

104

juliol-desembre 2012

informació psicològica



dossier

jubilación activa

envejecimiento óptimo

vivir dignamente hasta el final

educación y envejecimiento

reflexión sobre las terapias no farmacológicas

temes d'estudi

la relevancia de la inteligencia emocional

actituds i pràctiques lingüístiques de la joventut

entrevista

Dr. Dirk Jarré

debat

En crisis

Equip Directiu

Direcció:

Consuelo Claramunt Busó, Gabinet Municipal. Torrent

Subdirecció:

Enrique Cantón Chirivella, Univ. València

Pedro Rafael Gil-Monte, Univ. València

Miguel José Perelló del Río, Centre d'Aplicacions Psicològiques. València

Equip Editorial:

Responsables de secció:

Maria Cortell Alcocer, Clínica de Psicoanàlisi. València

Carmel Ortolá Pastor, Gabinet Psicoteràpia Gestalt. València

Irene Checa Esquivá, Rendiment Espai Salut

M^a Victoria García Cuenca, Gabinet Municipal Torrent

Patricia Esteban Delgado, Gabinet Municipal Torrent

Consuelo Martínez Valero, Centre d'Aplicacions Psicològiques. València

Comité Editorial:

M. Constanza Aguilar Bustamante, Univ. de Santo Tomás, Colòmbia

Cristina Aguilar Giner. ALENA. Psicologia Clínica i Salut. València.

Francisco Alcántara Marín, Univ. València

Esther Barberá Heredia, Univ. de València

M. Carmen Barrachina Segura, consulta privada. València.

Francisco Bas Ramallo, Centre de Psicologia Bertrand Russell, Madrid

Luis Benites Morales, Univ. de San Martín de Porras, Perú

Vicent Bermejo Frígola, Salut Mental Infantil, Conselleria de Sanitat

Javier Bou Piquer, Associació Sistemàtica de València

Jesús Cabezas Fernández, consulta privada. València.

Amparo Cabrera Vallet, Consulta privada. València.

Maria José Cantero López, Univ. València

José Cantón Duarte, Univ. Granada

Maite Cortés Tomás, Univ. de València

Maria Victoria del Barrio Gandara, UNED

Edelmira Doménech Llaberia, Univ. Autònoma Barcelona

Begoña Espejo Tort, Univ. València

M. Dolores Ferrando Moncholi, consulta privada. València

Enrique Garcés de los Fayos Ruiz, Univ. Murcia

Francisco Gotzens Busquets, Ajuntament de València

Francisco Hidalgo Mena, Generalitat Valenciana

Elvira Asunción Jaime Coll. MAR. Psicologia Clínica i Jurídica, València

Anette Kreuz -Smolinski, Centre de Teràpia Familiar Fàsica. València

Àngel Latorre Latorre, Univ. València

Eva León Zarceño, Univ. Miguel Hernández de Elche

Wilson López López, Pontificia Univ. Javeriana Bogotá i ABA Colòmbia

Tomás Josep Llopis Giménez, Univ. de València

Fernando Lluch Gutierrez, Ajuntament de Cullera

Maribel Martínez Benlloch, Univ. València

Àngel Martínez Moreno, PAINA Consultoria València

Carmen Mateu Marques, Univ. València

Manuel Medina Tornero, Univ. de Murcia

Francisco Xavier Méndez Carrillo, Univ. Murcia

Maria Vicenta Mestre Escrivá, Univ. València

Luis Valentín Montoro González, Univ. Salamanca

Gonzalo Musitu Ochoa, Univ. València

Maria del Mar Navarro Diaz, Gabinet Municipal Torrent

José Olivares Rodríguez, Univ. de Murcia

Godoleva Rosa Ortiz Viveros, Institut d'Investigacions Psicològiques, Univ. Veracruzana, Mèxic

José María Peiró Silla, Univ. València

Jordi Pérez Montiel, Psicòlego. Mediator

Gema Pons Salvador, Univ. de València

Adriana Rey Anastasi, Institut de Medicina Legal, València

Jesús Rodríguez Marín, Univ. Miguel Hernández, Elche

Joan Rovira i Prats, Ajuntament d'Alzira

Juan Sevilla Gascó, Centre de Teràpia de Conducta València

M. Ángeles Tomás Bolos, Gabinet de Psicologia Clínica i Educativa. València

Maria Victoria Trianes Torres, Univ. Màlaga

Javier Urrea Portillo, President de la Comissió Deontològica de Madrid

Rosario Valdés Caraveo, Universidad ELPAQ, Chihuahua, Mèxic

Miguel Àngel Verdugo Alonso, Univ. Salamanca

I.S.S.N. 0214-347 X - D. L. V-841-1983.

I.S.S.N. 1989-9076

Està inclosa en les següents bases de dades:

CINDOC, PSICODOC, LATINDEX,
DIALNET I REDALYC

editorial **3**
dossier **4**

- Introducción. Especial Envejecimiento activo
Coordinat per Sacramento Pinazo 4
- Jubilación activa
Ramon Bayés 5
- Envejecimiento óptimo: marcadores psicosociales de la evolución cognitiva en personas mayores de 80 años
Elena Navarro i M^a Dolores Calero-García..... 13
- Vivir dignamente hasta el final
Gloria Saavedra Muñoz i Pilar Barreto Martín 29
- Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecimiento
Feliciano Villar 39
- Educación y envejecimiento: el envejecimiento constructivo
José Arnay, Inmaculada Fernández i Javier Marrero 57
- La estimulación mental como factor potenciador de la reserva cognitiva y del envejecimiento activo
Rosa Redolat Iborra 72
- Una reflexión sobre las terapias no farmacológicas y su aplicación desde la experiencia: 20 años del "Programa de Atención a Afectados de Alzheimer" de la Asociación COTLAS
Javier Bendicho Montés..... 84

temes d'estudi **100**

- La relevancia de la inteligencia emocional en la prevención del consumo de alcohol
Álvaro García del Castillo-López,
José Antonio García del Castillo Rodríguez i
Juan Carlos Marzo Campos..... 100
- Actituds i pràctiques lingüístiques de la joventut valenciana
Violant Estreder i Ortí i Marc Antoni Adell i Cueva 112

praxi **125**

- Sexualidad en la mujer adulta mayor
Ircy Llinares Alves..... 125

entrevista **132**

- Dirk Jarré
per Sacramento Pinazo 132

debat **136**

- En crisis
Javier Frère López, Francisco Gómez, Àngel Martínez Moreno
i Ximo Tárrega Soler 136

crítica de llibres **148**

- Mantener la mente activa. Retos para nuestro cerebro.
Terry Horne, Simon Wootton i Susan Greenfield
per Victoria García Cuenca i Patricia Esteban Delgado 148

novetats en... envejecimiento activo **149**

editorial	3
dossier	4
• Introduction. Active aging Coordinated by Sacramento Pinazo.....	4
• Active retirement Ramon Bayés	5
• Optimal aging: psycho-social markers of cognitive evolution in old people over 80 years-old Elena Navarro and M ^a Dolores Calero-García.....	13
• Living the end with dignity Gloria Saavedra Muñoz and Pilar Barreto Martín.....	29
• Self-improvement through doing good to others: contributions of generativity to the study of aging well Feliciano Villar	39
• Education and aging: the constructive aging José Arnay, Inmaculada Fernández and Javier Marrero	57
• Mental stimulation as a promoting factor of cognitive reserve and active aging Rosa Redolat Iborra.....	72
• An experience-based reflection about non pharmacological therapies and their application. A twenty years "review of COTLAS" Alzheimer's disease association family programme Javier Bendicho Montés.....	84
topics of study	100
• Emotional intelligence relevance in alcohol consumption prevention Álvaro García del Castillo-López, José Antonio García del Castillo Rodríguez and Juan Carlos Marzo Campos.....	100
• Attitudes and linguistic practices of Valencian young people Violant Estreder i Ortí and Marc Antoni Adell i Cueva	112
praxi	125
• Sexuality in the grown adult woman Iracly Llinares Alves.....	125
interview	132
• Dirk Jarré by Sacramento Pinazo	132
debate	136
• In crisis Javier Frère López, Francisco Gómez, Àngel Martínez Moreno and Ximo Tárrega Soler.....	136
review of books	148
• Keep your mind active: Challenges for Our Brain. Terry Horne, Simon Wootton and Susan Greenfield by Victoria García Cuenca and Patricia Esteban Delgado.....	148
news in... active aging	149

Consell Editor:

Francisco J. Santolaya Ochando (degà)
Vicenta Esteve Biot (vicedegana 1^a)
Concepción Sánchez Beltrán (vicedegana 2^a)
Mar Lluch Quevedo (vicedegana 3^a)
Óscar Cortijo Peris (secretari)
Paloma Botella Marco (vicesecretaria)
Miguel A. Torricos Sanchis (tresorer)
Vocals:
Amparo Malea Fernández, Rosario Morales Moreno,
Andrea Ollero Muñoz, Manuel R. Peretó i Soriano,
Pilar del Pueblo López i Juan Luis Quevedo Rodríguez.

Secretària de redacció:

Lidia Tena i Espada

Disseny:

Susana Aguilar Giner

Tirada: 6.500 exemplars

Impressió i maquetació:

Gráficas Antolin Martínez, s.l.
C/ Barón de Herves, 8 • 46003 Valencia
Tel. - Fax 96 391 89 84 • www.grafamar.com

Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana

Carrer Comte d'Olocau, 1. 46003 València
www.informaciopsicologica.info
revistaip@cop-cv.es
tf: 96 392 25 95 • fax: 96 315 52 30

nº 104. Año Europeo del Envejecimiento Activo y Solidaridad Intergeneracional

El envejecimiento activo, tal como viene considerado en el marco europeo, supone dar a las personas mayores la posibilidad de una participación social plena, fomentar sus oportunidades de empleo, permitir su contribución activa a través del voluntariado y conseguir que permanezcan autónomas e independientes el mayor tiempo posible.

