermedad de Alzheimer viven en la comunidad atendidos por sus familiares (Czaja, Eisdorfer y Schulz, 2000). Las consecuencias en los cuidadores, tanto físicas como psicológicas, son numerosas, como tendremos oportunidad de comprobar en apartados posteriores de este trabajo, pero el cuidador se ve afectado además en otras dimensiones de su vida personal como consecuencia del cuidado.

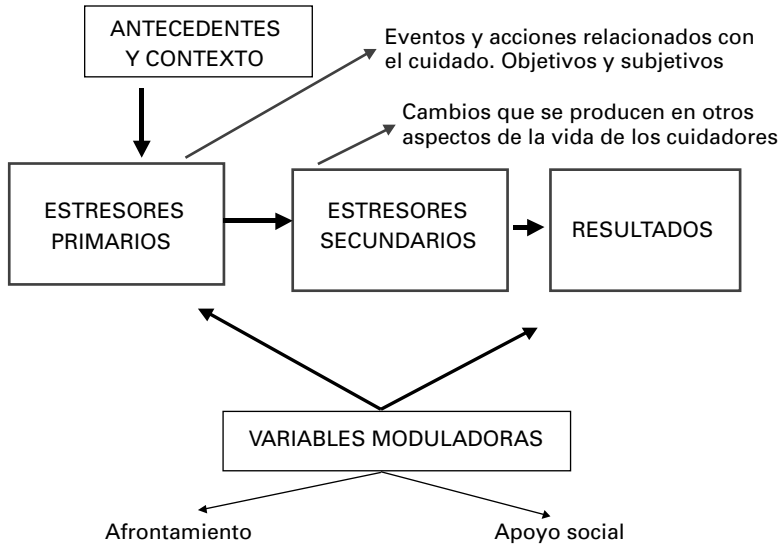
#### 3.1. Modelos teóricos de estrés aplicados al proceso de cuidado

El proceso de cuidado es una tarea ardua y costosa en todos los sentidos, por lo que han sido incontables los esfuerzos realizados por comprender y explicar este proceso en el que están implicadas diferentes variables. Numerosos autores han tratado de encontrar un modelo capaz de explicar el proceso de cuidado y la relevancia e interacción entre los diferentes factores que intervienen. En este apartado se van a presentar algunos de los modelos más relevantes.

El Modelo de Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990) se basa en el modelo explicativo de estrés de Lazarus y Folkman (1984), en el que los autores distinguen dos componentes en el proceso de aparición de una vivencia de estrés: la evaluación primaria y la evaluación secundaria. Estos autores señalan que en la apreciación primaria las personas determinan el carácter de un determinado evento para ellas irrelevante, benigno o negativo. En caso de estimar o valorar que el evento tiene un carácter negativo, mediante el proceso de evaluación



**Figura 14.3. Modelos de estrés aplicado al cuidado de personas mayores dependientes (Pearlin y cols., 1990)**



secundaria, las personas valoran los recursos disponibles para afrontarlos y las potenciales consecuencias que podrían producirse en función del éxito o no de ese afrontamiento. Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990) propusieron un modelo explicativo que concibe el proceso de estrés como el resultado de la relación entre distintas variables: a) antecedentes y condiciones del contexto (previas al cuidado), b) estresores y variables moduladoras (relacionadas con el proceso de cuidado), y c) resultados (consecuencias del cuidado). En la figura 14.3 se muestra el esquema de este modelo.

Por tanto, el cuidado de personas con enfermedad de Alzheimer en situación de dependencia debe entenderse como un proceso en el que están implicadas nuevas formas de aprendizaje y socialización ante la aparición de **estresores primarios** (los relacionados directamente con tener que cuidar a una persona dependiente) y estresores secundarios (referidos a las consecuencias de cuidar en el desempeño de otros roles asumidos por el cuidador y en otras actividades externas al cuidado, es decir, las consecuencias indirectas de cuidar). La adaptación a los requerimientos del cuidado depende de la aparición de todos estos estresores, de la contención de los mismos y de la valoración que hagan los cuidadores de su particular situación. Estos condicionantes determinarán los resultados del cuidado.

Lawton, Moss, Kleban, Glicksman y Rovine (1991) aportan una novedad con respecto al modelo anterior, al centrarse en la relación existente entre la situación objetiva de cuidado (estresores objetivos) y las constantes evaluaciones y estimaciones que el cuidador realiza de ella. En consecuencia, asumen que estas valoraciones tendrán un efecto determinante en la experiencia general de

cuidado o bienestar del cuidador. Lawton define la evaluación del cuidado como todas las valoraciones cognitivas y afectivas, así como las revaloraciones que el cuidador realiza del estresor potencial y su autoeficacia para afrontarlo.

Por su parte, Yates, Tennstedt y Bei-Hung (1999) pretenden integrar las aportaciones anteriores, incluyendo aspectos no incluidos en fundamentaciones teóricas previas. En este sentido, une las variables estresoras del cuidado, la evaluación o estimación del cuidador y los potenciales mediadores en el bienestar del cuidador. Los componentes del este modelo son: a) los estresores primarios, b) evaluación o estimación primaria, c) variables mediadoras, d) la sobrecarga (en este modelo es un componente del apartado evaluación secundaria y no se entiende como estresor primario) y e) resultados.

En síntesis, el bienestar del cuidador dependerá de los estresores primarios, la estimación que el cuidador haga de ellos y de los potenciales mediadores.

Algunas críticas realizadas a estos modelos son: a) en un primer momento, el modelo de estrés se centraba en los mecanismos de afrontamiento del cuidador, b) pocas veces se han reconocido consecuencias positivas con el paradigma de estrés, c) debido a que se tiende a considerar que las variables estresoras provienen de la persona que recibe el cuidado, el modelo pierde la visión de la relación diádica entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado, así como con el resto de familiares y relaciones allegadas. Estas relaciones son multidimensionales por naturaleza e incluyen interacciones actuales y pasadas que ocurren en un contexto cultural e histórico.

### 3.2. Programas de intervención para cuidadores de enfermos con demencia

Ante la evidencia del elevado nivel de estrés que puede producir el cuidado de un paciente con demencia, en los últimos 20 años se han desarrollado numerosos Programas de Intervención Psicosocial (PIP) para cuidadores, con el objetivo principal de ayudarles a reducir el estrés percibido producido por el cuidado. Estos programas han utilizado diferentes formatos y métodos para cumplir dicho objetivo, comprendiendo desde a) intervenciones psicológicas individuales, b) programas psicoeducativos, c) grupos de apoyo, d) intervenciones familiares, y por último, e) intervenciones basadas en tecnologías. Estos programas se basan, entre otras, en técnicas de entrenamiento en solución de problemas o afrontamiento de situaciones difíciles (Bourgeois, Schulz, Burgio, 1996). A continuación se detallan algunos aspectos relevantes sobre cada una de estas intervenciones:

- **Intervenciones psicológicas individuales:** estas intervenciones tienen como objetivo reducir los niveles de estrés y depresión en los cuidadores. Se pueden tener en consideración gran variedad de temas, todos ellos importantes, para ayudar a los cuidadores a reducir los ni-

veles de estrés psicológico. Los temas más frecuentes se centran en: 1) reacciones emocionales del cuidador principal, 2) resolución de conflictos familiares, 3) habilidades personales relacionadas con el cuidado, 4) resolución de problemas asociados a situaciones de cuidado, 5) manejo de problemas de conducta del paciente, 6) información relacionada con los servicios y ayudas existentes, y por último, 7) coordinación del cuidado y estrategias de manejo de cuidado.

- **Programas psicoeducativos:** se basan en intervenciones con un número preestablecido de sesiones que se desarrollan en formato grupal. El objetivo principal es dotar a los cuidadores de conocimientos, estrategias y habilidades que les ayuden a sobrellevar el arduo proceso de cuidado, así como proporcionar oportunidades de intercambio de apoyo emocional y proveerles de información. Las estrategias se centran básicamente en el aprendizaje de estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.
- **Grupos de apoyo:** los grupos de apoyo son el servicio más común que se ofrece a los cuidadores de enfermos de Alzheimer (Goodman, 1991). En ellos se fomenta el intercambio de información entre los cuidadores, se comparten preocupaciones, se expresan sentimientos y miedos, se comparten experiencias con los miembros del grupo, en definitiva, se intenta ayudar a los demás. Son grupos en los que se trabaja la reciprocidad, puesto que se escucha pero a la vez se proporciona información. Lieberman (1979) identificó una serie de razones por las cuales la gente se une a los grupos de apoyo: modelado conductual, semejanza en la naturaleza de los problemas, apoyo emocional, información/consejo, altruismo y ayuda hacia los demás, y ayuda práctica. Además compartir la experiencia (tener la sensación de estar todos en el mismo barco) hace que la gente se sienta menos sola. Estos grupos fomentan la cohesión, aumentan la autoestima, permiten un mejor afrontamiento del problema y proporcionan apoyo emocional.
- **Intervenciones familiares:** el cuidado de una persona con demencia es un problema familiar y sin embargo se ha escrito muy poco sobre las intervenciones familiares con cuidadores de enfermos con demencia. Generalmente se trata de reuniones en las que se enseña a los familiares a proporcionar apoyo emocional al cuidador principal y ayudar a todos los miembros de la familia a adaptarse a los constantes cambios que se producen en el proceso de la demencia. Estas intervenciones pueden maximizar las contribuciones positivas que cada miembro de la familia ofrece al cuidador principal, previniendo de este modo que sea uno solo el miembro de la familia que se haga cargo del cuidado y ayuda además a reducir los conflictos familiares (Mittelman, Epstein, y Pierzchala, 2003).
- Intervenciones basadas en **tecnologías de la información y comunicación:** estos sistemas permiten a los cuidadores participar en grupos

de apoyo o comunicarse con los profesionales de la salud sin salir de casa ni tener que cambiar sus rutinas. Fomentan la habilidad del cuidador para acceder a información sobre la salud o sobre los recursos de la comunidad a la vez que a la inversa, el propio profesional puede controlar en un momento dado el estado del cuidador. Estas tecnologías se han basado principalmente en la utilización de tres sistemas: 1) teléfono, 2) ordenador, 3) videoconferencia. Estos programas tienen efectos leves, estadísticamente significativos y positivos en el aumento de conocimiento de los cuidadores, en la morbilidad psicológica, en las estrategias de afrontamiento y en el apoyo social. Estas intervenciones mejoran el estado psicológico del cuidador y retrasan la institucionalización del paciente y permiten una reducción de sobrecarga, depresión y el trastorno ocasionados por las alteraciones de conducta del paciente en el cuidador (Hepburn, Tornatore, Center y Ostwald, 2001). Además, los cuidadores consideran que sus estrategias de afrontamiento se incrementan, refieren mejor relación con la persona, consideran que la intervención les ha proporcionado estrategias útiles para su aplicación en el cuidado (Quayhagen y cols., 2000) y, sobre todo, que volverían a repetir la intervención (Gallagher-Thompson, Lovett, Rose, McKibbin, Coon, Futterman y Thompson, 2000).

En suma, parece necesario profundizar en algunos tipos de intervenciones novedosas o que han recibido menos atención que las tradicionales (las intervenciones comunitarias, las familiares o incluso las basadas en tecnologías).

#### 4. Funcionamiento emocional

Pocos autores han investigado o intervenido en el funcionamiento emocional en personas mayores. Cuando se habla de emoción, se hace referencia a uno de los grandes pilares del individuo, junto con otros grandes bloques como son la cognición, la conducta o la motivación (Lawton, 1996; Márquez, Izal, Montorio y Pérez, 2004). Tanto desde la investigación como desde la intervención, se asume cada vez más el papel central de los estados afectivos en los procesos de adaptación en el sentido de que colorean y definen procesos como la toma de decisiones, los juicios, las atribuciones y el aprendizaje. Dicho de otra manera, cada vez más resulta pobre una intervención exclusivamente cognitiva y/o conductual y cada vez se percibe que es necesaria una intervención más integral. En el área de la investigación gerontológica, la preponderancia del paradigma cognitivo ha tenido como resultado un mayor conocimiento de los procesos cognitivos y sus cambios en el envejecimiento, mientras las emociones se han considerado un dominio de estudio separado de otros constructos para entender el envejecimiento (Schulz, 1985) y, en el

caso de que fueran estudiadas, eran conceptualizadas como variables que debían ser controladas. Sin embargo, es importante estudiar las emociones en gerontología por su papel en los procesos de adaptación, su importancia en la salud y su función en los procesos cognitivos (Blanchard-Fields, 1998, Leventhal, Patrick-Miller y Leventhal, 1998).

Pero realmente y desde el punto de vista de la intervención, ¿cambia realmente la respuesta emocional con el envejecimiento? Los datos actuales sobre la respuesta emocional en la vejez difieren de concepciones tradicionales, que defendían un empobrecimiento y negatividad de la experiencia emocional en la vejez. Así:

- Desde el punto de vista fisiológico el principal cambio asociado a la edad de carácter psicofisiológico que se ha constatado es la disminución de la actividad del sistema nervioso autónomo (SNA), lo que relacionado con las emociones se traduce en la disminución de la reactividad cardiaca ante estímulos emocionales de diversos tipos (Levenson, Carstensen, Friesen y Ekman, 1991).
- Desde el punto de vista de la expresión de las emociones, no se han encontrado diferencias importantes.
- Desde el punto de vista de la experiencia subjetiva, los estudios longitudinales reflejan un patrón estable en los niveles de afecto positivo (Charles, Reynolds y Gatz, 2001), mientras que respecto a estados negativos este mismo tipo de estudios revelan datos más ambiguos, a pesar de que sugieren un ligero decremento en la frecuencia de emociones negativas hasta la década de los 60 años y un posterior incremento de este tipo de emociones (Carstensen, Pasupathi, Mayr y Nesselroade, 2000; véase capítulo 7). Estudios sobre la intensidad del afecto afirman que las mujeres manifiestan una mayor intensidad afectiva en comparación con los hombres (Grossman y Woods, 1993). Es necesario destacar que las personas mayores podrían presentar una experiencia emocional más compleja, reflejo de una capacidad progresivamente superior para integrar emoción y cognición, para compatibilizar emociones contradictorias entre sí y para elaborar más matices emocionales respecto a las situaciones, rasgo este último relacionado con una mejor regulación emocional (Kennedy, Fung y Carstensen, 2001).

Por último, constatar que diversos estudios han encontrado que a medida que envejecemos se produce un aumento de la relevancia de la información emocional en el procesamiento cognitivo. Es decir, las personas mayores tienden a recordar información con mayor carga o información emocional, sobre todo si esa información es de carácter positivo (Charles, Mather y Carstensen, 2003).

#### 4.1. Intervenciones en emociones

La intervención en las emociones en personas mayores ha sido poco atendida y es marca de innovación en psicogerontología.

Entendemos que es necesario profundizar en intervenciones sobre:

- Control de la persona mayor sobre su propia vida.
- Vulnerabilidad ante pérdida de control, pérdida de relaciones afectivas, cambio de residencia, enfermedades crónicas, inactividad, aislamiento, soledad, ingreso en centros o recursos...
- Estrategias de control primario (por ejemplo, hábitos).
- Estrategias de control secundario (por ejemplo, entrenamiento).
- Percepción de control/sensación de control.
- Consecución de objetivos con significado personal o valor personal.
- Disminución de vulnerabilidad por pérdida de control.
- Intercambio intergeneracional de emociones.
- Fomento de estrategias adaptativas.

A pesar de estas carencias, contamos en la actualidad con algunas intervenciones comportamentales en funciones psicoafectivas y problemas emocionales, entre las que destacan las dirigidas a la depresión y a la ansiedad.

##### 4.1.1. Tratamiento de trastornos depresivos

La sintomatología depresiva está presente en gran medida en las personas mayores especialmente en centros residenciales, variando la prevalencia estimada según los autores (Montorio, 1990; véase capítulo 12).