La revista *Informació Psicològica* ha querido sumarse a las iniciativas desarrolladas a lo largo del 2012 con motivo de la celebración del Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional.

Los principales objetivos propuestos por parte de la Unión Europea para este acontecimiento han consistido en la sensibilización social sobre el valor del envejecimiento activo junto con la estimulación del debate y del intercambio de información entre los Estados miembros para promover políticas de envejecimiento activo, identificando y difundiendo las buenas prácticas.

La psicología, como disciplina científica, y los profesionales que ejercen su labor en las diferentes áreas no pueden quedarse al margen del gran reto que supone para la sociedad en general hacer frente al notable incremento demográfico de las personas mayores. La contribución de la psicología debe concretarse en una doble vertiente: por un lado, el desarrollo de trabajos de investigación encaminados al análisis del proceso de envejecimiento y los factores facilitadores para se alcance la vejez en las mejores condiciones; y por otro, la práctica aplicada dirigida a proporcionar tales recursos a ese grupo de población, a fin de ayudarles a vivir esa fase con la máxima dignidad y calidad.

Con este propósito, se ha querido dedicar la sección Dossier a la presentación de un amplio panorama de artículos que abordan esta temática. La cantidad, calidad e interés de los trabajos junto con las limitaciones de espacio en esta publicación nos ha llevado a recoger una primera serie, que tendrá su continuación en el siguiente número.

Desde el equipo directivo, queremos agradecer y felicitar a la profesora Sacramento Pinazo por su magnífico trabajo y por su inestimable ayuda al encargarse de las tareas de coordinación de estas monografías. Estamos convencidos que su esfuerzo y buen hacer serán apreciados por todos aquellos profesionales e investigadores interesados en este campo, así como por cualquier persona que quiera profundizar en el conocimiento sobre el tema del envejecimiento activo y saludable.

Como viene siendo habitual, hemos procurado que también otras secciones recojan aspectos relacionados con el eje central del dossier monográfico, como sucede en este caso con *Praxi, Crítica de Llibres* y *Novetats*. En esa misma línea, se incluye una interesante entrevista al profesor Dirk Jarré, actual Presidente de la Federación Europea de Personas Mayores EURAG-Europe

Para completar, nuestra sección miscelánea *Temes d'Estudi*, con dos trabajos de autores, pertenecientes al ámbito universitario valenciano, concretamente a la Universidad Miguel Hernández (García del Castillo-López y su equipo) y a la Universidad de Valencia (Estreder y Adell).

El presente número despide este año 2012. Un año marcado por una crisis económica que causa estragos, aumentando el malestar colectivo e individual. Los responsables de la Sección *Debat*, nuestros compañeros María Cortell y Carmel Ortola, plantean una reflexión sobre la repercusión de esta "Crisis en mayúscula". El debate viene propiciado por la formulación de una serie de interrogantes a cuatro profesionales de la psicología, que abordan esta cuestión desde sus diferentes posicionamientos teóricos y personales.

No queremos finalizar sin un pequeño toque optimista, deseando una "aceptablemente" feliz entrada en el nuevo año 2013 a todos nuestros lectores.

Os esperamos en el próximo número 105, que... todavía será en papel.

Chelo Claramunt

Directora

Introducción al Dossier Envejecimiento activo

Sacramento Pinazo

Profesora de Psicología Social. Universidad de Valencia
Directora del Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia

La estructura de la población de la Unión Europea está cambiando y envejeciendo progresivamente. En la Unión Europea-27, las personas mayores representan un 17.4% de la población, cifra muy similar a la española. Además, la esperanza de vida ha aumentado durante el último siglo, aumentando la longevidad, esto es, el envejecimiento del envejecimiento, sobre todo desde 1970. Estos cambios en la sociedad van a producir cambios tendrán importantes implicaciones en las políticas y gastos sociosanitarios.

Muchas personas de más de 50 años viven un envejecimiento activo, saludable y participativo mientras tras afrontan problemas como la soledad y el aislamiento, la pobreza, la discapacidad, la dependencia o la exclusión social.

El envejecimiento activo es *“el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objetivo de conseguir la mejor calidad de vida posible durante el proceso de envejecer”* (OMS, 2002). La Unión Europea ha denominado al 2012 Año del Envejecimiento Activo y la Solidaridad entre Generaciones con el objetivo de ayudar a las personas mayores a jugar un papel más activo en la Sociedad, posibilitar que las personas envejezcan con más salud y promover iniciativas que permitan la vida independiente, y desarrollar servicios, programas, tecnologías de ayuda

y cuidados accesibles y efectivos que permitan una detección temprana de enfermedades y del deterioro. Uno de los puntos fundamentales del 2012 Año del Envejecimiento Activo y la Solidaridad entre Generaciones es el de cambiar la idea de que las personas mayores son una carga pesada para las sociedades.

En el presente Dossier de la revista *Informació Psicològica* hemos querido seleccionar una serie de artículos de prestigiosos investigadores en temas de envejecimiento, aprendizaje a lo largo de la vida y cuidados al final de la vida con el objetivo de mostrar el importante papel que pueden y deben jugar los profesionales de la psicología en este momento del ciclo vital. La psicología cuenta con muchas herramientas para poder ayudar a las personas a envejecer con calidad de vida.

Jubilación activa

Ramon Bayés

Profesor Emérito de la Universidad Autónoma de Barcelona
Correo electrónico: ramon.bayes@uab.cat

resumen/abstract:

En los países occidentales la esperanza de vida se ha doblado en los últimos dos siglos y cada año sigue incrementándose el número de personas que llega a edades avanzadas en excelente estado de salud. La jubilación constituye un gran logro social; sin embargo, la jubilación en función de una edad prefijada no deja de ser, por una parte, una discriminación, y, por otra, un riesgo para el mantenimiento del poder adquisitivo de las pensiones en sociedades cada vez más envejecidas. A pesar de su dificultad es preciso fijarse como objetivo una jubilación flexible que, a la vez que dé paso a las nuevas generaciones, les permita el desarrollo de una actividad satisfactoria en función de las competencias, necesidades y motivaciones individuales. En el artículo se formulan algunas sugerencias prácticas para el ejercicio de una jubilación activa.

Life expectancy has doubled in western countries for the last two centuries and the number of people who reach an advanced age in good health is also growing each year. Retirement is a social achievement which could have negative aspects: discrimination in relation with the age of retirement itself and risk in relation with the maintenance of purchasing power in ageing societies. However, it is a must to fix as a target the flexible retirement. This target will allow new generations the opportunity to develop according to their personal competences, needs and individual motivations. In this report, practical suggestions are made in order to live an active retirement.

palabras clave/keywords:

Jubilación activa, envejecimiento activo, persona, sufrimiento, felicidad.

Active retirement, active aging, person, suffering, happiness.

Durante las últimas décadas hemos conocido importantes logros en el alargamiento de la vida humana debidos a los avances en la tecnología médica, la atención sanitaria, la prevención de epidemias, la educación, la ausencia de guerras mundiales, la disponibilidad de agua corriente y redes de alcantarillado, una alimentación de mejor calidad, etc. Los últimos datos de los que disponemos muestran que en el conjunto de los países considerados tecnológicamente más adelantados se ha conseguido una esperanza de vida media de 80 años cuando en el siglo XVIII sólo era de la mitad. De

hecho, hasta fechas recientes, se ha impuesto en la sociedad occidental una visión optimista en la lucha contra el envejecimiento y, tras ganarse muchas batallas, en algún momento incluso se ha llegado a creer que el deterioro podría ser vencido y la inmortalidad encontrarse al alcance de la mano.

Hasta que el 11 de abril de 2012 el Fondo Monetario Internacional (FMI) nos ha echado un cubo de agua fría al advertirnos, de forma clara y un tanto cruel, de algo que ya se venía cocinando desde hace años en las trastiendas de muchos gobiernos: “*el riesgo que representa que la gente viva más de*

lo esperado”. Anuncio que da cumplimiento a un chiste de El Roto aparecido en la prensa de 2008 en el que sobre el dibujo de un triste anciano con bastón, podía leerse: *“Viviréis más años, nos dijeron. Parecía una promesa pero era una amenaza”*.

El FMI, aun reconociendo que muchos países se han estado preparando para las consecuencias económicas del envejecimiento de la población, señala que sus cálculos se han basado en proyecciones demográficas que han subestimado el incremento de esperanza de vida que se estaba produciendo. El FMI nos informa, por ejemplo, que si el promedio de vida para 2050 aumentara tres años más de lo esperado, los costes del envejecimiento podrían aumentar en un 50 %. Afirma Christine Lagarde (ABC, 2012), presidenta del FMI, que *“reconocer y mitigar el riesgo de longevidad es un proceso que debe ponerse en marcha ahora. Las medidas tardarán años en dar frutos y será más difícil abordar debidamente esta cuestión si se posterga la acción colectiva”* y señala que *“si no es posible incrementar las contribuciones o subir la edad de jubilación, posiblemente será necesario recortar las prestaciones”*.

El informe del FMI subraya que este riesgo no solo afecta a los sistemas públicos de pensiones, sino que también puede repercutir en la economía global a través de las empresas privadas que ofrecen planes de jubilación y de las compañías de seguros vitalicios. En su opinión es necesario que, lo antes posible, se consiga que la edad de jubilación vaya aumentando automáticamente a la par que se incrementa la longevidad esperable, estrategia que debería ser impuesta desde los gobiernos o llevada a cabo mediante la oferta de incentivos a los ciudadanos que la posterguen. Casi simul-

táneamente a la difusión de este informe del FMI, el primer ministro sueco, Fredrik Reinfeldt (RTV.es, 2012), ha irrumpido en el foro público proponiendo directamente retrasar la edad de jubilación hasta los 75 años, lo cual ha suscitado intensas reacciones contrarias en su propio país.

¿Cómo afectará esto a España, que adolece de la tendencia (Gutiérrez-Domènech, 2006) de que las personas cesen su actividad laboral a una edad temprana, como indica la bajísima cifra de personas empleadas de edades superiores a los 55 años? Mientras que a finales de la década de los setenta, 30 de cada 100 personas mayores de 55 años estaban trabajando, en el año 2000 este porcentaje había caído a la mitad, lo cual es sorprendente tanto por la magnitud de la caída como por el hecho de que desde entonces la salud ha mejorado y la esperanza de vida se ha alargado. De hecho, como ha subrayado Antón Costas (2006a, 2006b), catedrático de política económica de la Universidad de Barcelona, la actual generación de ancianos españoles será la primera que viva 20 o 30 años como jubilados y lo mismo ocurrirá con las generaciones que seguirán. Nunca antes en nuestra historia había ocurrido un fenómeno parecido.

Al margen de la amenaza económica en ciernes que ahora nos anuncia con contundencia el FMI, ¿qué van a hacer estas personas con su tiempo? ¿qué va a hacer la sociedad con ellas?. Se trata de individuos, buena parte de los cuales desearían permanecer activos – aunque, muchas veces no sepan cómo –, con un acervo de conocimientos, habilidades y experiencia que la sociedad no debería menospreciar, y que, en estos momentos, están llegando a la edad de jubilación sin manual de instrucciones para su uso (Bayés, 2009).

¿Y para que sirve retrasar la edad oficial de jubilación si por razones diversas hasta ahora no se ha cumplido la ley, pues mientras que dicha edad era de 65 años, de hecho, la real ha sido de 62,8 los últimos años debido a las prejubilaciones, trabajadores acogidos al subsidio de paro o de incapacidad laboral o simplemente sin trabajo?

Alain Touraine (2010) defiende que antes de establecer una prolongación de la edad de jubilación es preciso conseguir que trabaje un mayor número de personas de 55 a 65 años y escribe:

“En Francia, los que llegan a la edad de la jubilación ocupando un puesto de trabajo son una minoría, aún más reducida en el caso de las mujeres. Por supuesto, hay algunos que se acogen a jubilaciones anticipadas que pueden ser favorables, pero otros se han quedado sin empleo y no reciben más que unos subsidios de paro a menudo insuficientes. ¿Por qué exigir a unos hombres y mujeres de 62 años que sigan en activo cuando la mayoría de los que tienen 58 no tienen trabajo? Es un problema tan evidente que no es posible reformar las jubilaciones sin lograr antes que los asalariados de 55 a 60 años tengan trabajo, salvo aquellos que, después de haber empezado a trabajar muy jóvenes y en actividades que requieren gran esfuerzo, tengan derecho a recibir una jubilación completa antes de los 60 años, incluso a los 55 en algunos casos”

En España, cuando en 2010 el anterior gobierno de Zapatero propició el cambio gradual de edad de jubilación de los 65 a los 67 años ya se encontró con una irascible respuesta sindical en forma de huelga general, lo mismo que había ocurrido poco antes en Francia en Octubre de 2010 al pasar la edad de jubilación de 60 a 62 años. Dudo mucho de que, a pesar de que ambas

leyes están ya en vigencia en la actualidad esta medida haya tenido hasta ahora repercusión apreciable en las edades de jubilación reales.

Por otra parte, estas reacciones de los trabajadores parecen mostrarnos algo sumamente preocupante desde el punto de vista psicológico y que los economistas y demógrafos no parecen tener en cuenta: para la mayoría de las personas el trabajo se considera algo negativo en línea con la maldición bíblica: “Ganarás el pan con el sudor de tu frente”; una carga de la que les gustaría desprenderse cuanto antes. A la mayoría de la gente no le gusta el trabajo que hace, trabaja para poder ganar dinero y cambiarlo por otras cosas o servicios. En nuestra sociedad, el trabajo, como diría probablemente Diego Gracia, no es un valor intrínseco sino intercambiable. La gente que se encuentra en paro necesita y exige trabajo a la sociedad para subsistir pero la mayoría de los que lo tienen, pasan gran parte de los días laborales no viviendo plenamente el presente sino soñando en los fines de semana y las vacaciones; es decir, lo contrario de los que nos enseña la sabiduría transmitida por todas las culturas: que lo único que tenemos es el aquí y el ahora, caigan en día festivo o no.

En nuestros días es probablemente reducido el número de personas que al llegar a la jubilación consideran al trabajo que llevan a cabo como una actividad satisfactoria; constituyen una minoría aquellos para quienes el mismo sigue siendo un juego como cuando eran niños. Más bien se está imponiendo lo contrario, como sugiere la ola de suicidios de trabajadores en France-Télécom en 2010 y 2011 debido a la imposición de condiciones laborales estresantes o la más reciente de Italia con 23 suicidios consumados de pequeños empresarios de-

bido a la crisis económica durante los cuatro primeros meses de 2012 (Ordaz, 2012). Tal vez deberíamos plantearnos la importancia de intentar conseguir que el trabajo pase a tener valor por sí mismo y sea para el hombre un motivo intrínseco de disfrute y no un mal necesario para sobrevivir, vivir con mayor confort o/y acumular cacharros.

Algunos parece que lo han conseguido. Pocos artistas, médicos, escritores, artesanos, agricultores, abogados, investigadores, banqueros, políticos, obispos y líderes sindicales desean jubilarse ¿Por qué no aprender de ellos?. Tal vez en momentos de crisis en los que impera la necesidad de supervivencia no sea el mejor momento de hacerlo pero es necesario plantearlo. Es cierto que encontrar un modelo de jubilación adaptado a los casos individuales es difícil; es también cierto que, como señala Montaigne (1580), hay que dejar espacio a las nuevas generaciones: *“haced sitio a otros como otros os lo hicieron”*. Pero difícil no significa imposible; el principal problema, para aquellos que mantienen su competencia en un trabajo que les gusta, no suele ser la remuneración económica; es el propio trabajo la fuente de felicidad. Conseguir para las personas una jubilación individual flexible es tal vez la última frontera.

La felicidad

Diego Gracia (2004), siguiendo los pasos de Aristóteles y Ortega, al igual que otros autores pertenecientes a diferentes culturas y tradiciones, nos señala que el objetivo de toda vida humana es alcanzar la felicidad, la plenitud, y que no podemos conformarnos con menos: *“Todos vamos dirigidos hacia ello – escribe – como la flecha del arquero hacia su blanco”*. Objetivo que comparten, tanto los sanos como los en-

fermos, sean niños, adolescentes o adultos; también los que están pendientes de jubilarse, los que se han (o los han) prejubilado y también los jubilados de cualquier edad, incluso aquellos ancianos que se hallan en la fase final de su existencia. Todos son, somos (incluidos el autor y quienes leen estas líneas), personas; es decir, seres en el tiempo que – con independencia de lo que piensen los economistas- aparte de generar, distribuir y consumir bienes, vivimos, sufrimos y ansiamos ser felices. Y, ya que no lo hemos hecho antes, debemos preguntarnos ahora: ¿qué es en realidad una persona?

Cierto día, un amigo le comentó al filósofo británico Gilbert Ryle (que le gustaría conocer la universidad. *“Nada más fácil – le dijo Ryle- la próxima semana sube conmigo a Oxford”*. Cuando llegó el día, Ryle presentó su amigo a profesores y alumnos, visitaron bibliotecas y laboratorios, pasearon por el campus, entraron en los college, asistieron a clases y conferencias; al terminar el día el amigo sorprendió a Ryle con la pregunta: *“Bien, pero ¿dónde está la universidad?”*. Sin profesores, estudiantes, bibliotecas, aulas, laboratorios...no existiría la universidad pero no son la universidad. La universidad pertenece a otra categoría. La universidad no es algo tangible, no es una cosa; lo que se produce fácilmente en este caso es lo que Ryle (1949) llama un error categorial.

Algo parecido pasa con la persona. La persona no es el cerebro, no es el cuerpo, no es la familia, no es el grupo con el que se comparten valores, no es el entorno físico, social y emocional, no es la lengua, no es el país. Sin estos elementos no existiría la persona pero no son la persona. Ni la persona ni la universidad tienen *“res extensa”*. La persona es una biografía en constante

evolución desde que nace hasta que muere. La persona es un viaje, siempre provisional, siempre cambiante, en busca de la felicidad y de la luz. Constituiría un grave error, tanto por parte del individuo como de la sociedad, dar el viaje por terminado al llegar a la jubilación o la vejez.

La jubilación

Cuando alguien alcanza esta etapa o momento de su vida en que se jubila (con cierta dosis de júbilo) o lo jubilan (sin júbilo alguno), su biografía no ha finalizado. Incluso, para algunos, una parte substancial de la misma tal vez no haya hecho más que empezar. Es cierto que, en el seno de una cultura que admira la juventud, la acumulación de bienes y la inmediatez hedonística, los que llegamos a la vejez solemos hacerlo, como señalan Skinner y Vaughan (1983), con el estereotipo de tacaños, reiterativos, pelmas, lentos, irritables, quejicas, olvidadizos, ineficientes o carrozas. Pero disponemos de ejemplos de personas centenarias (recordemos a la Premio Nobel de Medicina Rita Levi-Montalcini o al médico catalán Moisés Broogi) que nos muestran que este modelo negativo de anciano no refleja necesariamente una realidad universal. Nos incumbe a los que hemos llegado a la jubilación sustituir los estereotipos que nos atribuye la sociedad por otros más positivos – serenos, tolerantes, flexibles, generosos, compasivos, eficientes, no repetitivos, con sentido del humor, - demostrando con nuestro comportamiento que la vida, una vida plena y activa, puede prolongarse en bastantes casos, incluso más allá de los setenta y cinco años sugeridos, por el primer ministro sueco.