Además de su prevalencia, la importancia de su detección y tratamiento radica en que es un problema insuficientemente diagnosticado, por tanto poco tratado, con frecuentes recaídas, que supone un riesgo de morbilidad y mortalidad mayor. Además, existen diferentes situaciones que pueden generar dificultades adaptativas como la jubilación o la institucionalización, o la elevada presencia de problemas somáticos con una consecuente ingesta de fármacos que pueden suponer un riesgo de aparición de sintomatología depresiva.

Las técnicas conductuales más utilizadas para tratar la depresión en la edad avanzada son los modelos conductuales operantes (Lewinsohn, Biglan y Zeiss, 1976), la terapia cognitivo-conductual de Beck (Beck y cols. 1979) y el modelo psicoeducativo de Lewinsohn (Lewinsohn, Steinmetz, Antonuccio y Teri, 1985). Aunque la efectividad inicial de los tres tratamientos es inicialmente similar, la terapia cognitivo-conductual presenta un menor riesgo de recaídas y mayor expectativa de mantenimiento libre de síntomas. Para que cualquiera de estos tratamientos tenga efectividad en las depresiones mayores se requiere, además, un abordaje conjunto con métodos farmacológicos.

Desde el modelo conductual se parte de la existencia de una necesidad de estimulación discriminativa y una baja tasa de reforzamiento positivo, debido o bien a que la persona carece de las habilidades necesarias para lograr esos refuerzos, o bien porque carece de sucesos potencialmente reforzantes o vive en entornos poco reforzantes. En este último sentido, ciertas situaciones y contextos determinados (por ejemplo, algunos centros gerontológicos) pueden disponer de pocos refuerzos para las personas que viven en ellos, por lo que, desde un punto de vista preventivo, sería adecuado poner en práctica las siguientes medidas:

- Diseñar un ambiente social estimulante que promueva la realización de actividades gratificantes y el establecimiento de relaciones sociales (lo que exige su estimulación y refuerzo), presentar una oferta amplia de actividades, utilizar modelos desde el proceso de adaptación etc.
- Fomentar la autonomía y los sentimientos de utilidad, favoreciendo que los residentes realicen actividades útiles para sí mismos, así como para los demás (por ejemplo a través de programas de voluntariado).
- Fomentar la red de apoyo social y las relaciones familiares con un carácter proactivo (Leturia y Yanguas, 1992).
- Fomentar la actividad, el ejercicio físico, una alimentación adecuada, el control de la ingesta de fármacos, etc., a través de programas de envejecimiento saludable.

Desde la experiencia se recomienda su aplicación en formato grupal por sus ventajas en cuanto a socialización, estimulación y modelamiento (Hyer y Blazer, 1984). Además se debe trabajar con las personas que rodean a la persona mayor deprimida (los cuidadores informales, los familiares, los profesionales, compañeros especialmente significativos, etc.) en habilidades para distinguir las conductas a reforzar y en cómo complementar el tratamiento.

En cuanto a los temas negativos a trabajar con la persona destacan la preocupación por problemas físicos, los pensamientos negativos acerca del pasado, la decepción con los hijos, la muerte de familiares y amigos o los cambios en la apariencia física con la edad. Temas adicionales que también suelen aparecer son la valoración negativa del hecho de vivir en una residencia, la pérdida de roles sociales, la necesidad de cuidado del cónyuge enfermo o impedido u otro familiar, los cambios sociales e históricos, el miedo intenso a sucesos de baja ocurrencia de probabilidad (accidentes o delitos) o la preocupación con la disminución de actividad sexual.

Los programas de entrenamiento en habilidades sociales con depresivos parten del presupuesto de que un déficit en estas habilidades puede provocar la disminución de conductas potencialmente seguidas de refuerzo positivo y, por tanto, una falta de reforzadores, lo que favorece el mantenimiento de esta sintomatología depresiva. Este problema puede darse en los centros para ma-

yores por una falta de estimulación discriminativa y reforzante de los comportamientos sociales.

Los objetivos son reducir y eliminar las respuestas de ansiedad en situaciones sociales, eliminar las respuestas de evitación ante estímulos sociales, mejorar y aumentar el repertorio conductual y capacitar al sujeto para que desarrolle respuestas sociales generadoras de refuerzo, al mismo tiempo que disminuya las respuestas de evitación y las respuestas que generan dependencia. Se pueden realizar como programas autónomos o relacionados con los programas de apoyo social (Leturia y Yanguas, 1992). Las estrategias más utilizadas son el modelamiento, el ensayo de conducta (encubierto o manifiesto), las instrucciones, el aleccionamiento y retroalimentación, el refuerzo externo, el autorrefuerzo y las tareas. Otras técnicas son la reestructuración cognitiva, las técnicas de resolución de problemas, las autoinstrucciones y la relajación.

Algunas habilidades y competencias a desarrollar son la conversación (comenzar, llevar y cerrar conversaciones), la escucha activa (qué hacer y decir), la observación y expresión de emociones y el entrenamiento en interacciones como el dar y recibir instrucciones, la persuasión, el aprecio y el ánimo, los cumplidos, la petición de ayuda, las quejas, los enfados y la cólera etc. (Pelechano, 1990)

### 4.1.2. Tratamiento de los trastornos de ansiedad

A diferencia de los cuadros depresivos, los trastornos de ansiedad en ancianos han sido poco estudiados, debido entre otras razones a que se ha considerado estos síntomas como normales entre los ancianos, a que son escasamente prevalentes, a que se suelen tratar como parte de otros cuadros y al nihilismo terapéutico (es decir, la creencia que no se puede hacer nada para evitarlo o que todos los esfuerzos terapéuticos son en vano). La ansiedad puede aparecer fruto de la dificultad para hacer frente a las exigencias del medio, y como resultado de la dificultad de adaptación a situaciones como enfermedad crónica, institucionalización, etc., y podemos diferenciar la sintomatología ansiosa de los trastornos de ansiedad (véase capítulo 12).

En cualquier caso, debe destacarse la necesidad de un correcto análisis y diagnóstico diferencial respecto a otros problemas con los que puede aparecer conjuntamente como la depresión etc., así como de establecer unos objetivos ajustados a las personas mayores, su situación y capacidad (Woods, 1995).

El tratamiento psicológico de base es el entrenamiento en relajación. Técnicas como la relajación progresiva de Jacobson ayudan a lograr la relajación mediante ejercicios de tensión-relajación de distintos grupos musculares. Se realizan complementándolos con respiración diafragmática o profunda y entrenamiento en imaginación, refuerzo diferencial y modelamiento. Hussian (1981) utilizó la inoculación de estrés para superar la ansiedad relativa a la



utilización de ascensores en una institución. Siendo éstos uno de los elementos principales en los centros estructurados verticalmente, pueden suponer uno de los espacios más conflictivos en el ámbito convivencial, por lo que deben cuidarse los aspectos relacionados con los mismos y su utilización. En los problemas fóbicos la utilización de la desensibilización sistemática puede ser la técnica de utilización preferente.

Igualmente las técnicas cognitivas de Beck y de Ellis han sido aplicadas a personas mayores con problemas de ansiedad. En este sentido, es importante analizar los pensamientos automáticos, evaluar las distorsiones cognitivas, atribuciones, etc., por ejemplo en casos de ansiedad que se atribuyen a trastorno orgánico. También se han utilizado la resolución de problemas y la reestructuración cognitiva.

En entornos residenciales parece haber una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en cualquiera de sus formas. Sobre esta base, los autores de este capítulo han aplicado programas de entrenamiento en relajación. Con resultados positivos de disminución de los síntomas de ansiedad tanto conductual como fisiológica, disminución de sintomatología depresiva y mejora de satisfacción vital. Se utilizó la técnica de la relajación progresiva de Jacobson (Cautela y Groden, 1985) adaptada a personas mayores, con un mayor énfasis y entrenamiento en el reconocimiento corporal, en la respiración y en los componentes conductuales de refuerzo, tarea, modelado etc., y componentes cognitivos para lograr una mejor generalización de los aprendizajes y favorecer su mantenimiento. Parece ser una técnica adecuada utilizándola sola o como complemento con otras, para tratar también problemas colaterales como los trastornos del sueño, ansiedad o miedo a estar enfermo, etc., así como para dotar a las personas mayores de instrumentos y estrategias preventivas de afrontamiento de posibles problemas como las pérdidas, problemas de salud, etc. (Leturia y Yanguas, 1994).

### 5. Intervención en el área social

El apoyo social es un elemento importante en el mantenimiento de la persona mayor tanto en el domicilio como en centros especializados.

El apoyo social se concibe como conjunto de relaciones sociales, entre las que destacan las familiares, que proveen al sujeto de afecto, ayuda, imagen positiva, información, etc. (véase capítulo 9). El apoyo social es, al mismo tiempo, un mediador importante en el proceso de afrontamiento de los acontecimientos estresantes, como las pérdidas, los enfermedades, los problemas económicos, etc. Es destacable igualmente su papel en el mantenimiento y recuperación de la salud, favoreciendo un mejor estado psicofísico y un mejor afrontamiento y recuperación de la enfermedad.

De esta manera, desde un enfoque comunitario es importante fomentar la creación, aparición y mantenimiento de redes sociales y familiares que per-

mitan el mantenimiento del anciano en su domicilio, en su medio, o la conexión de la persona con el entramado comunitario en el caso de que resida en algún centro. Con este fin un aspecto fundamental es en qué medida podemos crear recursos para que estas redes sociales y familiares puedan desarrollar su función por más tiempo y más adecuadamente (Leturia y Yanguas, 1992).

Existen diferentes tipos de intervención posible con diferentes niveles de eficacia demostrada, desde los teléfonos de apoyo, que aunque no reducen el aislamiento permiten mejorar el acceso y contacto con servicios de ayuda, hasta intervenciones grupales psicoeducativas o de *empowerment* que demuestran diferentes niveles de eficacia en función, entre otros factores, del género o de las habilidades sociales disponibles previamente.

La intervención en las habilidades sociales basada en el entrenamiento también puede ser necesaria en casos en los que la persona necesita, antes de promover la interacción, adquirir determinadas estrategias que le permitan hacerlo satisfactoriamente (Pelechano, 1992).

## 6. Intervención en el área de la salud

Los estilos de vida, y en concreto los comportamientos relacionados con la salud, tienen un efecto importante tanto en la longevidad como en el mismo estado de salud y en su percepción.

La intervención en los comportamientos relacionados con la salud y el uso clínico de técnicas del análisis experimental de la conducta para la evaluación, prevención, control o tratamiento de las enfermedades físicas o disfunciones fisiológicas, así como de la conducta asociada a esos trastornos y a los problemas del cuidado de la salud (Pomerlau y Brady, 1979) han supuesto un avance importante en la atención y tratamiento de las personas mayores, aun cuando todavía sean prácticas poco extendidas.

Los patrones de comportamiento pueden afectar a la salud y la longevidad más que las condiciones ambientales o los factores genéticos. Así, los estilos de vida y hábitos de comportamiento, como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol o la polimedicación, influyen en la morbilidad y mortalidad de los mayores (Durán y Torrado, 1994). Esta circunstancia se agrava más si cabe en los contextos residenciales, en los que el propio ingreso viene determinado generalmente por el estado de salud.

La intervención en este campo se centra en la modificación de respuestas manifiestas o fisiológicas que constituyen en sí un problema o un factor de riesgo para la salud, como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, tabaco, etc.) o la automedicación. También es importante la modificación de las habilidades necesarias para observar o seguir un tratamiento (lo que se denomina «adherencia al tratamiento»). En este caso, puede ser necesario para el paciente el entrenamiento en el seguimiento de instrucciones, mientras que los profesionales y el personal médico pueden necesitar entrenamiento en ofre-

cer instrucciones adecuadas, por ejemplo a los depresivos en el autorreconocimiento de los primeros síntomas para que acuda al terapeuta o siga unas instrucciones precisas, o para la prevención de recaídas en casos de alcoholismo, etc.

Las aplicaciones clínicas de la psicología de la salud para personas mayores van desde:

- La **prevención primaria** en cuanto intervención en la percepción sociocognitiva respecto a la salud de los mayores y en concreto sobre los mitos existentes en este terreno que pueden afectar negativamente en las actitudes hacia uno mismo y su salud, y dificultar el afrontamiento de los posibles problemas que puedan aparecer en este campo. Los programas de intervención en educación para la salud, desde una perspectiva competencial basada en los criterios del envejecimiento con éxito (Baltes, 1990) pueden tener un impacto especialmente positivo en aquellos mayores en residencias. Su finalidad es que las personas mayores adopten una actitud y comportamientos positivos hacia su salud, logrando un compromiso que en ocasiones no se ha promocionado lo suficiente por los efectos negativos de la institucionalización, que ha podido conducir a generar dependencia y abandono de hábitos saludables que se mantenían en el medio comunitario.
- La **prevención secundaria**, permitiendo una adecuada observación, valoración y análisis funcional de los comportamientos relacionados con la salud, desde una perspectiva de valoración integral e interdisciplinar, así como una detección precoz y diagnóstico diferencial de los problemas comportamentales en los cuadros de tipo físico o fisiológico. Aquí se enmarcarían todas aquellas técnicas que dotan a las personas mayores de recursos para afrontar adecuadamente la mayor probabilidad de aparición de problemática de salud en esta etapa vital, como por ejemplo el entrenamiento en relajación para reducir el estrés, la información y visitas previas al ingreso para afrontarlo mejor y lograr una adecuada adaptación, las técnicas de resolución de problemas, etc.
- La **prevención terciaria** incide en la reducción de efectos iatrogénicos o secundarios de los tratamientos, así como de efectos colaterales de las propias patologías. En este caso, tiene una especial relevancia el control de los efectos no deseados de los psicofármacos, con el ejemplo paradigmático de los neurolépticos.

La importancia de la sensación de autonomía y control supone efectos positivos importantes en el bienestar, los niveles de actividad, la motivación e incluso en la longevidad. Entrenando a los sujetos para afrontar más activamente su entorno, Rodin (1986) logró reducción en niveles de estrés, reducción en niveles de corticoesteroides, y mejoras significativas en la salud.

**Figura 14.4. Prevención, promoción y educación para la salud**

<i>Prevención primaria:</i>	Conjunto de actividades que se realizan sobre la población en general para evitar la aparición de problemas sociales, psíquicos, sanitarios etc.
<i>Prevención secundaria:</i>	Conjunto de actividades que se realizan sobre situaciones y grupos concretos (por ejemplo, grupos de riesgo) para evitar la aparición de problemas sociales, psíquicos, sanitarios etc.
<i>Prevención terciaria:</i>	Conjunto de actividades que se realizan sobre situaciones y grupos concretos que ya presentan un problema o déficit para evitar la aparición de efectos y problemas secundarios.
<i>Promoción de la salud:</i>	Conjunto de actividades que se realizan sobre la población en general y sobre situaciones y grupos concretos para incrementar las conductas, hábitos y estilos de vida saludables en los ámbitos social, físico, psíquico, etc.
<i>Educación para la salud:</i>	Conjunto de actividades (de tipo cognitivo, emocional y comportamental) que se realizan sobre la población en general y sobre situaciones y grupos concretos para incrementar el conocimiento y la implicación personal en las conductas, hábitos y estilos de vida saludables en los ámbitos social, físico, psíquico, etc.

Son importantes los programas de intervención comportamental en los siguientes cuadros: la hipertensión arterial esencial (HTA) y trastornos cardiovasculares, la modificación de la personalidad tipo A (caracterizado por rasgos como la agresividad, la impaciencia, el apresuramiento, etc., que inciden en el estilo de vida y en la probabilidad de padecer ciertos problemas de salud), la diabetes, la rehabilitación y tratamiento de las secuelas cognitivas, conductuales y psicosociales tras un accidente cerebrovascular (Durán y Torrado, 1994; McCaffrey y Fisher, 1990), el tratamiento del dolor (Durán y Torrado, 1994; Sturgis, Dolce y Dickinson, 1990), el control de síntomas en cuidados paliativos (Astudillo, Mendinueta y Astudillo, 1995), el abuso de sustancias tóxicas y medicamentos, los programas de ejercicio físico y de prevención de caídas la rehabilitación neuropsicológica, el apoyo a la rehabilitación física (Montorio, 1995) o la preparación ante intervenciones quirúrgicas, por sólo citar los más frecuentes.