Aun admitiendo que la existencia de la jubilación constituye un innegable logro

social, la rigidez de una frontera prefijada de edad conduce inevitablemente a un café para todos, que a algunos les sabrá amargo y a otros agua teñida. En el fondo, las normativas de jubilación vigentes en muchos países occidentales equivalen a una simple discriminación por edad, tan discutible, en principio, como la discriminación por sexo, raza o religión. A pesar de su dificultad, es necesario conseguir, como antes he apuntado, un modelo de jubilación flexible capaz de adaptarse, tanto a las necesidades colectivas como a las individuales. Es preciso tener en cuenta que la variabilidad interindividual se incrementa a lo largo de la vida, lo cual supone, por ejemplo, que desde un punto de vista cognitivo, a igualdad de edad, los ancianos son menos semejantes entre sí que los jóvenes (Fernández-Balletes, 2009) y que algún día, lo más pronto posible, las “jubilaciones a la carta” deberían sustituir a las “jubilaciones-menú”

La persona es el viaje. Los profesionales sanitarios – en especial pero no únicamente, los psicólogos especializados en geriatría y gerontología - pueden hacerlo más llevadero: reduciendo las vivencias de amenaza; incrementando la percepción de recursos; utilizando la gran plasticidad del cerebro humano que permite que a cualquier edad se pueda aprender; mejorando el estado de ánimo; disminuyendo la incertidumbre; ayudando a los ancianos a deliberar en las encrucijadas difíciles y aumentando su percepción de control en el itinerario de la vida. Pero, sobre todo, no olvidando nunca que no nos relacionamos con jubilados normalizados cuyas aportaciones a la comunidad ya han terminado, sino con personas que continúan viviendo y luchando porque tienen una permanente e insaciable vocación de felicidad y plenitud.

Algunas sugerencias

Las diferencias individuales al envejecer no ocurren al azar sino que, como señala Fernández-Ballesteros (2009), “*la persona toma parte activa en su propio proceso de envejecimiento*”. Fruto de los datos aportados por diferentes investigaciones empíricas sobre el tema y mis propias reflexiones, me atrevo a ofrecer al lector jubilado, próximo a la jubilación (o a aquellos cuyos padres o abuelos se hallan en esta situación), algunas sugerencias prácticas (Bayés, 2009, 2012):

1) **Simpleifique su entorno.** Venda, regale o despréndase de lo que no usa ni tiene para Vd. un valor estético o personal relevante. (Skinner y Vaughan, 1983).

2) Explore, insista, encuentre y **practique una actividad que consiga absorberle plenamente.** Si no le gustaba, no puede o no le dejan seguir con el trabajo que hacía antes de jubilarse, busque una actividad alternativa que disfrute al hacerla. Notará que la ha encontrado – da igual que sea pintar, trabajar en una ONG, investigar, coleccionar conchas o cultivar un huerto - cuando al hacerlo sienta que el tiempo desaparece y experimente satisfacción por el hecho de llevarla a cabo (Csikszentmihalyi y Csikszentmihalyi, 1998).

3) **Enriquezca su vida** a través de contactos con colegas, amigos, jóvenes, niños, viajes, lecturas, nuevos aprendizajes, cambios, etc. que le hagan sentirse vivo e incrementen el número y calidad de sus interacciones y de sus recursos (Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan y Winblad, 2000).

4) Intente ser **apasionadamente creativo** (De Beauvoir, 1970); la vida no es repetición; es cambio.

5) Introduzca en su cotidianeidad momentos, cada vez más extensos, de **atención plena** e intente **saborear el ahora**, sea a través del Tai-chi, mirando el cielo, practicando yoga, paladeando el café o una pequeña fresa, o admirando la perfección de una simple violeta o el trino de un pájaro (Kabat-Zinn, 1990; Simón y Germer, 2011). No se sorprenda – al menos con frecuencia - sumergido en la rumiación del pasado ni en sueños inalcanzables de futuro. La estrategia para conseguir la felicidad consiste no en desear lo que nos falta sino lo que no nos falta; en aprender a disfrutar de lo que hacemos y tenemos (Comte-Sponville, 2001). De cuando en cuando recuerde esta frase, procedente de la sabiduría popular: “*Pasé la mitad de mi vida preocupándome por cosas que nunca sucedieron*”.

6) **Regálese momentos de distanciamiento** en los que observe pasar su vida tal como es, como si fuera la de otra persona. Contémpela sin juzgarla, como si estuviera en lo alto de una montaña y la viera transcurrir por el fondo del valle. Al envejecer – escribe Moisés Broogi (2008)- sucede que “*cuanto más se piensa y se medita en la vida pasada más fácil resulta la renuncia al mundo material, y la entrada en un estado de tranquila serenidad que permite (al anciano) aceptar su fin natural*”. Reflexionar sobre este hecho de vida que es la muerte, nos señalan por su parte, Séneca y Montaigne, es meditar sobre la libertad. El que ha aprendido a morir ha desaprendido a servir.

7) **Tenga siempre proyectos u objetivos realistas pendientes:** salidas con amigos, viajar, mirar las estrellas, tocar la guitarra, estudiar filosofía, hacer gimnasia, aprender a pintar, etc. Pero no condicione su felicidad a que los mismos se cumplan. Si no se

realizan, tendrá que seguir viviendo en un aquí y un ahora (Tolle, 1997). El tiempo, incluso en la jubilación, no es un pantano; es un río que fluye.

8) **Permítase**, si le gustan, **momentos de distracción superficial**, a través de crucigramas, puzzles, solitarios, juegos de ordenador, películas de acción, partidos de fútbol, ir de tiendas, charlas telefónicas intrascendentes o chats en Internet. Pero sepa que el tiempo consumido de esta forma se convertirá, una vez finalizado, en un tiempo vacío, sin nada tangible que recordar salvo la excitación del momento. Se trata de una forma de consumir el tiempo de la vida que, si utiliza artilugios electrónicos, a la vez que proporciona grandes ingresos a las multinacionales, no le acerca a los verdaderos blancos y corre el riesgo de quedar enganchado a ellos.

9) **Lea buenos libros con atención plena y vea buenas películas con una mirada activa**. El buen cine es una excelente escuela de aprendizaje de la vida. A los lectores que lo deseen, si me escriben, puedo facilitarles una lista de películas por temas (ramon.bayes@uab.cat). El cine es, por otra parte, una buena metáfora de la vida. Recuerda López Zubero (2010): *“El cine nos familiariza con dos palabras muy importantes. La primera es FIN. Las películas lo tienen y nuestras vidas también. Todo es efímero y conviene asumirlo y recordarlo de vez en cuando. La segunda es SALIDA. El film termina y todos nos encaminamos hacia la puerta señalada con esa palabra, donde hay un acomodador de negro que nos espera, vigila y cierra la puerta para que no podamos volver a entrar. Esto tampoco debemos olvidarlo. Nuestra película dura poco tiempo”*.

10) **Haga ejercicio** regularmente. Andar aunque sólo sea media hora diaria demora los síntomas del deterioro (Podewils y Guallar, 2006). Excepto en ocasiones especiales – cuando esté celebrando algo con familiares y amigos - coma frugalmente.

11) Sea **generoso** con los que le rodean. Ofrezca su tiempo, regale su vida, sea compasivo, trate de hacer felices a las personas que comparten con Vd. una historia, un tiempo y un espacio. El que se enriquecerá será Vd (Broggi, 2008).

12) Y, sobre todo, intente encontrarle **sentido a su vida** (Frankl, 1946). Aunque sea viejo, aunque se sienta débil, su vida sigue siendo valiosa. Su viaje sólo Vd. puede recorrerlo. Su biografía es única e insustituible. Y el tiempo es ahora.

Hace muchos años Oliver Wendell Holmes comentaba que *“los hombres no dejan de jugar porque se hagan viejos; se hacen viejos porque dejan de jugar”*. Los niños de 5 a 10 años que tienen una familia que cuida de ellos son felices cuando juegan porque viven intensamente el presente; no tienen pasado y el futuro no les importa. La jubilación laboral no tendría que significar para los seres humanos una frontera entre un antes que termina y un después vacío. Debemos intentar ser felices con lo que somos y tenemos en cada momento de la vida.

Referencias

ABC (2012). EL FMI aboga por aumentar la edad de jubilación y recortar las pensiones. Recuperado el 12 de abril de: <http://www.abc.es/20120411/economia/abc-recortes-jubilacion-201204111617.html>

Bayés, R. (2009). Vivir: Guía para una jubilación activa. Barcelona: Paidós.

- Bayés, R. (2012). El psicólogo que buscaba la serenidad. Sobre la felicidad y el sufrimiento (2ª ed). Barcelona: Plataforma editorial.
- Broggi, M. (2008). Reflexions d'un vell centenari. *Bioètica & Debat*, 14, nº 53, 1-20.
- Comte-Sponville, A. (2001). *Le bonheur, désespérément*. Nantes: Pleins Feux. Traducción: La felicidad, desesperadamente. Barcelona: Paidós, 2001.
- Costas, A. (2006a). Manual de instrucciones para nuevos jubilados. *El País* (Cataluña), 4 de abril, 32.
- Costas, A. (2006b). Para siempre jóvenes. *El País* (Cataluña), 17 de Octubre. 32.
- Csikszentmihalyi, M. y Csikszentmihalyi, I.S. (1998). *Psychological studies of flowing conience*. Cambridge University Press. Traducción: Experiencia óptima: Estudios psicológicos del flujo en la conciencia. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1998.
- De Beauvoir, S. (1970). *La vieillesse*. París: Gallimard.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- Frankl, V.E. (1946). *Ein psychologue erlebt das Konzentrationslager*. Traducción: El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder, 1996.
- Fratiglioni, L., Wang, H., Ericsson, K., Maytan, M. y Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*, 355, 1315-1319.
- Gracia, D. (2004). *Como arqueros al blanco*. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela.
- Gutiérrez-Domènech, M. (2006). *El empleo a partir de los 55 años*. Barcelona: "La Caixa".
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living*. Nueva York: Random House. Traducción: Vivir con plenitud las crisis (2ª ed.). Barcelona: Kairós, 2006.
- López Zubero, J.L. (2010). *Lo observé en el cine*. Florida: International Medical and Cultural Foundation
- Montaigne, M. de (1580). *Essais. Livre I*. Edición de Garnier-Flammarion, París, 1969.
- Ordaz, P. (2012). La crisis cercena vidas en Italia. *El País*, 22 de abril, 4.
- Podewils, L.J. y Guallar, E. (2006). *Mens sana in corpore sano*. *Annals of Internal Medicine*, 144 (2), 135-136.
- Tolle, E. (1997). *The power of now: A guide to spiritual enlightenment*. Vancouver: Namaste. Traducción: El poder del ahora: Una guía para la iluminación espiritual. Madrid: Gaia, 2001.
- RTV.es (2012). El primer ministro sueco propone retrasar la edad de jubilación a los 75 años. Recuperado el 12 de Abril de 2012 de: <http://www.rtve.es/noticias/20120207/primer-ministro-sueco-propone-retrasar-edad-jubilacion-75-anos/496319.shtml>
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. Nueva York: Barnes & Noble.
- Simón. V. y Germer, C.K. (2011). *Aprender a practicar la atención plena (mindfulness)*. Barcelona: Sello Editorial.
- Skinner, B.F. y Vaughan, M. (1983). *Enjoy old age*. Nueva York: Norton. Traducción: Disfrutar la vejez. Barcelona: Martínez Roca, 1986.
- Touraine, A. (2010). Las pensiones, lo fácil y lo necesario. *El País*, 10 de mayo. Recuperado el 18 de Abril de 2012 de: http://elpais.com/diario/2010/05/10/economia/1273442408_850215.html

Fecha de recepción: 30/04/2012

Fecha de aceptación: 30/10/2012

Envejecimiento óptimo: marcadores psicosociales de la evolución cognitiva en personas mayores de 80 años

M^a Dolores Calero y Elena Navarro
Universidad de Granada

resumen/abstract:

Introducción: En la fase de la vejez, el sector de población que más está creciendo en los países occidentales en los últimos años es el de los mayores de 80 años. El estudio sobre esta población supone un reto para la investigación gerontológica actual si tenemos en cuenta las importantes diferencias inter-individuales que se observan en la población anciana en general. **Objetivo:** El objetivo de esta investigación es realizar un seguimiento longitudinal de tres años de una muestra inicial de personas mayores de 80 años para analizar qué variables psicosociales de partida se asocian a las distintas trayectorias de envejecimiento, en concreto: envejecimiento óptimo, normal y patológico.

Método: En el estudio han participado un total de 132 personas con una edad media inicial de 85,76 años que fueron evaluados inicialmente con una amplia batería de evaluación psicológica que incluía una prueba de screening cognitivo, una tarea de fluidez verbal, una prueba de memoria verbal y de memoria de trabajo, una tarea atencional, pruebas de valoración de dependencia y de calidad de vida, un cuestionario de depresión y una prueba de evaluación de la plasticidad cognitiva. Se ha hecho un seguimiento a los dos años de 88 participantes y a los tres años de 69 participantes para analizar su funcionamiento cognitivo. **Resultados:** En líneas generales los datos muestran que las diferencias significativas entre las trayectorias de envejecimiento se dan en las variables que evalúan funcionamiento cognitivo ($p < 0,001$), plasticidad cognitiva ($p < 0,001$), y nivel de dependencia ($p < 0,001$) de tal manera que aquellos participantes que en los seguimientos presentan un envejecimiento óptimo son los que inicialmente partían de un mejor nivel de funcionamiento cognitivo y físico. **Conclusiones:** Los datos obtenidos nos muestran la importancia de llevar a cabo programas preventivos y de intervención en personas mayores de 80 años dirigidos a mantener adecuados niveles de funcionamiento cognitivo y físico que favorezcan el envejecimiento exitoso de la población.

Introduction: in old age, the sector of population which is growing faster in western countries is those with more than 80 years old. The study of this population suppose a challenge for gerontological investigation bearing in mind the important inter-individual differences that are observed in the elderly population in general. Objective: the aim of this investigation is to make a longitudinal follow-up of three years of an initial sample of old people older than 80-years-old in order to analyze which psychosocial variables are associated with the different paths of aging, that is, successful, normal and pathological aging. Method: A total of 132 oldest-old people have taken part in the investigation with an initial mean age of 85.76 years that where initially assessed with a wide psychological battery which included a cognitive screening test, a verbal fluency task, a verbal memory and a working memory task, an attention test, a dependency assessment scale, a Quality of Life questionnaire, and a depression scale. A follow up of 88 participants has been carried out two years later and a follow up of 69 participants has been carried out three years later in order to analyze the cognitive functioning of the sample. Results: the results show significant differences between the paths of aging in variables which assess cognitive functioning ($p < 0.001$), cognitive plasticity ($p < 0.001$) and level of dependence ($p < 0.001$) in the sense that those elderly people that show in the follow up a successful aging where the ones than in the beginning had a better level o cognitive and physical status. Conclusions: this results show the importance of carrying out preventive and intervention programs in people with more than 80-years-old in order to support good levels of cognitive and physical functioning.

palabras clave/keywords:

Personas muy mayores, envejecimiento óptimo, envejecimiento patológico, plasticidad cognitiva, estudio longitudinal.
Old-old adults, successful aging, pathological aging, cognitive plasticity, longitudinal study.

Esta investigación ha sido realizada dentro del Proyecto de Investigación I+D "Predictores psicológicos de declive cognitivo y dependencia en mayores de 75 años" financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia.

Introducción

La vejez es un periodo amplio de la vida que, debido al incremento de la esperanza de vida en los países occidentales, se puede prolongar incluso hasta los 100 años (Gunten, Ebbing, Imhof, Giannakopoulos y Kovari, 2010; James y Schneider, 2010; Whittle, Corrada, Dic, Ziegler, Kahle, Paganini y Kowas, 2007). En esta etapa nos encontramos con que en la actualidad el sector poblacional que más está creciendo es el de las personas mayores de 80 años (Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; James y Schneider, 2010) aunque a pesar de ello, la investigación gerontológica se suele centrar en personas de entre 60 y 80 años (Singer, Lindenberger y Baltes, 2003). Esta etapa de la vida genera numerosos retos tanto al individuo que tiene que enfrentarse a un amplio periodo de su vida que tradicionalmente se ha asociado con un declive físico y cognitivo, como a la sociedad. Por ello, numerosas líneas de investigación se han abierto en el ámbito de la psico-gerontología actual. En este trabajo nos centraremos en dos líneas principales de dicha investigación: los estudios que analizan las diferencias entre los llamados “ancianos jóvenes” (traducción del término inglés aceptado en la literatura científica actual de *young-old adults*) y “ancianos mayores” (traducción del término inglés utilizado en la literatura científica de *old-old adults* o *oldest-old*); y los estudios realizados sobre las distintas trayectorias vitales posibles en la vejez en donde se hace referencia a las importantes diferencias inter-individuales y se proponen tres posibilidades de envejecimiento: usual, patológico y óptimo.

En cuanto a la diferenciación entre los llamados *ancianos jóvenes* y *ancianos mayores* señalar en primer lugar que la investi-

gación actual sitúa la barrera entre ambos grupos en los 80 años ya que ésta sería la edad en la que, según el grupo de Baltes, el 50% de las personas de dicho cohorte generacional habrían muerto (Baltes, 1998; Baltes y Smith, 2003). La distinción entre ambos grupos vendría justificada por las importantes diferencias que se han encontrado entre ambas poblaciones que en términos generales hacen referencia al mantenimiento de un buen nivel de funcionamiento físico y cognitivo para el grupo de ancianos jóvenes (Olshansky y Carnes, 2001; Stern y Carstensen, 2000, Carnes y Olshansky, 2007) frente a una situación de pérdidas y declive generalizados para el grupo de ancianos mayores (Singer, Lindenberger y Baltes, 2001; Baltes y Smith, 2003). No obstante, hay autores que plantean que no es tan claro que el paso de los 80 años suponga un declive e indican que los resultados negativos encontrados en la literatura pueden deberse bien al tipo de muestras empleadas o bien al tipo de estudios realizados (Christensen, McGue, Petersen, Jeune y Vaupel, 2008). Dentro de los estudios longitudinales realizados en nuestro país podemos citar un estudio reciente de Molina et al. (Molina, Schettini, López-Bravo, Zamarrón y Fernández-Ballesteros, 2011) en el que analizan qué tipos de actividades actúan como factores protectores del declive cognitivo en un grupo de personas mayores de 90 años de los que hacen un seguimiento al año de la evaluación inicial y en el que encuentran que sólo las actividades de tipo intelectual (por ejemplo, leer periódicos, libros, realizar actividades cognitivas, etc.) son las que tienen un efecto beneficioso a la hora de proteger frente al declive cognitivo; mientras que otro tipo de actividades como las productivas (p.e., cuidar niños, hacer

manualidades o tareas del hogar), sociales (ver a amigos o familiares) o de ocio (ver la televisión, escuchar la radio o viajar) no permitieron predecir la evolución cognitiva de los mayores ya que no hubo diferencias iniciales de partida en este tipo de actividades entre aquellos ancianos que mostraban declive y aquellos que no lo hicieron en el seguimiento realizado. No obstante, los autores señalan que los datos encontrados pueden deberse al hecho de que el seguimiento ha sido realizado tras un periodo corto de tiempo por lo que plantean la necesidad de hacer seguimientos a más largo plazo para ver si los resultados continúan siendo los mismos (Molina et al., 2011). En este sentido, en dos estudios previos realizados por nuestro grupo (Calero y Navarro, 2004; Navarro y Calero, 2009) en los que analizábamos la capacidad de la plasticidad cognitiva como variable predictora de declive cognitivo en personas con y sin deterioro cognitivo con una edad media inicial de 74 años, encontramos que al año de la evaluación los participantes se mostraban estables en sus puntuaciones y que había que esperar dos años para observar declives significativos en el funcionamiento cognitivo que pudieran relacionarse con la presencia o ausencia de plasticidad inicial, lo cual hace ver la importancia de hacer seguimientos a largo plazo cuando se trabaja con población mayor.