Por ejemplo, en los trastornos del sueño se procede a través del tratamiento de los factores asociados como el estrés, la ansiedad, los posibles efectos secundarios de la medicación, psicopatología subyacente, factores ambientales e inactividad, así como del propio proceso del sueño (Wessler, Rubin y Sollberger, 1976). El tratamiento no farmacológico consistiría en la información sobre higiene del sueño, el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson, instrucciones sobre control de estímulos, la formación en habilidades de afrontamiento de problemas, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en HHSS en los casos en que aparecen estos problemas como origen o coadyuvantes (Buela Casal, 1993).

## 7. Intervención en el cuidado y apoyo personal

El primer objetivo será trabajar sobre la sobredependencia y examinar, mediante un análisis funcional, si la no ejecución de la conducta es debido a la discapacidad o a una falta de motivación para su realización. Algunos estudios avalan la eficacia de las estrategias conductuales en el entrenamiento y mantenimiento de comportamientos relacionados con la higiene, la deambulación, la alimentación, etc. (Leturia, Yanguas, 1999; Montorio, Izal, 1999).

El apoyo instrumental se centra en proporcionar a la persona y a la familia ayudas para la realización de las actividades cotidianas de cuidado, limpieza, etc. La intervención con familiares ofreciéndoles formación y capacitando a las familias en esta área es un buen método no sólo para aumentar la calidad de vida de la persona mayor, sino para mejorar la implicación de las familias, al tener herramientas para poder realizar bien su labor de cuidado. Incluso con personas mayores residentes es factible formación de este tipo, para que sea puesta en marcha en el domicilio, cuando ocasionalmente están con la persona mayor, etc.

Estos programas incluyen la formación de familiares para que ayuden a las personas mayores dependientes a realizar actividades de vida diaria básica, instrumentales o complejas.

## 8. Intervención en el área de tiempo libre

Un área importante a desarrollar es el fomento de una ocupación del tiempo libre de la forma más satisfactoria posible, en cuanto el aspecto lúdico de la relación constituye uno de los elementos más importantes de una relación y va a suponer unas consecuencias muy relevantes en las áreas psicoafectiva y social.

La posibilidad de redescubrir las aficiones pasadas o aquellas actividades que se realizaban en común cuando todavía no había aparecido el problema o el proceso de dependencia pueden ofrecer al sistema familiar y al cuidador principal, en concreto, elementos de interacción satisfactorios, que compensen los aspectos negativos de la situación y que van a permitir realizar actividades que la persona mayor puede disfrutar, con lo que se potencia el redescubrimiento de una relación que, habiendo sido positiva y satisfactoria durante mucho tiempo, ahora puede estar pasando por una situación crítica.

En las personas mayores institucionalizadas es necesario favorecer un clima lúdico y fomentar el hecho de compartir aficiones comunes, como métodos para aumentar la cantidad y calidad de contactos entre los residentes.

## 9. Intervención en el contexto y el ambiente

Las características ambientales son muy importantes en los contextos pues afectan de manera muy relevante a la autonomía, al desempeño diario y, consecuentemente, a la satisfacción y calidad de vida de las personas. Estas características ambientales no se limitan sólo a aspectos físicos. También son muy relevantes las características organizativas, las características de los residentes y del personal, las relaciones interpersonales o el clima social (Fernández Ballesteros, 1996).

Para poder evaluar el ambiente y lograr un diseño ambiental que nos permita promover los objetivos conocidos de autonomía, satisfacción y calidad de vida se debe trabajar estas dimensiones ambientales en aspectos concretos como la intimidad, la integración social, el control y posibilidad de elección, etc. (Regnier, 1993)

Entre los instrumentos de evaluación ambiental de residencias destaca el Multiphasic Environmental Assessment Procedure, MEAP de Moos (1979) y su adaptación española de Fernández Ballesteros (1997). Este instrumento distingue las siguientes áreas generales: a) características físicas (accesibilidad a la comunidad, las características de seguridad, las ayudas para la orientación, el confort físico etc.); b) aspectos organizativos (la intimidad, el control por los residentes, la organización, la elección organizativa, la disponibilidad de servicios etc.); c) características de residentes y de personal (el nivel de habilidades funcionales de los residentes, su nivel de actividad, su integración en la comunidad, la utilización de servicios etc.). El clima social que comprende la calidad de las relaciones interpersonales, las posibilidades de desarrollo personal, las tendencias de estabilidad o cambio en el sistema, etc.

El diseño ambiental permitirá a través de la modificación del ambiente influir en problemas de comportamiento como la deambulación, los riesgos de caídas, o los déficit sensoriales que pueden comprometer la autonomía, para lo que se proporcionan las prótesis adecuadas como bastones, sillas de ruedas, eliminación de barreras arquitectónicas. Colocando correctamente el mobiliario podemos, por ejemplo, favorecer también el contacto y las relaciones sociales. Una mejora de los estímulos ambientales hará que la persona mayor responda más fácilmente y de manera orientada en el tiempo y espacio.

Algunas recomendaciones de diseño pueden encontrarse en Chistenson (1990), Fernández Ballesteros (1992), o Rua (1991).

## 10. Importancia del personal cualificado

El servicio de atención e intervención personal se basa en todos los casos en la relación persona a persona. Desde el primer contacto de la persona mayor o de su familia y el comienzo del proceso de tratamiento o intervención con el residente, la evaluación inicial de capacidades y necesidades, el diagnóstico,

la definición del plan personalizado de atención, la prestación de servicios y hasta la finalización de esos servicios, todos los pasos se basan en la relación personal entre la persona mayor y sus familias y los equipos profesionales.

Por ello la adecuada capacitación profesional, la adecuada gestión de las competencias y la cualificación de cada uno de los profesionales es determinante para lograr el ajuste de los programas a cada una de las situaciones específicas de cada persona.

Entre las competencias y capacidades principales a desarrollar cabe señalar tres tipos de capacidades: a) las capacidades sistémicas o del modelo de atención psicosocial y sociosanitario; b) las capacidades técnicas propias de cada profesión en el análisis y diagnóstico de necesidades, que nos asegurarán escoger la mejor manera de dar respuesta a esas necesidades, con las últimas técnicas científicamente demostradas; c) las habilidades relacionales, como la empatía, la comunicación, el manejo de situaciones problemáticas etc.

La motivación profesional, los programas de formación que incluyan aspectos sistémicos de modelo, técnicos y relacionales, o el adecuado ajuste entre competencias, perfiles de puestos de trabajo y el constante análisis del desempeño permiten la mejora continua en el proceso de relación terapéutica. Elaborar un manual de consejos y estilo de relacionarse con el paciente que sea consensuado entre todo el equipo permite que todos los profesionales de un mismo servicio o centro trabajen en la misma dirección, que no es otra que la orientación al cliente.

Los perfiles de los clientes cada vez son más complejos, lo que exige por una parte que el personal esté específicamente entrenado para atender de la mejor manera posible con los últimos conocimientos y avances las necesidades de estas personas y, por otra parte, que las organizaciones estén gestionadas de manera que se optimice el potencial competencial de estos profesionales.

## Cuestiones clave

1. Características de los modelos de intervenciones con personas mayores.
2. ¿Cuáles son las principales áreas de intervención?
3. Detalla la importancia del funcionamiento emocional en PM.
4. ¿Cuáles son las principales técnicas de intervención en el funcionamiento cognitivo y su eficacia?

## Actividades prácticas

1. Visitar un centro de atención a personas mayores como puede ser un club de personas mayores, un centro de día, una residencia o un centro gerontológico y entrevistar a un profesional de la intervención psicosocial y a una persona mayor en relación a los elementos explicitados en el capítulo:
  - Historia del centro y vías de financiación.
  - Aspectos organizativos del centro (tipos de profesionales que participan, tipo de coordinación entre ellos, etc.).
  - Actividades que se realizan en el centro y objetivo que tienen.
  - Calidad de vida, bienestar subjetivo y la satisfacción vital de los usuarios mayores.
2. En grupos de tres o cuatro personas, realizar un pequeño informe con lo que hayáis encontrado en cada centro (un centro por componente del grupo) y una breve comparación entre los centros.

## Lecturas recomendadas

Leturia, F. J.; Yanguas, J. J.; Arriola, E., y Uriarte, A. (2001): *La valoración de las personas mayores*. Madrid: Cáritas Española.

La evaluación de las diferentes funciones psicológicas, psicosociales y ambientales es siempre el primer paso antes de intervenir. En este libro se aborda esta temática, enfatizando las particularidades, la evaluación en mayores y comentando los instrumentos más utilizados en las diferentes áreas a evaluar.

Montorio, I., y Izal, M. (eds.) (1999): *Intervención psicológica en la vejez: aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.

Este libro en su primera parte contiene capítulos dedicados a la intervención en la promoción de la autonomía, mientras que en la segunda encontramos capítulos centrados en la intervención dirigida a cada uno de los grandes síndromes psicopatológicos que pueden afectar a las personas (ansiedad, depresión, demencia, trastornos del sueño, dolor, etc.).

— y — (eds.) (1999): *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.

Izal y Montorio dedican en este libro una especial atención a los principios metodológicos y conceptuales básicos de la evaluación e intervención con personas mayores, en diferentes ámbitos, tanto familiares como residenciales.



Yanguas, J.; Leturia, M., y Uriarte, A. (1998): *Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico*. Madrid, Cáritas.

En este libro se repasan y comentan los principios generales de diferentes tipos de intervención con personas mayores en un amplio rango ámbitos de funcionamiento. Estas intervenciones incluyen las dirigidas a situaciones de patología y dependencia y aquellas dirigidas a promover un envejecimiento activo y saludable.

## Bibliografía

- Aneshensel, C. S.; Pearlin, L. I.; Mullan, J. T.; Zarit, S. H., y Whitlatch, C. J. (1995): *Profiles in caregiving: The unexpected career*. San Diego: Academic Press.
- Astudillo, W.; Mendinueta, C., y Astudillo, E. (eds.) (1995): *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona: Eunsa.
- Baines, S.; Saxby, P., y Ehlert, K. (1987): «Reality Orientation and Reminiscence Therapy: a controlled cross-over study of Elderly Confused People». *British Journal of Psychiatry*, 151, pp. 222-31.
- Baltes, M. M., y Whal, H. (1990): «Dependencia en los ancianos». En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (eds.), *Gerontología clínica y salud: intervención psicológica y social*, pp. 40-58. Barcelona: Martínez Roca.
- Baltes, P. B., y Baltes, M. M. (1990): «Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation». En P. B. Baltes y M. M. Baltes (eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*, pp. 1-34. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ball, K.; Berch, D. B.; Helmers, K. F.; Jobe, J. B.; Leveck, M. D.; Marsiske, M.; Morris, J. N.; Rebok, G. W.; Smith, D. M.; Tennstedt, S. L.; Unverzagt, F. W., y Willis, S. L. (2002): «Effects of cognitive training interventions with older adults». *Journal of The American Medical Association*, 288, pp. 2271-2281.
- Beck, A. T., y cols. (1979): *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Hill, R. D.; Backman, L.; Neely, A. S. (eds.), *Cognitive Rehabilitation in Old Age*. Oxford: Oxford University Press.
- Blanchard-Fields, F. (1998): «The role of emotion in social cognition across the adult life span». En K. W. Schaie y M. P. Lawton (eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics: focus on emotion and adult development*, pp. 238-65. Nueva York: Springer Publishing.
- y Camp, C. J. (1990): «Affect, individual differences, and real world problem solving across the adult life span». En T. Hess, (ed.), *Aging and Cognition: knowledge organization and utilization*, pp. 461-97. Amsterdam: North Holland.
- Bourgeois, M. S.; Schulz, R., y Burgio, L. (1996): «Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: A review and analysis of content, process, and outcomes». *International Journal of Aging and Human Development*, 43, pp. 35-92.
- Bower, G. H. (1981): «Mood and memory». *American Journal of Psychology*, 36, pp. 129-48.
- Breuil, V.; De Rotrou, J.; Forette, F.; Tortrat, D.; Ganansia-Ganem, A.; Frambourt, A., y cols. (1994): «Cognitive Stimulation of patients with Dementia: Preliminary Results». *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, pp. 211-217.

- Buela Casal, G. (1993): «Tratamiento de los trastornos del sueño en el anciano». En M. Simón (ed.), *Psicología de la salud*, pp. 235-252. Madrid: Pirámide.
- Carstensen, L. L.; Pasupathi, M.; Mayr, U., y Nesselroade, J. (2000): «Emotion experience in everyday life across the adult life span». *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, pp. 644-55.
- Cautela, J. R., y Groden, J. (1985): *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Clare, L. (2003): «Cognitive rehabilitation in early-stage dementia». En B. Vellas (ed.), *Research and practice in Alzheimer's disease and cognitive decline*, pp. 100-145. Nueva York: Springer.
- Czaja, S. J.; Eisdorfer, C., y Schulz, R. (2000): «Future directions in caregiving: Implications for intervention research». En D. Beigel y A. Blum (eds.), *Innovations in practice and service delivery across the life span*, pp. 295-325. Nueva York: Springer.
- Charles, S. T.; Reynolds, C., y Gatz, M. (2001): «Age related differences and change in positive and negative affect over twenty-five years». *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, pp. 136-51.
- ; Mather, M., y Carstensen, L. L. (2003): «Aging and emotional memory: The forgettable nature of negative images for older adults». *Journal of Personality and Social Psychology*, 132, pp. 310-324.
- Chistenson, M. A. (1990): «Aging in the designed environment». Nueva York: Hawthorth.
- De Vreese L. P.; Verlato C.; Emiliani S.; Schioppa S.; Belloi L.; Salvioli G., y Neri M. (1998): «Effect size of a three-month drug treatment in Alzheimer's disease when combined with individual cognitive retraining: preliminary results of a pilot study». *Neurobiology of aging*, 19, pp. 213-214.
- Dietch J. T.; Hewett L. J., y Jones S. (1989): «Adverse effects of reality orientation». *Journal of The American Geriatrics Society*, 37, pp. 974-976.
- Durán, M., y Torrado, V. (1994): «Intervención psicológica en pacientes geriátricos». En F. X. Méndez; D. Maciá y J. Olivares (eds.), *Intervención conductual en contextos comunitarios*, pp. 150-165. Madrid: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (1992): *Evaluación psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- (2000): «Calidad total en servicios gerontológico». En R. Fernández Ballesteros (ed.), *Gerontología Social*, pp. 435-452. Madrid: Pirámide.
- (ed.) (1996). *Sistema de evaluación de residencias de ancianos (SERA)*. Madrid: IMSERSO.
- Folsom, J. C. (1966). Reality orientation for the elderly mental patient. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 1, 291-307.
- Francés, I.; Barandiaran, M.; Marcellan, T.; Intxaurreondo, B., y Guerrero, R. (2002): *Terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer*. Memoria presentada en el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Pamplona.
- Gallagher-Thompson, D.; Lovett, S.; Rose, J.; McKibbin, C.; Coon, D. W.; Futterman, A., y Thompson L. W. (2000): «Impact of psychoeducational interventions on distressed family caregivers». *Journal of Clinical Geropsychiatry*, 2, pp. 91-110.
- Gerber, G. J.; Prince, P. N.; Zinder, H. G.; Atchison, K.; Dubois, L., y Kilgour, J. A. (1991): «Group activity and cognitive improvement among patients with Alzheimer's disease». *Hospital and Community Psychiatry*, 42, pp. 843-845.

- Goodman, C. C. (1991): «Perceived social support for caregiving: Measuring benefit of self-help/support group participation». *Journal of Gerontological Social Work*, 16, pp. 63-175.
- Grossman, M., y Wood, W. (1993): «Sex differences in intensity of emotional experience: a social role interpretation». *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, pp. 1010-1022.
- Hepburn, K. W.; Tornatore, J.; Center, B.; y Ostwald, S. (2001): «Dementia family caregiver training: Affecting beliefs about caregiving and caregiver outcomes». *Journal of the American Geriatrics Society*, 49, pp. 450-458.
- Holden, U. P., y Woods, R. T. (1995): *Positive approach to dementia care*, 3.<sup>a</sup> ed. Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Hussian, R. A. (1981): *Geriatric psychology: a behavioural perspective*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Hyer, L., y Blazer, D. G. (1982): «Depressive symptoms: Impact and problems in long term care facilities. *International Journal of Behavioural Geriatrics*, 1, pp. 33-44.
- Izal, M., y Montorio, I. (eds.) (1999): *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Kennedy, Q.; Fung, H. H., y Carstensen, L. L. (2001): «Aging, time estimation, and emotion». En S. H. McFadden y R. C. Atchley (eds.), *Aging and the meaning of time: a multidisciplinary exploration*, pp. 51-73. Nueva York: Springer.
- Lawton, M. P. (1996): «Quality of life and affect in later life». En C. Magai y S. H. McFadden, (ed.), *Handbook of emotion, adult development, and aging*, pp. 327-348. San Diego: Academic Press.
- ; Moss, M.; Kleban, M. H.; Glicksman, A., y Rovine, M. (1991): «A Two factor model of caregiving appraisal and psychological well-being». *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 46, pp. 181-189.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Leturia, M.; Leturia, F. J., y Yanguas, J. J. (1998): «Trabajo en equipo». En P. Durante (eds.) *Terapia ocupacional en salud mental*, pp. 269-279. Barcelona: Masson.
- Leturia, F. J., y Yanguas, J. J. (1999): «Intervención en ámbitos residenciales». En M. Izal e I. Montorio (eds.), *Gerontología conductual: bases para la intervención y ámbitos de aplicación*, pp. 181-206. Madrid: Sintesis.
- y — (1992): «Apoyo social en residencias de ancianos: enfoque teórico, diseño e implantación de un proyecto de intervención». *Revista de Gerontología*, 2, pp. 95-101.
- ; —; Arriola, E., y Uriarte, A. (2001): *La valoración de las personas mayores*. Madrid: Cáritas Española.
- Levenson, R. W.; Carstensen, L. L.; Friesen, W., y Ekman P. (1991): «Emotion, physiology, and expression in old age». *Psychology of Aging*, 14, pp. 425-37.
- Leventhal, H.; Patrick-Miller, L., y Leventhal E. A. (1998): «Does stress-emotion cause illness in elderly people?» En K. W. Schaie y M. P. Lawton (eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics: Focus on emotion and adult development*, pp. 138-184. Nueva York: Springer.
- Lewinsohn, P. M.; Steinmetz, J.; Antonuccio, D., y Teri, L. (1985): «A behavioral group therapy approach to the treatment of depression». En D. Upper y S. Roos (eds.), *Handbook of behavioral group therapy*, pp. 303-329. Nueva York: Plenum.

- ; Biglan, A., y Zeiss, A. M. (1976): «Behavioral treatment of depression». En P. O. Davidson (ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain*, pp. 234-245. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lieberman, M. S. (1979): «Help seeking and self-help groups». En: M. A. Lieberman, I. D. Borman y cols. (eds.), *Self-help groups for coping with crisis*, pp. 116-149. San Francisco: Jossey-Bass.
- Márquez, M.; Izal, M.; Montorio, I., y Pérez, G. (2004): «Emoción en la vejez: una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de vida de las personas mayores». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39 (Supl. 3), pp. 46-53.
- Mittelman, M. S.; Epstein, C., y Pierzchala, A. (2003): *Counseling the Alzheimer's caregiver*. Nueva York: American Medical Association, AMA Press.
- Montorio, I. (1995): «La atención psicológica». En P. Rodríguez (coord.), *Residencias para personas mayores. Manual de orientación*, pp. 169-182. Madrid: SG.
- (1998): «Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional». En F. J. Leturia; J. J., yanguas y M. Leturia (eds.), *Las personas mayores y el reto de la dependencia en el siglo XXI*, pp. 115-127. San Sebastián: Diputación Foral de Guipúzcoa.
- e Izal, M. (eds.) (1999): *Intervención psicológica en la vejez: aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Moos, R. H. (1979): *Evaluating educational environments: Procedures, measures, findings and policy implications*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Muñoz, J. M., y Tirapu, J. (2001): *Rehabilitación neuropsicológica*. Madrid: Síntesis.
- Olazarán, J.; Muñiz, R.; Reisberg, B.; Peña-Casanova, J.; del Ser T.; Cruz-Jentoft A. J.; Serrano P.; Navarro, E.; García de la Rocha, M. L.; Frank, A.; Galiano, M.; Fernández-Bullido, Y.; Serra, J. A.; González-Salvador, M. T., y Sevilla, C. (2004): «Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease». *Neurology*, 28, pp. 2348-53.
- Pearlin, L. I.; Mullan, J. T.; Semple, S., y Skaff, M. (1990): «Caregiving as an stress process: an overview of concepts and their measures». *The Gerontologist*, 30, pp. 583-594.
- Pelechano, V., y De Miguel, A. (1992): «Entrenamiento en habilidades sociales en ancianos». En A. Reig y D. Ribera (eds.), *Perspectivas en gerontología y salud*, pp. 125-135, Valencia: Promolibro.
- Pomerleau, J., y Brady, A. (1979): *Behavioral medicine: Theory and practice*. Baltimore: William y Wilkins.
- Quayhagen, M. P.; Quayhagen, M., y Corbeil, R. R. (2000): «Coping with dementia. Evaluation of four nonpharmacologic interventions». *International Psychogeriatrics*, 12, pp. 249-265.
- Reeve, W., y Ivison, D. (1985). «Use of environmental manipulation and classroom and modified informal reality orientation with institutionalised, confused elderly patients». *Age and Ageing*, 14, pp. 119-121.
- Regnier, V. (1993): «Design principles and research issues in housing for the elderly». En American Association of Retired Persons and Stein Gerontological Institute (coords.), *Life-Span design of Residential Environments for an Aging Population*, pp. 245-263. Nueva York: American Association of Retired Persons.
- Rodin, J. (1986): «Health, control and aging». En M. M. Baltes y P. B. Baltes (eds.), *The psychology of control and aging*, pp.140-165. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

- Rua, J. R. (1991): *Criterios de diseño para viviendas para la tercera edad*. Santiago de Compostela: Consejería de Trabajo y Servicios Sociales. Xunta de Galicia.
- Schalock R., y Verdugo M. A. (2004): «El concepto de Calidad de Vida. Significado, importancia y nuestro enfoque». En R. Schalock y M. A. Verdugo, *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*, pp. 31- 53. Madrid: Alianza Editorial.
- Schulz, R. (1985): «Emotion and affect». En J. E. Birren y K. W. Schaie, (eds.), *Handbook of the psychology of aging*, 2.<sup>a</sup> ed., pp. 531-543. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Spector, A.; Orrell, M.; Davies, S., y Woods, B. (2000): «Orientación a la realidad para la demencia (Cochrane Review)». En *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software.
- Sturgis, E. T.; Dole, J. J., y Dickinson, P. (1990): «Tratamiento del dolor en la edad avanzada». En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (eds.), *Gerontología clínica y salud: intervención psicológica y social*, pp. 26-40. Barcelona: Martínez Roca.
- Tárraga, L. (2000): «El programa de psicoestimulación integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 35, pp. 51-64.
- Vergheze, J.; Lipton, R. B.; Katz, M. J.; Hall, C. B.; Derby, C. A., y Kuslansky, G. (2003): «Leisure activities and the risk of dementia in the elderly». *The New England Journal of Medicine*, 348, pp. 2508-2516.
- Wallis, G. G.; Baldwin, M., y Higginbotham, P. (1983): «Reality Orientation Therapy: a controlled trial». *British Journal of Medical Psychology*, 56, pp. 271-277.
- Wessler, R.; Rubin, M., y Sollberger, A. (1976): «Circadian rhythm of activity and sleep-weakness in elderly institutionalized patients». *Journal of Interdisciplinary Cycle Research*, 7, pp. 333.
- WHO (1998): «World Health Organisation. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps». [www.who.int/msa/mnh/ems/icidh/introduction.htm](http://www.who.int/msa/mnh/ems/icidh/introduction.htm)
- Wilson, B. A. (1997): «Cognitive rehabilitation: how it is and how it might be». *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3, pp. 487-496.
- Williams, R.; Reeve, W.; Ivison, D., y Kavanagh, D. (1987): «Use of environmental manipulation and modified informal reality orientation with institutionalised, confused elderly subjects: a replication». *Age and Ageing*, 16, pp. 315-318.
- Woods, R. T. (1995): «Psychological treatments I : Behavioural and cognitive approaches». En J. Lindesay (ed.), *Neurotic disorders in the elderly*, pp. 97-113. Oxford: Oxford University Press.
- Yanguas, J.; Leturia, Leturia, M., y Uriarte, A. (1998): *Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico*. Cáritas. Madrid.
- y Leturia, F. J. (1995a): «Conceptualización». En P. Rodríguez (coord.), *Residencias para personas mayores. Manual de Orientación*, pp.147-167. Madrid: SEGG-INERSO.
- y Leturia, F. J. (1995b): «Hacia una conceptualización de programas de intervención en gerontología psicosocial: el modelo de influencia». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 30, pp. 177-188.
- Yates, M. E.; Tennstedt, S. L., y Bei-Hung C. (1999): «Contributors to and mediators of psychological well-Being for informal caregivers». *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 54B, pp. 12-22.
- Zanetti, O.; Metitieri, T.; Bianchetti, A., y Trabucchi, M. (1998): «Reality orientation therapy for patients with dementia: a longitudinal study». *Neurobiology of Aging*, 19, pp. 102-103.



# 15. Intervención psicoeducativa con personas mayores

Feliciano Villar y Carme Solé

## 1. Sentido e inicios de la educación en la vejez

El interés por las cuestiones educativas en relación al envejecimiento y la vejez desde un punto de vista profesional y científico tiene una historia relativamente breve. Quizá la razón principal de esta juventud, y de la exclusión de los ámbitos educativos que en paralelo han sufrido las personas mayores, se debe a la función tradicionalmente atribuida a la educación, función que la circunscribía a ciertas etapas de la vida y no a otras. El ciclo vital, según esta concepción, aparecería dividido en tres grandes fases: una etapa de formación en la que la persona adquiriría todos aquellos conocimientos y habilidades que iba a utilizar en la vida adulta; una etapa de producción, en la que la persona ejecuta todo aquel potencial acumulado en etapas anteriores, lo que redundaba tanto en un sentido de productividad, utilidad y consecución de metas personales, y una última etapa de descanso, en la que la persona abandona las capas productivas de la sociedad para o bien «disfrutar de un merecido descanso» o bien dedicarse a actividades sin, en principio, ninguna finalidad productiva ni remunerada. En relación a las personas mayores, este modelo no sólo les deja fuera de contextos formativos (especialmente los formales), sino que inclina a pensar que «la educación no es para ellos, que no están en edad de aprender cosas nuevas», lo que les aleja de las oportunidades y los beneficios que podrían extraer de experiencias formativas. Entre estos beneficios, frecuentemente han sido mencionados los siguientes:

- Desarrollo de nuevas competencias y conocimientos que permiten optimizar o funcionar de manera más autónoma en ámbitos diversos de la vida cotidiana.
- Mejora del funcionamiento cognitivo general de las personas mayores, dado que mantener una vida activa y estimulante intelectualmente nos hace menos susceptibles al declive cognitivo que puede comportar el envejecimiento.
- Aumento del bienestar y valoración personal, dado que la motivación para aprender en las personas mayores parece especialmente vinculada al propio placer y satisfacción que proporciona el proceso de aprendizaje.
- Participación en nuevos ámbitos de relación social, permitiendo el establecimiento de nuevos lazos sociales satisfactorios. Estos nuevos lazos pueden ampliar nuestra red social o compensar posibles pérdidas en este ámbito a medida que envejecemos.
- Integración dentro de las corrientes de cambio social y, lo que es más importante, disponer de las herramientas necesarias para poder participar y contribuir activamente en ese cambio.

En suma, la participación en experiencias educativas es un factor muy importante para poder conseguir envejecer de manera satisfactoria (véase capítulo 1). Pese a todos estos beneficios, hasta los años 60 del pasado siglo no comenzaron a aparecer los primeros programas formativos dirigidos específicamente a personas mayores. Ya desde el primer momento, estos programas adoptaron diferentes estructuras y niveles de formalización. En Estados Unidos, por ejemplo, las entidades promotoras fueron en un primer momento organizaciones sin ánimo de lucro, fundaciones, congregaciones religiosas y sólo posteriormente instituciones de educación superior. En la mayoría de estos programas formativos, los mayores tenían un importante papel en la definición, organización e impartición de los contenidos, siendo ellos mismos en muchas ocasiones quienes ejercían de profesores (Eisen, 1998).

Sin embargo, en Europa ya desde un primer momento las universidades, en muchas ocasiones aportando su infraestructura docente y sus profesores, jugaron un importante papel promotor de programas educativos para personas mayores, y sólo secundariamente se incorporaron otras entidades sociales (fundaciones, ayuntamientos, diputaciones, asociaciones de mayores, etc.). Así, en 1973 se crea en Toulouse (Francia) la primera Universidad de la Tercera Edad, vinculada al servicio de educación permanente de la Universidad de Toulouse. Este modelo de Universidad de Mayores se ha extendido rápidamente por toda Europa, incluyendo nuestro país. De acuerdo con datos aportados por Montoya (2002), en 1996 estaban censadas más de 3.000 universidades de todo el mundo que ofrecían programas para personas mayores. En nuestro país son más de 40 las universidades que ofrecen formación para



personas mayores. Además de las universidades, la red de servicios sociales de la comunidad también ofrece programas educativos.

Paralelamente a estas propuestas educativas para personas mayores, en los años 70 del pasado siglo aparecieron las primeras reflexiones teóricas sobre estas prácticas, constituyendo un nuevo campo de estudio denominado **gerontología educativa** y que estudiaría los fenómenos educativos que tienen como protagonistas a las personas mayores (Glandenning, 1985). Otros autores (Sánchez y Lemieux, 2000) han señalado que la gerontología educativa en las últimas décadas ha sido más gerontología que educación. Estos autores defienden la necesidad de resituar la gerontología educativa (incluso propone un nuevo nombre: la **gerontagogía**) para que parta primordialmente de las ciencias educativas y pueda dar lugar a una reflexión educativa, más que derivarla de la gerontología. La gerontagogía parte del conocimiento de la relación y los procesos educativos, de cómo se construyen y cuáles son sus potenciales. A partir de ellos, se encamina al encuentro con la persona, y en concreto de la persona mayor. La gerontagogía permitiría lograr lo que podríamos denominar un modelo competencial de educación en la vejez, en el que se tenga presente la capacidad de actualizarse y crecer de la persona con independencia de la edad.

Por otra parte, algunos autores (Villar, 2005) han abogado también por la aplicación de los conocimientos psicológicos, y en concreto de la psicología de la educación, a la comprensión de los cambios que experimenta la persona mayor a partir de su participación en procesos educativos y de los factores que determinan esos cambios. En este sentido, la psicología ha contribuido sobre todo a entender mejor las posibilidades educativas del aprendizaje mayor.