En cuanto a las investigaciones sobre diferentes trayectorias vitales de envejecimiento, debemos señalar en primer lugar que surgen de la constatación de que el envejecimiento no es una fase de la vida caracterizada de manera universal por un declive como se ha postulado desde las perspectivas más tradicionales de la investigación gerontológica sino que existen importantes

diferencias inter e intra individuales que deben ser contempladas cuando uno se acerca a su estudio. En este ámbito es donde cabe situar la postura que ya a finales de los 80 presentan Rowe y Kahn (1987, 1997) según la cual plantean tres diferentes trayectorias vitales: envejecimiento usual, patológico y óptimo para expresar la variabilidad y heterogeneidad derivadas de las diferencias en condiciones históricas, socioeconómicas, culturales y personales del individuo (Fernández-Ballesteros, 2009). Esta propuesta viene determinada al constatar que, en la vejez, no sólo se debe hablar de envejecimiento patológico frente a no patológico, sino que dentro del grupo “no patológico” debemos diferenciar a personas con un envejecimiento normal o usual (aquellas personas sin patologías aunque con riesgo de sufrirlas) y personas con envejecimiento óptimo (alto nivel de funcionamiento y bajo riesgo de patología). Según los autores, el envejecimiento óptimo implicaría tres componentes principales: baja probabilidad de enfermedad y discapacidad, alto nivel de capacidad cognitiva y funcional, y una implicación activa con la vida (Rowe y Kahn, 1997). Sobre la modalidad de envejecimiento óptimo, se han publicado en los últimos años numerosos estudios, tanto transversales como longitudinales, que indican que un estilo de vida activo y rico a nivel mental, físico y social parecen favorecer un envejecimiento positivo. Haremos referencia aquí a dos estudios publicados en los últimos años (Britton, Shipley, Sing-Manoux y Marmot, 2008; Kyong, 2008). En la investigación de Kyong (2008) el autor identifica como predictores del envejecimiento exitoso el no tener enfermedades crónicas, tener un mayor nivel de actividad, disfrutar de un buen estado de ánimo, la ausencia de de-

terio cognitivo, mantener unas expectativas de auto-eficacia elevadas, así como un mayor nivel de implicación en actividades sociales. Por su parte, Britton et al. (2008) hacen un seguimiento longitudinal durante 17 años de un amplio grupo de hombres y mujeres que al inicio del estudio no tenían ningún problema o enfermedad y hallaron que, el mejor predictor del envejecimiento exitoso era el nivel socioeconómico del anciano, la edad, la altura (que había sido incluida en el estudio porque se había señalado como una de las variables asociadas al crecimiento prenatal y al desarrollo durante la infancia), la ocupación profesional, la educación, el abandono o el no haberse iniciado nunca en el tabaquismo, la dieta y el control de la alimentación, y el ejercicio físico mantenido (Britton et al., 2008). Otros autores han encontrado resultados similares (Michael, Colditz, Coakley y Karachi, 1999; Deep y Jeste, 2006; Rowe y Kahn, 1997; Vaillant y Mukamal, 2001) de tal manera que podemos concluir que entre las variables asociadas al envejecimiento exitoso se encuentran las siguientes: mantener estilos de vida saludables, poseer un alto nivel educativo y socioeconómico, tener un adecuado nivel de relaciones sociales, lazos sociales estrechos y un compromiso social, desarrollar actividades físicas y disfrutar de buen estado de ánimo, tener autonomía, y un buen nivel cognitivo. Otra variable asociada al envejecimiento exitoso es la plasticidad cognitiva entendida como capacidad de mejora o aprendizaje cuando una persona es expuesta a condiciones de optimización de su ejecución (Calero, Navarro, y Muñoz-Manzano, 2007; Depp, Vahia y Jeste, 2010; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, López-Brazo, Molina, Díez, Montero y Schettini, 2010). Así, podemos citar que en el estudio realizado por Calero

et al. (2007) en el que participaron un amplio número de personas mayores con una edad media de 76 años que eran evaluadas con autoinformes de estilo de vida antes y después de la jubilación y con pruebas de *screening* cognitivo y de plasticidad cognitiva, las autoras encontraron la importante influencia del nivel de actividad después de la jubilación tanto en el rendimiento cognitivo como en la plasticidad cognitiva en la vejez, de tal manera que un nivel de vida activo en la vejez, caracterizado por la realización de actividades en el hogar, actividades culturales, actividad física y relaciones sociales, garantizaba un alto nivel de rendimiento cognitivo y una mayor plasticidad cognitiva. Un dato interesante de este estudio fue que era el estilo de vida después de la jubilación (y no antes de la misma) el que determinaba el funcionamiento cognitivo y físico de la persona (Calero et al., 2007). Debemos indicar igualmente que la plasticidad cognitiva ha sido propuesta por algunos autores (Fernández-Ballesteros et al., 2007, Vance y Crowe, 2006) como el sustrato observable o conductual de la plasticidad cerebral entendida ésta como la capacidad del cerebro de cambiar su estructura y su función en respuesta a factores internos o externos (Kolb y Wishaw, 1998) de tal manera que una mayor plasticidad cerebral actuaría como factor de protección frente al deterioro cognitivo en la vejez (Vance y Crowe, 2006).

Dentro del marco teórico que acabamos de presentar, el objetivo general de la investigación que aquí se propone es la realización de un estudio longitudinal de tres años de una muestra de personas mayores de 80 años de Andalucía oriental para analizar qué variables psicosociales se relacionan con la evolución cognitiva de la población estudiada.

En concreto, pretendemos analizar qué variables psico-sociales de partida se asocian con la presencia de un envejecimiento óptimo / normal / o patológico a los dos años y a los tres años de la evaluación inicial. El seguimiento propuesto se debe al hecho comentado anteriormente de que estudios previos (Calero y Navarro, 2004, 2009) han mostrado que al año las personas mayores suelen mantenerse estables en su conjunto y que es necesario esperar periodos más amplios para encontrar cambios significativos. La hipótesis de partida planteada es que un alto nivel de funcionamiento cognitivo y de plasticidad cognitiva al inicio del estudio predecirá un envejecimiento exitoso en los seguimientos realizados a los dos y tres años de la evaluación inicial.

Participantes

En el estudio han participado un total de 134 personas con una edad media en la evaluación inicial de 85,76 (d.t. = 4,30; rango de 80 a 96 años). El 73% eran mujeres y el 27% eran hombres. En relación con el nivel educativo, sólo el 5% tenían un nivel educativo superior, el 10% medio y el 84% bajo o primario. Todos vivían en Residencias de ancianos públicas y/o privadas de las provincias de Jaén y Granada. A los dos años de la evaluación inicial se ha realizado un seguimiento de 88 ancianos y a los tres años se ha realizado una evaluación de 69 participantes. La mayoría de las pérdidas de participantes en los seguimientos realizados han sido debidas a fallecimiento (59%), traslado de residencia (18%), negativa a participar en los seguimientos (14%) o a enfermedad que imposibilitaba la evaluación (incluyendo demencia severa) (9%).

Instrumentos

La selección de los instrumentos se ha realizado teniendo en cuenta los criterios que

diversos autores (Fernández-Ballesteros et al., 2010; Rowe y Kahn, 1997) proponen a la hora de clasificar a las personas mayores respecto de su funcionamiento cognitivo, físico y social.

Pruebas de evaluación del funcionamiento cognitivo

Mini-Examen-Cognoscitivo (MEC, Lobo, Ezquerro, Gómez, Sala & Seva, 1979): Traducción y adaptación española del *Mini-Mental-State-Examination* (MMSE, Folstein, Folstein y McHugh, 1975). El MEC es un instrumento de *screening* ampliamente utilizado en la detección del deterioro cognitivo que explora de forma rápida y estandarizada un conjunto de funciones cognitivas (orientación temporo-espacial, memoria inmediata y a largo plazo, atención, cálculo, lenguaje, razonamiento abstracto y praxias) que pueden estar afectadas en personas mayores. La puntuación final obtenida en esta prueba oscila entre 0 y 35 puntos posibles (a diferencia del MMSE, cuya máxima puntuación posible es de 30 puntos), y se utiliza habitualmente como índice global y como método de seguimiento evolutivo de las funciones cognitivas en procesos como el deterioro cognitivo y la demencia habiéndose puesto de manifiesto la utilidad del MMSE (Petersen; Stevens, Ganguli, Tangalos, Cummings y DeKosky 2001; Blesa et al., 2001; Bermejo, Gómez-Isla y Morales González, 1994) y del MEC (Ripoll, 2000; Vilalta, Llinás y López-Pousa, 1996) en el diagnóstico del deterioro cognitivo leve. La validez concurrente del MEC con una amplia batería neuropsicológica ha sido demostrada en un estudio previo (Calero et al., 2000).