## 2. Tipos de intervención educativa

La intervención educativa en la vejez se puede plantear desde diferentes modelos y presupuestos. Sáez (2005), tras una revisión de la bibliografía especializada, indica tres interpretaciones de la acción o intervención educativa:

1. La científicotecnológica o tecnoacadémica y reproductiva (que responde al modelo escolar) y que concibe la educación como un proceso reproductivo donde el educador es un tecnólogo (ejecutor) o aplicador de conocimientos. La intervención educativa viene a ser un acto de prescripción de los educadores y de seguimiento por parte de los mayores. En este paradigma los educadores tienen poco en cuenta las voces, actitudes, sentimientos e intereses de los receptores. Cuando se aplica de manera extrema, se trata de realizar una acción sistemática y dirigida que suele reproducir el modelo asimétrico en que los educadores aprendieron: el experto explica a los alumnos y los alumnos son receptores de la información. El educador viene a ser un transmisor de conocimientos que trata de «llenar» las mentes de los estudiantes con

- la mayor cantidad de información posible. El aprendiz se limita a ser un receptor pasivo del conocimiento, ya que básicamente escucha y realiza lo que el profesor le pide. Este modelo no deja que las personas mayores vayan más allá de su experiencia escolar, cuando al aprendiz se le colocaba en una posición de dependencia (escuchar, callar, memorizar para aprobar).
2. La hermenéutica, interpretativa o comunicativa (modelo cultural), que concibe la educación como un proceso constructivo, en el cual el educador es un facilitador de aprendizajes. Este paradigma es entendido como un acto de comprensión de aquello que se está abordando en la relación educativa con la personal colaboración de cada uno de ellos. El educador facilita que el participante mayor construya su propio conocimiento y realice aprendizajes significativos, relacionando aquello que aprende con los conceptos que ya tiene, con sus experiencias, otorgando significado al material objeto de aprendizaje. A la persona mayor se le atribuye un papel activo ya que ha de poner en juego la memoria comprensiva de aquello que aprende, relacionar el nuevo material con la información que ya posee (reflexión crítica) y ha de ser capaz de hacer que lo que ha aprendido le sirva para realizar aprendizajes nuevos y enfrentarse a nuevas situaciones (funcionalidad).
  3. La crítica o política (modelo contextual), que entiende la educación como un proceso reconstructivo en el cual el educador es básicamente un intelectual transformador. La intervención educativa es un acto de decisión en el que los mayores son los protagonistas de su propio proceso de formación/educación, tratando de satisfacer sus propias necesidades, decididas por ellos mismos y contextualizadas en un entorno social (político, económico, cultural, etc.) más que prescritas por expertos o instituciones ajenas. En este modelo los educadores traducen la tarea de educar como la práctica de facilitar procesos en los que se involucran e implican aquellos que desean tanto incorporarse a su entorno cultural, como mejorar su calidad de vida, su transformación personal y social. La educación desde este punto de vista se entiende como un acto de autodeterminación y liberación.

Con frecuencia, la educación de mayores ha partido del primero de los modelos, convirtiéndose en una réplica de los procesos educativos que tienen lugar en otros momentos de la vida. Sin embargo, el segundo y tercer modelos presentan elementos que los hacen especialmente adecuados, como veremos en posteriores apartados, al perfil de aprendiz mayor.

Las diferencias entre el primer modelo por una parte y el segundo y tercero por otra se centran en el papel tanto del aprendiz como del educador. Mientras en el primer modelo el centro del proceso de enseñanza y aprendizaje se encuentra en los contenidos a aprender y en el educador como persona que los planifica e imparte, en los dos últimos modelos sitúan al aprendiz en el

centro, ya que pasa a ocupar un papel activo dentro del proceso educativo, ya que se parte de la experiencia del aprendiz mayor y se confía en su poder para decidir el curso del proceso. Esto fomenta el sentimiento de compromiso y la sensación del aprendiz de progresar hacia sus propias metas: el educador debe confiar en la habilidad del mayor para hacer planes apropiados para su aprendizaje y por tanto debe abstenerse de asumir el control de las decisiones sin él. Es importante que los aprendices perciban las metas del aprendizaje como sus metas (Knowles, 1980), dotando de significado propio los contenidos que asimila, por tanto el educador es un facilitador o mediador de aprendizajes, no su transmisor.

Ser facilitador de aprendizajes implica ser el guía del proceso de aprendizaje y sólo de forma secundaria una fuente de contenidos. Desde este punto de vista, el educador de mayores debe utilizar métodos participativos de enseñanza, y ceder a los mayores el protagonismo en el proceso educativo. La función principal del educador de mayores es buscar medios para que los aprendices descubran esos conocimientos y sean capaces de aplicarlos a su propia vida, a los problemas y dilemas a los que se enfrenta el aprendiz mayor. Ahora bien, el educador, en su función de facilitador de aprendizajes, también debe esforzarse por reconocer y aceptar sus propias limitaciones.

En suma, no debemos olvidar que no se trata de enseñar, sino se trata de aprender y en este sentido aprender sólo puede hacerlo quien aprende. El papel del educador es pues muy significativo y interactivo, pues ha de guiar a los mayores a ver la necesidad de seguir aprendiendo, ofrecer razones del valor del aprendizaje para incrementar la calidad de vida y a la vez la confianza en uno mismo, partir de las motivaciones del alumno, atender a la persona y sus proyectos educativos y necesidades para conjuntamente establecer los objetivos y los contenidos objeto de aprendizaje. Como dice Freire (1973) «nadie educa a nadie, así como tampoco nadie se educa a sí mismo, los hombres se educan en comunión, mediatizados por el mundo» (p. 90).

En suma, la importancia de la actividad y la implicación del aprendiz en el diseño de los contenidos y en el proceso de aprendizaje es tal que incluso las intervenciones educativas que parten del primero de los modelos recomiendan que se diseñen para dar cabida a esa participación.

### 3. El aprendiz mayor

Una de las primeras formas de aplicar el conocimiento psicológico del envejecimiento y de la educación a la educación de personas mayores es plantearse hasta qué punto de esos conocimientos podemos extraer pautas o recomendaciones para el diseño de intervenciones educativas dirigidas a mayores. Así, conocer la circunstancia en la que se mueven los aprendices mayores puede ser de extrema relevancia en la planificación y puesta en práctica de programas educativos adaptados y eficientes.

### 3.1. El aprendiz mayor y la compensación de déficit

Un primer núcleo de conocimientos que podría tener relevancia es el que nos proporcionan los estudios sobre las capacidades y evolución cognitiva de las personas mayores. En este sentido, y como ya hemos visto en otros capítulos (especialmente en los capítulos 5 y 6), especialmente desde una perspectiva psicométrica y del procesamiento de la información se han enfatizado los declives y deterioros en diversas funciones cognitivas a medida que nos hacemos mayores. Estos déficit en la mayoría de los casos se centran en la presencia más frecuente de problemas sensoriales y motores, o en menores rendimientos en tareas nuevas o en las que se exige velocidad. Así, el umbral en el que ciertas condiciones del contexto de aprendizaje pueden llegar a ser estresantes y entorpecer el proceso de enseñanza y aprendizaje puede ser menor en el caso de las personas mayores que en el de los niños o los jóvenes.

A partir de aquí, algunos autores han tratado de trasladar estos hallazgos a propuestas que pretenden explicar el comportamiento de las personas mayores en situaciones educativas y a recomendaciones para optimizar esas situaciones (véase, por ejemplo, Glass, 1996; Twitchell, Cherry y Trott, 1996). Estas implicaciones educativas se plantean desde la perspectiva compensatoria o atenuadora de un déficit que se contempla como consustancial a la edad, y se concretan en aspectos como los siguientes:

- Debido al declive en las capacidades sensoriales y perceptivas, los entornos físicos donde se llevan a cabo los procesos de enseñanza y aprendizaje han de ser especialmente cuidados, sobre todo por lo que se refiere a su iluminación y condiciones acústicas. Cuando en el aula ciertas metodologías requieren la presentación visual de información (presentación de transparencias, ayuda de presentaciones por ordenador, etc.) se ha de asegurar que sean claramente visibles para todos los participantes. De manera similar, el diseño de los materiales didácticos dirigidos a personas mayores ha de tener en cuenta su legibilidad y claridad como uno de los principales requisitos. En suma, las condiciones de accesibilidad de las personas mayores a la información ha de ser especialmente cuidada, ya que se pueden presentar dificultades que rara vez aparecen con estudiantes jóvenes.
- Los cambios relacionados con la atención a medida que envejecemos recomiendan plantear las situaciones educativas tratando de evitar la sobrecarga de información y la fatiga, dos aspectos que pueden aparecer más fácilmente cuando los participantes son mayores. Se debería tender a no requerir a los alumnos mayores a que presten atención a más de un estímulo al mismo tiempo y a diseñar y presentar la información (verbal o escrita) de manera secuencial y sencilla (véase, por ejemplo, Van Gerven, Paas, Van Merriënboer y Schmidt, 2000). Las sesiones tendrían que tener una duración nunca superior a una hora y

media. Más allá de ese tiempo, el nivel de atención del alumno decae considerablemente. Estos factores, si bien afectan a todos, podrían tener incluso mayor efecto negativo en el caso de los alumnos mayores. En cualquier caso, parece que el aprendizaje se facilita si se administran muchas sesiones de poca duración que pocas de mucha duración. De igual manera, no facilita el logro de óptimos niveles de atención la presencia de ruidos, temperaturas extremas o las sesiones que tienen lugar tras las comidas.

- Los déficit de los diferentes aspectos funcionales de la memoria hacen recomendable el uso de las claves mnemónicas adecuadas, la disposición del suficiente tiempo para recordar y repasar los conocimientos ya adquiridos, el ofrecimiento de estructuras de contenidos claras y, especialmente, el vínculo entre los nuevos conocimientos y aquellos ya significativos para la persona mayor. En este sentido, disponer de un material de apoyo es un buen antídoto contra la sensación de olvidar de un día para otro todo lo aprendido y la poca confianza en su memoria (independientemente del rendimiento real) que muestran algunas personas mayores. Este material, en el caso de los mayores, es importante que esté adaptado a sus necesidades (por ejemplo, adaptado gráficamente con tipos y tamaños de letra adecuado, espacio entre líneas y párrafos suficiente, etc.). Suele ser buena idea combinar en el material información textual y gráfica y tratar el material como un recurso más de trabajo, haciendo referencia a él en clase (lo que vincula la formación del profesor y el material), animando a apuntar a cada uno sus propias dudas y dificultades en el material, etc.

Por otra parte, una ayuda adicional a la retención es plantear las sesiones con una estructura regular explícitamente comunicada a los participantes. Por ejemplo, cada una de las sesiones debería comenzar recordando lo impartido en la sesión anterior y ofreciendo los objetivos de la sesión actual. Al final, se deberían avanzar los objetivos de la siguiente sesión. Un planteamiento de este tipo facilita la comprensión global de los contenidos, sus relaciones y ayuda a que el alumno se sitúe dentro del programa.

- Por último, la ralentización cognitiva que parece estar asociada al envejecimiento aconseja planificar las secuencias educativas evitando los programas apretados, con descansos y pausas frecuentes y, a ser posible, a partir del ritmo propuesto por las propias personas mayores. El establecimiento de objetivos de corto alcance, muy concretos y por ello fácilmente evaluables, y cuidadosamente graduados en dificultad, combinado con el repaso de los objetivos ya adquiridos, parece ser una estrategia particularmente efectiva con los mayores. En el caso de ciertos programas educativos basados en el aprendizaje de procedimientos (aprender a hacer o a dominar secuencias de acción,

como sería el caso de la educación física o el uso de nuevas tecnologías), la práctica continuada hasta automatizar esos procedimientos es una cuestión clave. Así, uno de los desafíos de los programas de formación de este tipo consiste en la tensión entre animar a practicar tanto como se pueda y el significado que se otorga a las dificultades reales que ciertas personas pueden experimentar en esta práctica, de manera que estas dificultades no inciten a dejar de practicar, sino más bien al contrario, a practicar aún más.

### 3.2. Más allá de los déficit

Como vemos, aunque estas implicaciones son relevantes como punto de partida, en su mayoría suponen concebir estas implicaciones como ajustes a unos déficit que supuestamente caracterizan a las personas mayores. Sin embargo, quedarnos sólo aquí ofrece una visión limitada de las posibilidades de enseñanza y aprendizaje de las personas mayores. Estos límites son al menos de tres tipos.

En primer lugar, los déficit cognitivos que se han de tener en cuenta se han extraído directamente de teorías psicológicas que cuentan con indicadores empíricos obtenidos en tareas y contextos de laboratorio. Quizá una investigación del cambio a partir de la participación en situaciones educativas reales (no a partir de situaciones de laboratorio) pueda aportarnos una visión más equilibrada del papel de los déficit y de las supuestas formas de compensarlos, que nos diría en qué sentido o hasta qué punto las pérdidas pueden afectar al proceso de enseñanza y aprendizaje. Una visión más ajustada de cómo plantear las situaciones educativas adaptadas a personas mayores vendría a partir de la reflexión y el estudio detallado de prácticas educativas en las que participan mayores, derivando de ello conocimientos que describan y expliquen los procesos de enseñanza y aprendizaje en la vejez. Estos conocimientos podrían no sólo contribuir a optimizar esas prácticas educativas, sino que, al mismo tiempo, podrían también aportar aspectos que quizá cambien nuestras concepciones sobre las personas mayores y el proceso de envejecimiento. Desgraciadamente, este tipo de estudios sobre prácticas educativas reales aún son muy escasos (véase Villar, 2005).

En segundo lugar, líneas de investigación recientes en el campo del envejecimiento cognitivo nos hacen ver que las capacidades de aprendizaje de los mayores no sólo se mantienen en buena medida (especialmente en los casos de envejecimiento sano), sino que son mayores de lo que tradicionalmente se ha creído. En este sentido, los conceptos de capacidades de base y capacidades de reserva, que analizamos en el capítulo 5, nos hacen ser optimistas respecto a estas capacidades de aprendizaje y a cómo pueden ser potenciadas por medio de intervenciones adecuadas. Al igual que desde la psicología la perspectiva del ciclo vital subraya la coexistencia, junto con las pérdidas, de la po-

sibilidad de crecimiento y ganancia y del poder de la persona para adaptarse a circunstancias adversas y tomar decisiones con vistas a conseguir nuevas metas evolutivas, desde las ciencias de la educación autores como Moody (1985) proponen que cualquier propuesta educativa en la vejez debería conjugar dos principios: el principio de finitud y el principio de autodesarrollo. Compaginar los dos principios supone ver a las personas como seres naturales (principio de finitud) y como seres histórico culturales (principio de autodesarrollo) al mismo tiempo, tener conciencia de ciertas limitaciones asociadas a la edad, pero a la vez de una confianza en las posibilidades de crecimiento de la persona con independencia de la edad.

Un último aspecto importante a tener en cuenta es que quizá en la vejez los cambios más importantes no son tanto los relativos a aspectos cuantitativos de la cognición (velocidad mental, tiempo de atención antes de aparecer la fatiga, unidades de información capaces de ser recordadas), aspectos estos en los que, en comparación con los jóvenes, los mayores suelen presentar deterioro. Es posible que, más allá de estos cambios, también se den otros relativos a la naturaleza misma de la cognición en la vejez y al uso que las personas mayores hacen de ella, cambios cualitativos y no cuantitativos. Ardelt (2000) comenta que, mientras en la infancia y adolescencia los objetivos educativos se centran en la adquisición de conocimiento e información y en el dominio de nuevas competencias que nos permitan conseguir objetivos en el mundo social y profesional, estos aspectos importan relativamente menos en la vejez. Las personas mayores, para Ardelt, se encuentran en unas circunstancias en las que la cognición quizá se dedica más (aunque puede que no en todos los casos se haga) a aspectos más esenciales, tienen la posibilidad de centrarse más en la reflexión sobre uno mismo, en encontrar sentido a problemas complejos de la vida cotidiana, como son la aceptación de la vida pasada como algo significativo, el papel que juega la muerte como algo inevitable, el tipo de cosas en las que merece y no merece la pena implicarse y dedicar esfuerzos. Es decir, la cognición quizá se dedica más que en etapas anteriores a problemas que tienen que ver con la experiencia y el sentido del conocimiento que ya se tiene, mientras en otras edades lo prioritario era acumular cada vez más conocimientos y competencias. En palabras de Ardelt, se pasa de un conocimiento casi exclusivamente relacionado con la inteligencia, a otro en el que cada vez tiene más peso un conocimiento relacionado con la sabiduría.

Este tipo de tendencia indica, por otra parte, que al hablar de la persona mayor como aprendiz no podemos sólo centrarnos en sus capacidades cognitivas: otros factores no cognitivos pueden tener importantes implicaciones educativas para el aprendizaje de los mayores. Entre ellos, quizá la motivación para aprender sea otra de las dimensiones que más cambia desde la adolescencia a la vejez. Si para muchos niños y jóvenes la perspectiva de unas metas futuras ajenas al propio proceso de educación es un motivador para aprender (y, de hecho, son capaces de sacrificar mucho tiempo y energías en

procesos educativos no especialmente placenteros para conseguir esas metas futuras en forma de créditos, títulos o capacitaciones profesionales), las personas mayores parecen moverse en mayor medida en función de motivaciones que tienen que ver exclusivamente con el propio proceso de aprender. Para ellos la meta del aprendizaje se encuentra en el propio proceso de aprender y en las satisfacciones que extraen de él. La motivación de los mayores para implicarse en retos educativos reside en buena parte en el propio placer y satisfacción que proporciona el proceso de aprendizaje (Scala, 1996). En concreto, las motivaciones para aprender de los mayores difieren de las de los jóvenes al menos en dos aspectos:

- Por una parte, su implicación en procesos educativos se fundamenta en la consecución de objetivos a más corto plazo que los jóvenes. Para los mayores, los beneficios de la educación están íntimamente ligados al propio proceso de educarse, con lo que aprender se convierte en un fin en sí mismo y no en un medio para obtener otras metas, y/o se vinculan a la consecución de ciertos beneficios prácticos a corto plazo, aunque en ocasiones estos beneficios puedan parecer modestos o poco ambiciosos.
- Por otra parte, la implicación en procesos educativos, al menos en las generaciones actuales de mayores, tiende a estar más estrechamente ligada al autoconcepto y la autoestima que en los jóvenes (Glanz, 1996). Muchos de los mayores que hoy se implican en programas educativos no tuvieron la oportunidad de disfrutar de la educación que hubiesen querido en su juventud, algunos incluso acuden a estos programas pensando en que van a ser poco capaces de aprender. Así, los avances y la propia conciencia de estar aprendiendo («a pesar de mi edad», que dirían muchas personas mayores) incrementa su confianza como aprendices y su sentido de autoeficacia, lo que, a su vez, actúa como elemento retroalimentador del proceso educativo, facilitando logros posteriores y una implicación más activa en el proceso educativo.

### **3.3. Implicaciones para la educación de adultos: cuestiones y principios básicos**

Esta forma de ver al aprendiz mayor, que integra el modelo compensatorio con otros aspectos que van más allá y que suponen entender la educación con una finalidad de desarrollo, tienen implicaciones respecto al tipo de educación de mayores que parece ajustarse mejor a esta fase de la vida. Vamos a detallar ahora algunas de estas implicaciones, que constituyen lo que a nuestro juicio son algunos de los pilares de la educación de mayores, especialmente por lo que se refiere a los programas educativos formales.



### 3.3.1. La experiencia previa y el aprendizaje interactivo

Uno de los aspectos que más diferencian a la persona mayor de los jóvenes es el mayor peso relativo en aquella de la experiencia vital previa. Reconocer y aprovechar esta potencial riqueza de los participantes mayores es una de las oportunidades que todo programa educativo pensado para este colectivo ha de tener en cuenta. No obstante, la experiencia previa y los conocimientos que hemos obtenido de ella no siempre potencian los nuevos aprendizajes: hemos también de reconocer que las personas mayores pueden estar vinculadas emocionalmente a creencias, valores y visiones del mundo que han desarrollado y sostenido durante muchos años y que pueden, en ciertos momentos, ser resistentes al cambio o actuar como barrera para la adquisición de nuevos conocimientos. Tener en cuenta el efecto de estas preconcepciones es también una de las claves en la educación de mayores.

En cualquier caso, la importancia que se otorga a la experiencia previa se puede concretar en el uso de estrategias didácticas adecuadas, menos centradas en la exposición de conocimientos por parte de un experto y más en la discusión y el intercambio. Hemos de tener en cuenta que los mayores, en tanto adultos, son personas acostumbradas a decidir prioridades y cursos de acción que les conciernen, lo que hace recomendable elaborar programas en los que se deje en manos de los aprendices mayores gran parte del control (incluso todo en algunos casos) y se fomente su participación para dar cauce a esa experiencia acumulada. El educador debe buscar diferentes estrategias para ayudar a aprender a la persona mayor, utilizando técnicas que recurran a la experiencia de los alumnos (coloquios, grupos de discusión, actividades de pareja, estudios de casos, etc.) y a su situación cotidiana, en lugar de técnicas exclusivamente transmisivas. Se deben proporcionar recursos variados y interactivos para que los aprendices sientan que se les tiene en cuenta (tanto sus experiencias como a ellos mismos), se impliquen y les sea útil para enfrentarse a las situaciones de la vida real. Hemos de plantear problemas que tengan que resolver en la vida diaria, ya que, como indica Tedesco (2004), «la educación ya no puede estar enfocada a la transmisión de conocimientos y de información sino a desarrollar la capacidad de producirlos y utilizarlos» (p. 94).

Se ha de tener en cuenta que en algunos dominios o temas los estudiantes mayores pueden saber tanto o más que el formador, quien, como veremos más adelante, más que ser el transmisor de unos conocimientos preempaquetados, ha de tener un papel de facilitador de ese aprendizaje. Esto supone que el formador debe organizar el conocimiento alrededor de problemas relevantes para la persona mayor, estimular y guiar su participación así como potenciar que la persona elabore la información recibida para que cree su propio conocimiento. En suma, en la educación de mayores los formadores y los estudiantes se encuentran en un plano de más igualdad y simetría del que es típico con estudiantes jóvenes. La idea del intercambio de experiencia y de que

el formador puede ser aprendiz y los aprendices formadores reside en el centro de toda propuesta educativa dirigida a personas mayores (Jarvis, 2001).

Obviamente, ésta implica que en los programas educativos para mayores el aprendizaje interactivo y cooperativo debería desempeñar un importante papel. Al igual que en otras edades y contextos educativos, la educación de mayores se va a desempeñar básicamente en grupo, con independencia del tipo de programa o de sus contenidos. Este carácter grupal es un aspecto que puede aprovecharse para aplicar estrategias didácticas basadas, por ejemplo, en el trabajo en equipo para el desarrollo conjunto de temas o proyectos.

### 3.3.2. El *empowerment*: desarrollo de competencias y participación social

Si concebimos a la persona mayor como alguien capaz de crecer y desarrollarse, la educación debería contribuir a que los mayores adquirieran un poder para implicarse en la dirección de su futuro y el futuro de su comunidad.

Tradicionalmente se ha contemplado a los mayores como un colectivo improductivo en términos laborales, aquejado fundamentalmente de necesidades que les hacen dependientes de otros grupos sociales (los productivos) y con escaso poder de decisión y poder para configurar y transformar el mundo de acuerdo a sus intereses. La educación sería uno de los medios para revertir esta situación y hacer que las personas mayores no sólo eviten quedar relegadas y al margen de las corrientes de cambio social, sino para que adquieran conciencia de su situación, tomen las riendas de su vida y puedan, incluso, ser capaces de participar activamente en la definición de los rumbos de una sociedad en la que deben implicarse activamente.

Esta visión de la educación se vincula a uno de los conceptos de mayor actualidad en las ciencias sociales en relación con el envejecimiento y las personas mayores: el concepto de empoderamiento (*empowerment*). Este enfoque está influido, desde la psicología y las ciencias sociales, por las corrientes críticas que, entre otras cosas, pretenden «deconstruir» la imagen de la vejez y evidenciar cómo ha sido tratada como una etapa improductiva, pasiva, de decadencia y declive. Cusack define el empoderamiento como las acciones destinadas a

otorgar [a las personas mayores] un mayor control sobre sus propias vidas, así como un papel más importante en la toma de decisiones que tiene lugar en comunidades y organizaciones a las que pertenecen.

(Cusack, 1998; p. 49; la traducción es nuestra)

Es decir, la vejez y las personas mayores han de constituirse en personas con responsabilidades, capaces de aportar una importante contribución a la sociedad, y la educación tiene un papel en la consecución de este objetivo (Sánchez, 2002). Obviamente, este objetivo converge con una educación de

mayores en la que ellos mismos puedan en la medida de lo posible dirigir qué y cómo enseñar y hacerlo en un entorno lo más participativo posible, como comentábamos en el epígrafe anterior.

En la actualidad disponemos de algunos ejemplos de programas educativos que pretenden precisamente fomentar el liderazgo en los mayores. En general, estos programas se caracterizan por una metodología en la que se quiere apartar la relación asimétrica profesor-alumno (relación que puede ser contemplada desde esta perspectiva como una fuente de dominación) para potenciar una educación más igualitaria, a través del diálogo, el trabajo en grupo y la cooperación, etc. (véase, por ejemplo, el proyecto para impulsar el liderazgo de las personas mayores en sus centros de reunión, en Cusack, 1998).

### 3.3.3. La integración social y la educación intergeneracional

Un aspecto fundamental de la educación de mayores es que, en la medida de lo posible, no ha de ser un elemento más de segregación, sino que debe fomentar la integración social de sus participantes, y en especial la relación con otras generaciones. Se trata de evitar aislar a los mayores convirtiendo la edad en el factor definitorio, por encima de muchas otras consideraciones y diferencias.

Tradicionalmente, se han defendido los grupos segregados por edad aludiendo a razones como las siguientes:

- Los programas «sólo para mayores» aumentarían las posibilidades de apoyo entre compañeros debido a una mayor similitud entre ellos, ya que comparten tanto edad como pertenencia a una misma generación con experiencias parecidas.
- Asuntos prácticos como la longitud o la frecuencia de las sesiones, el horario, los costes que se pueden permitir, etc., son más fácilmente armonizables entre personas de edades similares, con circunstancias vitales similares.
- Los programas sólo para mayores ofrecen más oportunidades de que sean ellos quienes ejerzan cierto grado de control y liderazgo respecto a los aspectos organizativos y curriculares del programa educativo.

Sin embargo, y pese que estas razones puedan aconsejar programas segregados por edad en ciertos casos, en los últimos años han aumentado considerablemente los programas que intentan implicar a generaciones diferentes. Aunque inicialmente el valor de los programas intergeneracionales residía en una finalidad compensatoria, concretada en la incorporación de los mayores a las corrientes más dinámicas de la sociedad, Manheimer, Snodgrass y Moskowitz (2002) destacan como los programas educativos de este tipo pueden responder también a finalidades de crecimiento en varios sentidos, como por

ejemplo la ruptura de prejuicios y estereotipos basados en la edad, el intercambio de servicios y orientación entre generaciones, la creación de nuevos vínculos y, en general, el fomento de la comprensión entre generaciones.

Esos mismos autores definen los programas intergeneracionales como

actividades planificadas que incrementan la cooperación, la interacción o el intercambio entre dos generaciones cualquiera. Implica compartir habilidades, conocimiento o experiencia entre jóvenes y mayores.

(Manheimer, Snodgrass y Moskow-Mckenzie, 2002; p. 159)

De acuerdo con estos autores, los programas intergeneracionales prioritariamente educativos se caracterizan porque la tarea (o una de las tareas) propuesta en el programa implica que diversas generaciones aprendan juntas o las unas de las otras, que participen conjuntamente en empresas de aprendizaje. No se trata de una transferencia unidireccional de conocimientos, sino de una comprensión de los diferentes puntos de vista, de una modificación de actitudes y valores por ambas partes, de una transformación de la visión y conocimientos que posee cada generación.

Los resultados disponibles suelen indicar que este tipo de programas aumentan la comprensión de los mayores respecto a las generaciones más jóvenes, su disposición a establecer vínculos con ellas y su sentido de utilidad. Por otra parte, también es importante destacar que el simple hecho de poner dos grupos generacionales en contacto no garantiza que los resultados sean positivos. Si no se diseñan con cuidado, algunos proyectos intergeneracionales pueden llegar incluso a reforzar los prejuicios y estereotipos sobre los grupos generacionales, en lugar de eliminarlos.

### 3.3.4. Las diferencias individuales

Un último principio a tener en cuenta es que, más allá de ser todos mayores, los participantes antes que nada son personas, y por lo tanto, diferentes entre sí.

Lejos de la creencia estereotipada de que «todos los mayores son iguales», las diferencias individuales no sólo no disminuyen a medida que envejecemos, sino que pueden incluso aumentar debido a la acumulación progresiva de experiencias y acontecimientos que crean trayectorias vitales particulares. Por otra parte, incluso si atendemos únicamente a la variable edad, hemos de pensar que el colectivo genérico «personas mayores» se extiende a lo largo de al menos tres décadas e incluye perfiles de personas muy diferentes. Lógicamente, las posibilidades y dificultades de personas de 60 o 65 años es probable que sean, como promedio, diferentes a la de las personas de más de 80 años, y aún más si tenemos en cuenta a personas con algún tipo de discapacidad o dependencia. Quizá en éstas los factores ergonómicos del diseño de programas comentados en apartados anteriores sean mucho más importantes

que si los participantes en programas educativos son principalmente mayores más jóvenes y autónomos.

En consecuencia, como plantean diversos autores (Lemieux y Sánchez, 2000), quizá enfocar la educación de mayores desde una óptica que ponga en primer plano la práctica educativa, y no tanto el fenómeno del envejecimiento, pueda ser una buena estrategia para evitar esta excesiva homogeneización de la educación de adultos. Los diseñadores y ejecutores de programas educativos para mayores deben conocer el fenómeno del envejecimiento y sus implicaciones, sin duda, pero esto no debe evitar dotar al programa de la suficiente flexibilidad para adaptarse en primer lugar al perfil de cada grupo concreto de mayores que participa en él, y después a cada participante como persona individual.

Estas diferencias intragrupalas en ocasiones crean difíciles equilibrios. Por ejemplo, en el caso del aprendizaje de contenidos procedimentales (informática, deportes, habilidades artísticas, etc.), los alumnos «avanzados» sienten que van más lentamente de lo que podrían, que la clase se les hace aburrida y, en contraste, los alumnos con menor facilidad pueden observar cómo los demás avanzan y a él o a ella le cuesta más. En el caso de otro tipo de programas educativos, similares actitudes pueden despertarse entre los alumnos más y menos participativos, o con un bagaje cultural previo más o menos elevado.

Por otra parte, y respecto a la cuestión de las comparaciones entre alumnos (que, abiertamente o no, a veces se producen), es importante que el formador, si ve que pueden implicar consecuencias negativas para algunos participantes, enfatice en su lugar la comparación intraindividual entre las habilidades y competencias de la persona en un momento dado y cómo eran en el comienzo del curso. Es decir, hacer consciente al alumno del aprendizaje logrado, de que su esfuerzo realmente ha valido la pena. Como este avance se produce realmente (muchas veces incluso en contra de las bajas expectativas iniciales del propio alumno), ayuda a fomentar un sentido de competencia («soy capaz de aprender cosas nuevas a pesar de mi edad») que favorecerá posteriores aprendizajes y esfuerzos.

Intentar adaptar el ritmo de la enseñanza a estas diferencias individuales, tratar de compensar las diferencias y, cuando sea posible, utilizarlas como recurso del que sacar partido, es la clave para evitar los problemas que pueden derivarse de ellas y uno de los retos que han de abordar los formadores en general, y los formadores de personas mayores en particular.

### 4. Los programas educativos para personas mayores

Una vez hemos comentado algunos de los principios de la intervención educativa con personas mayores, vamos ahora a caracterizar brevemente los programas educativos para mayores y a ofrecer algunos de los ejemplos más extendidos de estos programas.