Tarea de Fluidez verbal semántica (FVS) (Spreeen y Strauss, 1991). Tarea simple de recuerdo de palabras de una categoría dada

que consiste en pedirle a la persona que diga tantas palabras como pueda de la categoría “animales”. El evaluador anota las palabras válidas citadas por el evaluado durante un minuto. La fluidez verbal mide principalmente la velocidad y facilidad de producción verbal (denominación y vocabulario); además, evalúa la disponibilidad para iniciar una conducta en respuesta ante una tarea novedosa (Lezak, 2004). Esta tarea de fluidez verbal se ha utilizado también como medida del funcionamiento ejecutivo, y según diversas investigaciones (Ardila, Ostrosky-Solís y Bernal, 2006; Ostrosky-Solís, Ardila y Roselli 1999) su desempeño está significativamente relacionado con el rendimiento en otras funciones cognitivas, tales como la fluidez verbal fonológica, pruebas de aritmética, información y dígitos del WAIS o con el funcionamiento cognitivo general.

Tarea de evaluación de la memoria de trabajo de Oakhill, Yuill y Parkin (1989). Tarea que mide la amplitud de la memoria de trabajo a partir de la presentación de tarjetas con tres números cada una, de manera que la persona debe leer en voz alta los números de cada tarjeta y recordar el último número ya que luego tendrá que reproducirlos una vez que se le hayan presentado las tarjetas. El número de tarjetas se va incrementando en función del rendimiento de la persona de tal manera que la tarea empieza con dos tarjetas y acaba con cinco – siempre que la persona supere las fases anteriores-. Así, si la persona es capaz de superar la serie de dos tarjetas con tres números pasaría a la serie de tres tarjetas, y así hasta la serie de cinco tarjetas. La puntuación obtenida se considera una medida de amplitud de memoria de trabajo y las puntuaciones oscilan entre 0 (si no ha sido capaz de recordar ningún ítem de la serie

de dos tarjetas) y 5 (máximo rendimiento).

Tarea de Atención Sostenida (TAS). (Calero y Salguero, 2009). Se trata de una tarea informatizada desarrollada a partir del Test de ejecución continua de Conners (1997). Consiste en una tarea de vigilancia diseñada para evaluar la atención sostenida, y en la que aparecen estímulos numéricos del 1 al 9 que son presentados aleatoriamente a intervalos de 1000 milisegundos debiéndose pulsar la barra espaciadora inmediatamente después a la aparición de la secuencia “3-6”. Los estímulos numéricos aparecen en blanco sobre un fondo negro. Existe un bloque inicial de ensayos de entrenamiento y cuatro bloques posteriores de prueba. Cada bloque experimental tiene una duración de 1 minuto y en cada uno aparece aleatoriamente la secuencia “3-6” quince veces sobre 60 secuencias posibles, siendo siempre las 45 secuencias restantes consideradas como distractores. Así, al finalizar la tarea (los cuatro bloques experimentales) habrán aparecido 60 secuencias correctas sobre un total de 240 secuencias posibles. La variable seleccionada en esta investigación ha sido el número de aciertos totales por participante (número de veces que aparece la secuencia correcta y el sujeto pulsa la barra espaciadora).

Auditory Verbal Learning Test-Potencial de Aprendizaje (AVLT-PA, Wiedl, Wienöbst & Schöttke 1999, adaptado al español por Calero, 2000): Versión del clásico test de Memoria Verbal de Rey que consiste, en su versión tradicional, en la presentación de quince palabras comunes que el participante debe repetir inmediatamente después de haberlas escuchado. En la versión de potencial de aprendizaje, la lista de palabras se presenta seis veces. Las dos primeras hacen de pretest y se sigue la forma de presenta-

ción estándar, las dos siguientes son de entrenamiento e incluyen retroalimentación sobre la ejecución, refuerzo y repetición de palabras no recordadas, y las dos últimas hacen de post-test y vuelven por ello a ser de presentación estándar. Una vez pasada la prueba y tras realizar el participante otra serie de pruebas cognitivas que actúan a modo de interferencia, al sujeto se le pide que de nuevo recuerde las palabras de la lista sin darle ninguna ayuda (recuerdo demorado). La aplicación de la prueba con el formato expuesto permite obtener distintas medidas. En esta investigación se ha trabajado con la puntuación media obtenida en los dos primeros ensayos (AVLT-PA pre) (medida de ejecución), con la puntuación de ganancia, es decir, con la diferencia entre la puntuación post-test y la puntuación pre-test (AVLT-PA ganancia), y con la puntuación de recuerdo demorado (AVLT-PA recuerdo demorado). Dicha puntuación de ganancia es indicativa de la cuantía de mejora tras la fase de entrenamiento por lo que se ha establecido en diversos estudios como medida de capacidad de aprendizaje o plasticidad cognitiva en mayores sanos y con deterioro cognitivo (Calero y Navarro, 2006, Fernández-Ballesteros et al., 2005; Navarro y Calero, 2009). La prueba ha sido validada en población anciana española similar a la que ha participado en este estudio por diversos autores (Calero y Navarro, 2006; Fernández-Ballesteros et al., 2005, 2012).

Pruebas de evaluación de la calidad de vida, el nivel de dependencia y el estado emocional

Baremo de valoración de la situación de dependencia (BVD, Ministerio de Asuntos Sociales, 2007): Para este trabajo se han

seleccionado aquellas escalas relacionadas con la dependencia en la vejez, en concreto las siguientes: valoración en comer y beber; valoración en la regulación de la micción y defecación; valoración en lavarse; valoración en otros cuidados corporales; valoración en vestirse; valoración en mantenimiento de la salud; valoración en transferencia corporal; valoración en desplazamientos dentro y fuera del hogar; y valoración de realización en tareas domésticas. En cada escala se señalan una serie de tareas y para cada una de ellas el cuidador habitual de la persona (en nuestro caso el personal auxiliar sanitario de las Residencias) debía indicar el desempeño y en el caso de necesitar ayuda el grado de apoyo personal que requerían. En este cuestionario se obtienen puntuaciones por escalas y una puntuación global con el rango 0 a 100 en donde 0 indicaría independencia total y 100 dependencia total. Los requisitos psicométricos de este baremo han sido analizados por Reed (2007).

CUBRECAVI. Cuestionario breve de calidad de vida (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007). El CUBRECAVI es un cuestionario dirigido a la evaluación multidimensional de la calidad de vida en personas mayores compuesto por 21 subescalas agrupadas en las siguientes escalas: 1) salud (subjettiva, objetiva y psíquica), 2) integración social, 3) habilidades funcionales, 4) actividad y ocio, 5) calidad ambiental, 6) satisfacción con la vida, 7) educación, 8) ingresos, y 9) servicios sociales y sanitarios. Cada subescala se evalúa mediante una o varias cuestiones y se ofrecen puntuaciones independientes para cada una de las anteriores escalas. El cuestionario ha mostrado su fiabilidad con altos índices de consistencia interna (entre 0,70 y 0,92), y ha sido validado en población española y

de varios países del sur de América (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 2007).

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Yesavage, et al. 1983): Autoinforme de 23 preguntas con alternativa cerrada de respuesta (sí/no) sobre aspectos relacionados con el estado de ánimo. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 23 estableciéndole el punto de corte en 11 de tal manera que puntuaciones de hasta 10 puntos indicarían estado de ánimo normal y a partir de 11 indicarían sintomatología depresiva. Esta escala ha mostrado alta consistencia interna (0,94) y validez concurrente con diferentes escalas de depresión: 0,84 con la de Zung y 0,83 con la de Hamilton. La prueba ha sido adaptada a población española por Izal y Montorio (1993).

Procedimiento

En primer lugar, se contactó con el equipo directivo de las Residencias de Ancianos y se les presentó el proyecto para pedir la colaboración en el estudio propuesto. Una vez que las Residencias daban su consentimiento se les pedía que hicieran una selección de personas que cumplieran los siguientes requisitos: tener una edad igual o superior a los 80 años, no padecer enfermedades relevantes o limitaciones físicas y/o psíquicas que impidieran las evaluaciones necesarias para el estudio y presentar una puntuación en MEC superior a 15 puntos para descartar así personas con demencia. Este punto de corte se tomó teniendo en cuenta un estudio previo realizado por nuestro grupo (Calero et al., 2000) en el que constatamos que debido al bajo nivel educativo general de la población andaluza con edades superiores a 80 años, la máxima sensibilidad y especificidad diagnóstica para la demencia de esta prueba se situaba

en el punto de corte “menor de 16”. Una vez seleccionados los participantes, cada uno era informado de manera individual de los objetivos del trabajo y de la evaluación a realizar para que éstos, si querían, dieran su consentimiento informado. La evaluación ha sido llevada en todos los casos por psicólogos experimentados. En la evaluación inicial se realizaban dos sesiones de 1 hora de duración máxima cada una. En la primera sesión se pasaba un cuestionario de datos personales, el MEC, y la prueba AVLT-PA. En la segunda sesión se pasaban el resto de pruebas cognitivas (tarea de fluidez verbal, prueba de memoria de trabajo, y tarea de atención sostenida), la escala Yesavage, y el CUBRECAVI. Las evaluaciones realizadas en los seguimientos implicaron una evaluación de 20-30 minutos aproximadamente.