Al hablar de programas, vamos a centrarnos en aquellas intervenciones que se llevan a cabo de manera intencional y que se concretan en una planificación previa, unos objetivos explícitos y una programación de contenidos y actividades a realizar en un tiempo y espacio definido y limitado. Es precisamente en el diseño de estos programas donde el profesional de la gerontología y/o de la educación tiene más que decir. Obviamente, este tipo de programas no agotan ni mucho menos los contextos en los que los mayores aprenden ni las actividades que conducen a aprendizajes: más allá de la asistencia a estos programas formales, diseñados para que sus participantes aprendan, existen multitud de situaciones cotidianas, en contextos cotidianos, familiares o de ocio, en las que participamos y aprendemos cosas, a veces sin ser muy conscientes de ello.

Al centrarnos en los programas educativos hemos de tener en cuenta que su diseño presenta las mismas fases que las de otro tipo de intervenciones sociales (Fernández Ballesteros, García Merita y Hernández, 2000). En concreto, podemos hablar de cinco fases en el diseño de estos programas:

- Detección de necesidades: identificación de un problema a solucionar, de un vacío a llenar. En este caso, de un aspecto de las competencias de las personas mayores susceptible de ser mejorado mediante la intervención educativa.
- Evaluación: una vez decidido el área al que se dedicará el programa educativo, se trata de evaluar el estado en ese dominio de la población susceptible de participar en el programa. Esta evaluación previa nos permitirá tomar decisiones para adecuar y ajustar el diseño de la intervención, así como establecer los objetivos concretos que se persiguen con el programa.
- Planificación: se han de decidir los aspectos y procedimientos que va a seguir nuestro programa. Entre otras cosas, hemos de plantearnos con qué recursos contamos (tiempo que va a durar el programa y distribución temporal de las sesiones, número y perfil de los formadores que necesitamos, instrumentos y materiales requeridos, costes y financiación, etc.), los procedimientos para informar a los posibles interesados y para formalizar la inscripción, así como los aspectos de contenido (índice de contenidos y temporalización) y metodológicos (tamaño de los grupos, estrategias didácticas a emplear en función de los contenidos, etc.) del programa. En esta fase se trata también de identificar posibles obstáculos y dificultades para adelantar su posible solución.
- Puesta en marcha de el programa: requerirá implementar de manera efectiva la planificación previa, además de llevar a cabo una supervisión cotidiana y toma de decisiones respecto a imprevistos y problemas que vayan apareciendo.
- Valoración: una vez impartido el programa, hemos de estimar hasta qué punto la intervención ha cumplido los objetivos propuestos. Ade-

más, se ha de valorar la opinión de los diferentes actores que han participado en él (organizadores, formadores, alumnos, etc.). Estos resultados servirán para justificar o no la utilidad del programa y será una información clave en la toma de decisiones respecto a mejoras futuras que pueda experimentar.

En el caso de los programas educativos con personas mayores, dos aspectos son esenciales en su diseño y realización: la participación y la apertura. Todo programa educativo ha de contar, idealmente en todas sus fases, con la participación de sus actores principales: los mayores. Se trata de que estos programas no sean diseñados e impartidos «desde arriba», por los expertos, sino que en todo caso la opinión del participante sea recogida y tomada en cuenta. Esta participación, que es ineludible en las fases de detección de necesidades, evaluación y valoración final, se ha de tratar también de extender a la misma planificación y puesta en marcha del programa. En cuanto a la planificación, en función del grado de especialización y la naturaleza de los contenidos y temas a tratar, se ha de intentar incorporar a los mayores en la toma de decisiones sobre cómo conviene más que sea el programa (recursos necesarios, especificación de contenidos y metodología, etc.). Una vez puesto en marcha, se han de prever canales de comunicación que recojan y tengan en cuenta las sugerencias e inquietudes de los participantes, para rectificar el programa si es necesario.

En consecuencia, resaltar el aspecto participativo de los programas educativos para mayores implica necesariamente un compromiso entre la necesaria planificación y una apertura deseable. Implica que su diseño sea lo suficientemente flexible para poder incorporar las iniciativas de los participantes. Esta incorporación de iniciativa permitirá que las personas mayores hagan suyo el programa y que se cumpla uno de los aspectos que ha de fomentar la educación de mayores: potenciar la toma de decisiones, descargar en la medida de lo posible el poder de los expertos y los promotores en los mayores, para hacer de la experiencia educativa un verdadero logro conjunto. Sólo de esta manera evitaremos el riesgo que corren algunos programas educativos: dejar de ser un instrumento para conseguir ciertos fines y convertirse en un fin en sí mismo que únicamente busca autoperpetuarse y seguir al pie de la letra una planificación previa ajena al participante.

### 4.1. Compensación y crecimiento

La gran variedad de programas educativos para personas mayores permite criterios de clasificación muy diversos. Por ejemplo, podemos atender a quién los organiza y dónde se realizan. En este caso, en ocasiones los programas están organizados por instituciones educativas (por ejemplo, universidades), mientras en otras se promueven a partir de otras instituciones con finali-

dades generalmente sociales, ya sean privadas (fundaciones o ONG, por ejemplo) o públicas (áreas de bienestar o atención social de ayuntamientos, diputaciones, etc.). También podríamos clasificar los diferentes programas en función de su temática, diferenciando entonces aquellos que van dirigidos a la adquisición de conocimientos sobre cierta parcela del mundo (por ejemplo, los diferentes itinerarios formativos que se plantean desde las universidades) o los que se centran en el desarrollo de capacidades personales (ya sean éstas físicas, de salud, emocionales, de relación social, etc.).

Sin embargo, un criterio quizá más interesante de clasificación sea en función del objetivo del programa, diferenciando dos tipos de objetivos básicos y no necesariamente contradictorios: los programas centrados en la pérdida (real o esperada), y que pretenden compensación, y aquellos otros orientados hacia el crecimiento, sin una referencia explícita a las pérdidas que acompañan al envejecimiento.

En este sentido, una de las primeras formas de concebir la educación en la vejez desde un punto de vista que incorpore los principios del ciclo vital es contemplarla como un elemento de compensación de pérdida. Es decir, una vez la pérdida se ha producido (o antes de que se produzca), la educación podría actuar como una vía para remediarla, para adquirir instrumentos que ayuden a la persona a continuar o retornar a un funcionamiento adaptativo y satisfactorio. Esta pérdida, obviamente, puede ser de naturalezas diversas, sin remitirla necesariamente a la dimensión biológica, sino también a la psicológica y a la social. En este sentido, autores como Villar (2001) o Sánchez (2002) proponen que esta «educación compensatoria» puede concretarse en al menos tres objetivos educativos diferentes:

- Algunos programas educativos para mayores puede tener como finalidad saldar la deuda contraída con las personas mayores que, por las circunstancias históricas y biográficas, no pudieron acceder a un suficiente nivel de educación en etapas anteriores de su vida, lo que de alguna manera limita su vida cotidiana y su autonomía en sentido amplio. Los programas de alfabetización, en los que la persona mayor aprende habilidades instrumentales básicas como la lectura y escritura, estuvieron entre los primeros programas educativos para un perfil de participantes mayores y son los típicos diseñados con este objetivo. Afortunadamente, este tipo de programas educativos son cada vez menos numerosos en nuestro contexto, a medida que en las cohortes que alcanzan la vejez el nivel de alfabetización es cada vez más alto.
- Los programas educativos también pueden plantearse como instrumento para paliar deficiencias asociadas al envejecimiento, como elemento que va a ayudar a los mayores a prevenir y solventar problemas asociados a esta etapa de la vida, ya sea antes de que sucedan (estaríamos hablando entonces de programas preventivos) o una vez ya están



presentes. Un ejemplo típico de estas intervenciones educativas son los programas centrados en salud física, ya sea enseñando hábitos saludables o los especialmente numerosos programas de educación física (por ejemplo, Soler y Jimeno, 1998). Más allá de este ámbito físico, en los programas de preparación a la jubilación se enseña a la persona mayor estrategias y competencias para paliar las posibles consecuencias negativas del cese en la actividad laboral (por ejemplo, Vega y Bueno, 1996). También, desde un punto de vista cognitivo, son paradigmáticos los programas educativos que pretenden compensar o prevenir posibles déficit, reales o percibidos, en competencias o habilidades mentales, siendo las más recurrentes las competencias mnemónicas (véanse, por ejemplo, Maroto, 2000 o Puig, 2001). Estos programas de estimulación y entrenamiento cognitivo también se han planteado para personas mayores que experimentan un envejecimiento patológico, especialmente a aquellas que muestran demencias o otros déficit cognitivos en diverso grado, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente reforzando competencias básicas e instrumentales para ponerlas a salvo el mayor tiempo posible del proceso involutivo irreversible que supone la demencia (véase, por ejemplo, Peña-Casanova, 1999). En este caso, sin embargo, lo educativo está presente, pero subordinado a la naturaleza asistencial, clínica y socio-sanitaria de la intervención.

- Un tercer y último objetivo de la educación en la vejez en tanto instrumento compensador estriba en potenciar la actividad y relaciones sociales de la persona mayor. Es decir, se supone que el envejecimiento implica en alguna medida una disminución de actividades y vínculos sociales y que esta disminución es una pérdida que es necesario abordar, ya que afecta al bienestar y satisfacción de la persona mayor. Este tipo de compensación se puede plantear desde un nivel más cercano, con la finalidad de fomentar nuevas relaciones sociales, o desde un nivel más amplio, tratando de implicar a la persona mayor en su comunidad y en el conjunto de la sociedad. Los programas de voluntariado para personas mayores y de fomento de la participación social y política son buenos ejemplos de ello (Pérez-Salanova, 2001).

Aunque esta visión amplia de la compensación puede subyacer a gran número de programas educativos para personas mayores, existe otro gran objetivo presente en muchos programas educativos de mayores: el crecimiento y el desarrollo de competencias que impliquen no sólo compensar o prevenir posibles pérdidas, sino una mejora del nivel de funcionamiento personal y social de la persona mayor. Quizá entre los que más claramente tienen un objetivo prioritario de crecimiento podemos destacar los programas universitarios para personas mayores, de los que más adelante hablaremos. Sin embargo, ambos objetivos (compensación y crecimiento) no son en absoluto incompatibles.

tibles, y pueden estar presentes de manera conjunta en la mayoría de los programas educativos que, al mismo tiempo que remedian situaciones potencialmente desventajosas, tratan de ofrecer instrumentos de mejora.

### 4.2. Programas educativos para mayores: algunos ejemplos

Para ofrecer una idea de la variedad de programas educativos con los que contamos en la actualidad, vamos a dar algunas pinceladas de dos tipos de programa, entre los que hemos escogido uno muy reciente, aunque enormemente popular durante los últimos años (los cursos de informática), y otro que quizá es el más consolidado en nuestro país (los programas universitarios para personas mayores).

#### 4.2.1. Cursos de informática y nuevas tecnologías

Una de las características de las sociedades de los países desarrollados es la creciente aceleración de la tasa de cambio e innovación. Entre los cambios que caracterizan nuestro tiempo, aquellos originados y potenciados por las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son especialmente importantes. En esta situación, uno de los retos ante los que nos encontramos es, precisamente conseguir el acceso, de forma mayoritaria e igualitaria, de los ciudadanos a las tecnologías que permiten disfrutar de nuevas posibilidades de información, ocio, formación, interacción y participación. En este sentido, las personas mayores aparecen entre los colectivos que presentan menores tasas de conocimiento y acceso a los nuevos recursos que proporcionan las nuevas tecnologías. Por ejemplo, a principios de 2005 las personas mayores de 55 años representaban menos del 6 % del total de usuarios de Internet. Si contamos sólo a los mayores de 65 años, el porcentaje desciende a aproximadamente un 1 % del total (AIMC, 2005). Esta situación puede suponer la desvinculación de los mayores de los grupos más dinámicos de la sociedad, ahondando la distancia existente entre ellos y el resto de los grupos sociales. Llevando este argumento al extremo, corremos el riesgo de convertir a los mayores en «iletrados tecnológicos», incapaces de participar, y por lo tanto de influir, en el cambio que viven las sociedades de los países desarrollados.

Un medio para revertir esta situación es el diseño de programas de formación en TIC dirigidos a personas mayores. Desde finales de la década de los 90, estos programas han ido apareciendo en nuestro país, en su mayoría impartidos en la red de centros sociales de mayores y organizados por diversas instituciones públicas (ayuntamientos, diputaciones) o por otras instituciones privadas con finalidad social (por ejemplo, fundaciones de entidades bancarias, ONG, etc.). En la actualidad estos cursos gozan de una gran popularidad, siendo su demanda siempre inferior a la oferta. Los primeros cursos

de este tipo estaban básicamente orientados a la enseñanza del uso básico del ordenador (sistema operativo), de algunas de sus herramientas más frecuentemente utilizadas (la más típica, los procesadores de texto) y, especialmente, de la navegación u utilización de Internet. En la actualidad, junto con estos cursos la oferta se ha diversificado y podemos encontrar otros sobre herramientas informáticas más especializadas (retoque fotográfico de imágenes, edición de publicaciones, hojas de cálculo, etc.).

En el aprendizaje de TIC por parte de los mayores pueden establecerse dos fases diferentes, que corresponden a dos objetivos educativos distintos. En un primer momento, el problema está en poner en contacto al nuevo usuario con las TIC, superando los posibles obstáculos que lo impedían. El objetivo en esta fase es lograr familiarizarse con unos conceptos y con unas herramientas nuevas, hasta llegar a automatizar nuevos procedimientos de uso. En esta fase, la persona se encuentra muy centrada en este nuevo aprendizaje, que se convierte en el objetivo de la tarea la mayor parte del tiempo. Una vez el usuario ha automatizado estos procedimientos básicos de uso, entramos en la segunda fase, la fase del uso. La tecnología deja de convertirse en «la tarea» para pasar a ser el instrumento mediante el que se realizan otras tareas que nada tienen que ver con ella misma. Por ejemplo, cuando una persona ya ha aprendido a buscar información en Internet, el mismo proceso de búsqueda deja de ser un problema al que dedicar tiempo. La persona puede centrar sus esfuerzos en utilizar estos conocimientos ya adquiridos para buscar nueva información, pasa de preocuparse en el «cómo se busca» para orientarse a «lo que quiero buscar» y «lo que voy a hacer con lo que encuentre», problemas que poco tienen que ver ya con la tecnología. Las TIC dejan de ser un fin en sí mismo para convertirse en un instrumento para conseguir otros fines.

En cuanto a los resultados de estos programas de formación, generalmente su evaluación muestra que en comparación con los jóvenes los mayores generalmente necesitan más tiempo para adquirir el mismo nivel de conocimiento y tienen más dificultad para alcanzar niveles avanzados de uso (Kelley y Charness, 1995). Sin embargo, en estudios que no se plantean en términos comparativos, la mayoría de estas experiencias formativas logran que la persona mayor pueda utilizar de forma básica ciertos dispositivos tecnológicos y que este uso de mantenga más allá de la finalización del curso (Villar, 1999). Sin embargo, los resultados de estos cursos van más allá del aprendizaje de nuevas competencias. En concreto, las actitudes hacia la tecnología mejoran tras programas de formación en los que las personas mayores entran en contacto con las TIC. Algunos estudios afirman incluso que para las personas que acuden a estos cursos utilizar la tecnología puede ser un medio para tener la sensación de «estar al día», adscribiéndose a los valores de modernidad, orientación al futuro y productividad que usualmente asociamos a la tecnología (White y Weatherall, 2000). En este sentido, el interés de los mayores por las nuevas tecnologías estaría especialmente vinculado con la identidad, con una mejora del autoconcepto y con el alejamiento de los es-

tereotipos negativos que tradicionalmente han sido asociados a las edades avanzadas.

Cuando se evalúa la satisfacción con este tipo de cursos, generalmente es extraordinariamente elevada, tanto si se evalúa mediante preguntas directas como mediante indicadores indirectos (número de abandonos, interés en realizar nuevos cursos o incluso de repetir el mismo curso, etc.). Cuando se valora lo más positivo de este tipo de cursos, sus participantes destacan los aspectos expresivos de la experiencia (el clima en el que se desarrolló el curso y la relación con los compañeros, etc.) tanto o más que los aspectos más directamente vinculados al aprendizaje de nuevas competencias (Villar, 2003).

### 4.2.2. Programas universitarios para personas mayores

A diferencia de los cursos de informática, que giran alrededor de unos contenidos específicos, los programas universitarios se concretan en una gran variedad de cursos de contenidos diversos y desarrollados también de formas diversas, que tienen como aspecto común su énfasis, más que en la pérdida o en la compensación, en el desarrollo y el crecimiento a lo largo de la vida y, sobre todo, su vinculación a entidades universitarias. La designación de «Programas universitarios para mayores» actualmente se utiliza para referirse a programas educativos formales organizados o supervisados por universidades y que utilizan sus recursos (administrativos, docentes, aulas, etc.).

Estos programas aparecieron en la década de los 70 en Francia como un medio por el que la Universidad ofrecía actividades educativas, culturales y recreativas a las personas mayores. Pronto el modelo se generaliza y expande por toda Europa. Las razones de esta expansión, de acuerdo con Guirao y Sánchez (1997) radican por una parte en el papel que desempeña la universidad como proveedora de conocimiento y formación durante toda la vida y por otra en la necesidad de dar una respuesta educativa a un grupo cada vez más numeroso de personas que se ven libres de sus obligaciones profesionales una vez jubiladas.

Nuestro país no ha quedado al margen de esta expansión de los programas universitarios de mayores. Actualmente, son más 40 los programas de este tipo ofrecidos en España, con más de 30.000 personas mayores matriculadas. Generalmente, la mayoría de ellos admiten a personas a partir de los 50 o 55 años. Esto explica en parte el perfil de participante que describen Orte, Ballester y Touza (2004), que tiene las siguientes características: es relativamente joven (aproximadamente dos de cada tres participantes tiene menos de 65 años), con un nivel educativo relativamente alto en comparación con los estándares de toda la población mayor, con lo que el perfil de sus participantes suele ser relativamente joven (dos tercios de los participantes han cursado estudios secundarios o más, y aproximadamente el 30 % tiene estudios universitarios previos) y mayoritariamente femenino (70 % de mujeres).

Sin embargo, hablar de una expansión de la oferta de educación universitaria para personas mayores no implica que esta oferta sea homogénea. Así, podemos distinguir entre al menos dos momentos en el desarrollo de estos programas en nuestro país.

Los primeros programas de este tipo aparecieron en el contexto de las denominadas Aulas de Mayores (o Aulas de la Tercera Edad), que son centros de enseñanza dedicados prioritariamente a la promoción sociocultural y a la formación integral de las personas mayores. En estas aulas se imparten actividades físicas, clases de manualidades y técnicas artísticas, y materias de humanidades y ciencias. Además, y a través de viajes culturales, conferencias, seminarios, cursillos y conciertos se intenta vincular a las personas mayores con su entorno cultural, a la vez que se potencia su participación social. A principios de los años 80 algunas de estas aulas establecieron convenios con universidades para ofrecer un programa de actividades educativas, generalmente en forma de ciclo de conferencias de temáticas diversas que se organizan desde la universidad, se imparten por profesores universitarios y, en algunas ocasiones, tienen lugar en dependencias universitarias. En estos casos los alumnos escogen a qué actividades educativas prefieren ir o no ir y las combinan con la participación en otro tipo de eventos culturales (exposiciones, conciertos, viajes, etc.) organizados también desde las aulas.

A principios de los años 90, sin embargo, comienzan a aparecer otro tipo de programas universitarios organizados directamente por las universidades. Este tipo de programas se plantean no ya como un ciclo de conferencias independientes, sino de manera similar a las diplomaturas o licenciaturas y con las características propias de los estudios universitarios reglados (plan de estudios con varios cursos de duración, estructura en asignaturas y créditos, división entre créditos/asignaturas obligatorios y optativos, impartición siguiendo el calendario académico de la universidad, expedición final de un título o certificado avalado por la universidad, etc.). Para algunos autores (véase, por ejemplo, Mayán 2002), estas características hacen que, en sentido estricto, únicamente podamos hablar de Programas Universitarios de Mayores en este tipo de programas y no en los organizados desde las Aulas de Mayores.

Estos «itinerarios formativos» para mayores que se ofrecen desde las universidades suelen durar varios años (desde dos a cinco) y, en principio, se plantean como programas específicamente adaptados a las personas mayores, y los grupos se forman atendiendo a un criterio de edad (generalmente, mayores de 50 o 55 años). Sus temáticas varían en función de cada universidad, aunque los que se ofrecen coinciden con estudios ya impartidos de manera reglada por las universidades, siendo los más frecuentes los itinerarios de Humanidades, Arte, Historia, Psicología, Biología, Filología, Economía o Derecho. El balance entre créditos obligatorios y optativos depende también de cada universidad, así como el número de créditos que el estudiante ha de obtener como máximo o como mínimo en cada cuatrimestre o año académi-

co. En cualquier caso, los contenidos de las diferentes materias se suelen impartir adaptados al nivel de formación de los alumnos, tratando de equilibrar el rigor y científicidad de la formación universitaria con la comprensibilidad por parte de unos estudiantes que quizá no asisten a clases desde mucho tiempo atrás.

Por último, la mayoría de los programas cuentan también con otro tipo de actividades culturales y de ocio que complementan las clases, como visitas a museos o a lugares de interés histórico-artístico, excursiones o talleres de escritura o lectura. En otros, la formación se complementa con asistencia a foros de debate, obras teatrales y videofóruns.

Por último, en los últimos años ha aparecido una tercera generación de programas que, con una estructura similar a los anteriores, tratan de integrar el programa dentro de las diplomaturas o licenciaturas oficiales que se ofertan desde la universidad. Es decir, en lugar de «reconstruir» una licenciatura para mayores, potencian que la persona mayor acuda a las clases regulares de la licenciatura oficial. Generalmente, esta integración consiste en combinar asignaturas específicas para mayores con otras en las que los participantes mayores acuden a clases universitarias regulares, compartiendo esas asignaturas con los jóvenes. Este tipo de programas añaden una dimensión intergeneracional especialmente valiosa tanto para las personas mayores como para los jóvenes estudiantes, que comparten sus clases con personas con puntos de vista y experiencias diferentes a los suyos.

Para finalizar, a pesar de la gran extensión de estos programas universitarios de diferentes tipos, la investigación de su contribución a la vida de las personas mayores y la evaluación de la calidad de los programas ha recibido comparativamente poca atención. Aunque tenemos buenos estudios que evalúan programas individuales (por ejemplo, Pinazo y Montoro, 2005), carecemos todavía de estudios más sistemáticos que identifiquen las claves del éxito de estos programas y, sobre todo, de los beneficios comparativos de los diferentes tipos de programas existentes.

## Cuestiones clave

1. ¿Por qué educar en la vejez? Haz una lista y explica las razones que a tu juicio dan sentido a la educación en la vejez.
2. ¿Crees que el tipo de respuesta educativa ha de ser igual en la infancia, en la adolescencia y juventud, en la mediana edad y en la vejez? Identifica aspectos en lo que puede o debería ser diferente y justifica tu respuesta.
3. Comenta la frase de Freire (1973) «nadie educa a nadie, así como tampoco nadie se educa a sí mismo, los hombres se educan en comunión, mediatizados por el mundo». ¿Estás de acuerdo con ella? ¿Por qué?
4. ¿Cuáles son los principales problemas con los que se pueden encontrar las personas mayores para aprender a utilizar los ordenadores y, en general, las nuevas tecnologías?

## Actividades prácticas

1. Visita dos o tres centros de mayores que se encuentren en tu localidad o barrio. Averigua qué tipo de actividades se realizan en el centro y piensa en las implicaciones educativas de cada una. ¿Qué capacidades y habilidades mantienen o desarrollan? Entrevista a algunos de los participantes en actividades educativas y pregúntales acerca, entre otras cosas, de:

- Su historia educativa (cuánto, qué y cómo estudió en etapas anteriores de la vida).
- Qué le aporta la participación en actividades educativas a su edad.
- Qué barreras y obstáculos encuentran las personas de su generación para acceder a este tipo de actividades y extraer provecho de ellas.
- Qué es lo mejor y lo menos bueno (lo que le gusta más y menos) de la actividad educativa en la que participa.

A partir de las respuestas, y en grupos de 3-4 personas, elabora un pequeño informe donde se expongan los resultados obtenidos.

2. Busca en Internet universidades para mayores en España. Haz una tabla comparando: requisitos para entrar, cursos de duración, itinerarios o contenidos que se ofrecen, coste, metodología de las sesiones. A partir de estas búsquedas, elabora un pequeño informe en el que además:

- Especifica la historia de las universidades de mayores. ¿Cuál es la más antigua? ¿Cómo parece haberse ido desarrollando la oferta?
- Destaca alguna que consideres especialmente óptima y comenta por qué.
- Comenta las carencias en este tipo de oferta educativa. ¿Cómo se podría mejorar?

## Lecturas recomendadas

Jarvis, P. (2001): *Learning in later life*. Londres: Kogan.

Peter Jarvis es uno de los pioneros en la educación de adultos. En este libro presenta la historia de este campo de estudio y las implicaciones sociales y personales para el aprendiz que tiene el hecho de considerar también el aprendizaje en la vejez. Aspectos como la jubilación, la sabiduría, la espiritualidad o la cuarta edad son tratados desde esta perspectiva del aprendizaje.

Sáez, J. (ed.) (2002): «Educación y aprendizaje en las personas mayores». Madrid: Dyckinson.

Este libro recoge una colección de capítulos escritos por algunos de los principales especialistas de nuestro país (y alguno de fuera también) en educación y aprendizaje de adultos. Enfocan esta temática desde ámbitos diversos, enfatizando la gerontagogía como concepto clave.

Villar, F. (2005): «Educación en la vejez: hacia la definición de un nuevo ámbito para la Psicología de la Educación». *Infancia y Aprendizaje*, 28, pp. 63-79.

En este artículo se expone la educación y el aprendizaje de mayores como un nuevo ámbito para la psicología. Se repasan diferentes perspectivas desde las que se puede enfocar el trabajo, argumentando las carencias de algunas de ellas y defendiendo en todo caso una perspectiva del ciclo vital como la más adecuada. Se ofrecen algunos ejemplos de las posibilidades que ofrece esta perspectiva.

## Bibliografía

AIMC (2005): *Estudio General de Medios: Audiencia de Internet abril/mayo 2005*.

Madrid: AIMC. [<http://www.aimc.es/03internet/internet205.pdf>]

Ardelt, M. (2000): «Intellectual versus wisdom-related knowledge. The case for a different kind of learning in the later years of life». *Educational Gerontology*, 26, pp. 771-789

Cusack, S. A. (1998): «Leadership in senior's centers: power and empowerment in relations between seniors and staff». *Education and Ageing*, 13, pp. 21-37.

Fernández-Ballesteros, R.; García Merita, M., y Hernández, J. M. (2000): «Planificación y evaluación de programas gerontológicos». En Fernández-Ballesteros (ed.), *Gerontología Social*, pp. 401-434. Madrid: Pirámide.

Freire, P. (1973): *Pedagogía del oprimido*. Madrid. Siglo XXI.

Glandening, F. (1985): *Educational gerontology: International Perspectives*. Nueva York: St. Martin Press.

Glanz, D. (1997): «Seniors and Cyberspace: some critical reflections on computers and older persons». *Education and Ageing*, 12, pp. 69-81.

Glass, J. C. (1996): «Factors affecting learning in older adults». *Educational Gerontology*, 22, pp. 359-372.

Guirao, M., y Sánchez, M. (1997): «Los programas universitarios para mayores en España». En A. Lemieux. (ed.), *Los programas universitarios para mayores: enseñanza e investigación*, pp. 145-153. Madrid: IMSERSO.

Jarvis, P. (2001): *Learning in later life*. Londres: Kogan Page.



- Kelley, C. L., y Charness, N. (1995): «Issues in training older adults to use computers». *Behaviour and Information Technology*, 14, pp. 107-120.
- Knowles (1980): *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall/Cambridge.
- Lemieux, A., y Sánchez, M. (2000): «Gerontology beyond words: A reality». *Educational Gerontology*, 26, pp. 475-499.
- Maroto, M. A. (2000): *Taller de memoria*. Madrid: TEA.
- Mayán, J. M. (2002): «Educación universitaria para personas mayores». En Fundación Caixa Galicia (2001), *Familia, juventud y nuestros mayores: la actitud proactiva*, pp. 347-365. A Coruña: Fundación Caixa Galicia.
- Moody, R. (1985): «Philosophy of education for older adults». En D. B. Lumsden (ed.), *The older adult as a learner*, pp. 29-45. Nueva York: Hemisphere.
- Orte, C.; Ballester, L., y Touza, C. (2004): «University programs for seniors in Spain: analysis and perspectives». *Educational Gerontology*, 30, pp. 315-328.
- Peña-Casanova, J. (1999): *Programa «Activemos la mente»* (5 volúmenes). Barcelona: Fundación La Caixa.
- Pérez-Salanova, M. (2001): «Envejecimiento y participación. ¿Necesitamos nuevos enfoques?». *Intervención Psicosocial*, 10, pp. 285-294.
- Pinazo, S., y Montoro, J. (2005): «Evaluating social integration and psychological outcomes for older adults enrolled at a university intergenerational program». *Journal of Intergenerational Relationships*, 3, pp. 65-81.
- Puig, A. (2001): *Programa de psicoestimulación preventiva*. Madrid: CSS.
- Rogers, C. R. (1969): *Freedom to Learn*. Merrill Columbus, Ohio.
- Sáez, J. (2005): «Gerontagogía: Intervención socioeducativa con personas mayores». En S. Pinazo y M. Sánchez (eds.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas*, pp. 291-336. Madrid: Pearson Prentice-Hall.
- Sánchez, M. (2002): «Los programas universitarios para mayores: propósitos, razones y motivos». En J. Sáez (ed.), *Pedagogía Social y programas intergeneracionales: educación de personas mayores*, pp. 113-125. Málaga: Aljibe.
- Scala, M. A. (1996): «Going back to school: participation motives and experiences of older adults in an undergraduate classroom». *Educational Gerontology*, 22, pp. 747-773.
- Soler, A., y Jimeno, M. (1998): *Actividades acuáticas para personas mayores. Fundamentos teóricos y sesiones prácticas*. Madrid: Gymnos.
- Spigner-Littles, D., y Anderson, C. E. (1999): «Constructivism: A new paradigm for older learners». *Educational Gerontology*, 25, pp. 203-210.
- Tedesco, J. C. (2004): «Els pilars de l'educació del futur». *Idees*, 21, pp. 86-95
- Twitchell, S.; Cherry, C. E., y Trott, J. W. (1996): «Educational strategies for older learners: suggestions from cognitive aging research». *Educational Gerontology*, 22, pp. 169-181.
- Van Gerven, P. W. M.; Paas, F. G.; Van Morriënboer, J. J. G y Schmidt, H. G. (2000): «Cognitive load theory and the acquisition of complex cognitive skills in the elderly: Towards and integrative framework». *Educational Gerontology*, 26, pp. 503-521.
- Villar, F. (2001): «¿Tiene sentido la formación en la vejez? Las nuevas tecnologías como ejemplo paradigmático». *Comunicación y Pedagogía*, 173, pp. 57-62.
- (2003): «Personas mayores y ordenadores: valoración de una experiencia de formación». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38, pp. 86-94.

- (2005): «Educación en la vejez: hacia la definición de un nuevo ámbito para la Psicología de la Educación». *Infancia y Aprendizaje*, 28, pp. 63-79.
  - y Vilar, J. (1999): «Diseño y evaluación del curso “Informática y comunicación a su alcance”». *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9, pp. 177-182.
- White, J., y Weatherall, A. (2000): «A grounded theory analysis of older adults and information technology. *Educational Gerontology*, 26, pp. 371-387.