Los participantes en el estudio han sido clasificados en tres grupos en función de las puntuaciones obtenidas en las pruebas de evaluación vistas en el apartado de instrumentos de evaluación utilizando los criterios que diferentes estudios determinan para cada grupo (Fernández-Ballesteros et al., 2010). En la evaluación inicial el grupo de envejecimiento óptimo estuvo formado por 57 ancianos que presentaban: independencia, alto nivel cognitivo (MEC por encima de 27 puntos), satisfacción con la vida, salud objetiva y subjetiva y compromiso social y productivo (Fernández-Ballesteros et al., 2007). El grupo de envejecimiento normal estuvo formado por 46 ancianos con MEC entre 20-26, autonomía y moderadas o altas puntuaciones en salud y satisfacción con la vida, y el grupo de envejecimiento patológico estuvo formado por 31 ancianos con MEC por debajo de 20, quejas de memoria y menores habilidades funcionales

no asociadas a alteración psicopatológica o déficit sensorial importante siguiendo criterios de Petersen (2000). En el seguimiento realizado a los dos años encontramos que 29 ancianos presentan envejecimiento óptimo, 36 envejecimiento normal, y 23 envejecimiento patológico. En el seguimiento realizado a los tres años encontramos que 21 ancianos presentan envejecimiento óptimo, 23 envejecimiento normal, y 25 envejecimiento patológico.

Diseño y análisis estadístico

El diseño seguido ha sido un diseño longitudinal. Se han realizado ANOVAS entre los grupos en los tres momentos de evaluación, comparando las medias en las diferentes variables evaluadas en el inicio.

Resultados

Teniendo en cuenta que el objetivo general de este estudio era determinar qué variables psicosociales de partida se relacionan con la evolución cognitiva de la muestra estudiada, se han analizado en primer lugar las puntuaciones medias obtenidas por los participantes en las distintas pruebas utilizadas en la evaluación inicial en función de su pertenencia al grupo de personas con envejecimiento óptimo, normal o patológico y la presencia o no de diferencias significativas entre grupos en los tres momentos temporales de la evaluación (ver tablas 1 y 2). Como se puede observar en la tabla 1, el ANOVA realizado entre los tres grupos (óptimo, normal y patológico) muestra que tanto en la evaluación inicial como en los seguimientos realizados no hay diferencias significativas entre los tres grupos en edad. No obstante, sí aparecen diferencias significativas entre los tres grupos en la evaluación inicial en todas las variables que evalúan funcionamiento

cognitivo siendo en todos los casos el grupo de envejecimiento óptimo el que obtiene puntuaciones más altas. Estas diferencias se mantienen en los seguimientos a los dos y tres años en todas las variables excepto en atención. En las distintas evaluaciones, los análisis *post hoc* muestran que las diferencias significativas se dan entre el grupo de mayores con envejecimiento óptimo y los otros dos, y en concreto en AVLT-PA pre, AVLT-PA recuerdo demorado, memoria de trabajo y fluidez verbal las diferencias son significativas entre los tres grupos. En general, se puede apreciar un mantenimiento de las puntuaciones medias dentro de cada grupo en las tres evaluaciones realizadas de tal manera que los ancianos que en los seguimientos realizados se mantienen dentro del grupo de envejecimiento óptimo son aquellos que inicialmente partían de altos niveles de funcionamiento cognitivo, mientras que los que son clasificados en los seguimientos como con envejecimiento patológico son los que inicialmente parten de puntuaciones más bajas en las variables cognitivas evaluadas.

En la tabla 2 se presentan los datos obtenidos en relación con las variables de calidad de vida evaluadas a partir del CUBRECA-VI, el baremo de dependencia y la medida de depresión. En relación con estas variables, los resultados muestran que en la evaluación inicial existen diferencias significativas en la medida de depresión, salud, nivel educativo y dependencia de tal manera que las personas del grupo patológico son los que muestran una puntuación más alta en depresión y presentan una mayor dependencia. En la evaluación inicial, los análisis *post hoc* realizados, muestran que las diferencias en dependencia se dan entre el grupo de envejecimiento patológico y

los otros dos. En los seguimientos realizados dichas diferencias sólo se mantienen en la variable dependencia de tal manera que los mayores que en los seguimientos presentan un envejecimiento patológico son aquellos que inicialmente presentan niveles

más altos en dicha variable. El resto de las variables analizadas no parece en este caso influir en la evolución cognitiva de los mayores evaluados ya que en ninguna de ellas se aprecian diferencias de partida que puedan relacionarse con las distintas trayecto-

Tabla 1. Puntuaciones medias y ANOVAS de los tres grupos de ancianos en las evaluaciones realizadas en la variable edad y en las medidas de funcionamiento cognitivo.

Variables		1ª	evaluación	2ª	evaluación	3ª	evaluación
		M (d.t.)	F	M (d.t.)	F	M (d.t.)	F
Edad	O	85,68 (4,30)	0,326	86,58 (4,68)	1,167	86,71 (4,9)	0,643
	N	85,50 (4,26)		85,05 (3,61)		85,35 (3,94)	
	P	86,29 (4,36)		86,04 (4,03)		85,89 (4,09)	
MEC	O	30,10 (2,34)	371,850**	29,89 (3,36)	58,99**	30,15 (3,11)	27,585**
	N	23,47 (2,04)		25,80 (3,58)		25,74 (3,49)	
	P	15,52 (2,99)		18,22 (4,82)		20,32 (6,26)	
M. Trabajo	O	2,16 (0,88)	21,593**	2,17 (0,86)	18,398**	2,00 (0,91)	7,979**
	N	1,34 (0,99)		1,48 (0,99)		1,83 (1,01)	
	P	0,91 (0,85)		0,63 (0,84)		0,94 (1,00)	
Fluidez	O	13,00 (2,22)	26,086**	13,12(4,23)	11,938**	13,61(4,07)	17,788**
	N	10,71(3,00)		10,84(3,54)		10,67(3,54)	
	P	5,88(2,64)		8,04(3,79)		8,45(3,72)	
Atención	O	38,58 (14,61)	3,385*	37,32 (13,51)	1,345	34,39 (15,25)	0,076
	N	32,63 (11,75)		35,37 (14,51)		36,01 (13,64)	
	P	31,85(15,19)		30,75(15,99)		34,68(15,79)	
AVLT-PA Pre	O	4,29 (1,11)	22,607**	4,29 (1,09)	12,952**	4,47 (1,17)	10,481**
	N	3,36 (1,37)		3,34 (1,35)		3,73 (1,26)	
	P	2,50 (1,57)		2,56 (1,19)		2,82 (1,19)	
AVLT-PA ganancia	O	4,25 (2,26)	11,545**	4,15 (1,95)	5,972*	4,62 (2,02)	5,670**
	N	3,21 (2,00)		3,57 (2,45)		3,61 (2,61)	
	P	2,11 (1,52)		2,15 (1,69)		2,42 (1,96)	
AVLT-PA R.demorado	O	7,16 (3,87)	24,465**	6,80 (3,38)	14,589**	7,54 (4,07)	9,688**
	N	3,48 (2,73)		4,50 (3,12)		4,50 (3,24)	
	P	1,06 (1,29)		1,47 (2,21)		2,13 (2,29)	

O: óptimo; N: normal; P: patológico.

** $p < ,001$; * $p < ,05$

Tabla 2. Puntuaciones medias y ANOVAS de los tres grupos de ancianos en las evaluaciones realizadas en la variable depresión, escalas de calidad de vida del CUBRECAVI y nivel de dependencia.

Variables		1 ^a	evaluación	2 ^a	evaluación	3 ^a	evaluación
		M (d.t.)	F	M (d.t.)	F	M (d.t.)	F
Depresión	O	8,68 (5,59)	8,553**	8,07 (4,21)	1,606	7,86 (4,55)	0,512
	N	8,37 (5,58)		8,25 (6,34)		9,56 (6,27)	
	P	13,49 (6,66)		10,78 (7,35)		8,84 (5,74)	
Salud	O	3,06 (0,45)	4,025*	3,10 (0,43)	0,640	3,06 (0,47)	0,120
	N	3,01(0,50)		3,05 (0,49)		2,99 (0,53)	
	P	2,75 (0,58)		2,94 (0,59)		3,04 (0,50)	
Integración Social	O	2,22 (0,51)	1,248	2,15 (0,59)	0,227	2,11 (0,64)	0,090
	N	2,07 (0,47)		2,10 (0,52)		2,08 (0,59)	
	P	2,10 (0,52)		2,05 (0,60)		2,15 (0,49)	
H. Funcionales	O	2,93 (0,80)	2,733	2,99 (0,69)	0,919	2,92 (0,65)	0,671
	N	2,68 (0,96)		2,70 (0,92)		2,73 (0,97)	
	P	2,48 (0,95)		2,78 (0,95)		2,63 (0,89)	
Actividad Ocio	O	2,03 (0,48)	0,886	2,12 (0,53)	0,925	2,10 (0,55)	0,709
	N	2,05 (0,46)		1,97 (0,36)		1,95 (0,35)	
	P	1,91 (0,43)		2,02 (0,42)		2,02 (0,35)	
Calidad Ambiental	O	22,96 (0,29)	2,116	2,98 (0,23)	0,711	2,91 (0,18)	0,610
	N	2,91 (0,46)		2,89 (0,51)		2,91 (0,39)	
	P	3,09 (0,37)		3,02 (0,34)		3,02 (0,46)	
Satisfacción Vida	O	2,94 (0,85)	2,364	3,03 (0,82)	0,968	2,86 (0,91)	1,109
	N	2,88 (0,87)		2,77 (0,86)		2,60 (0,83)	
	P	2,53 (0,86)		2,72 (1,05)		2,98 (0,96)	
N. Educativo	O	1,21 (0,94)	6,120*	1,17 (0,94)	2,721	1,16 (0,94)	0,985
	N	0,73 (0,46)		0,85 (0,86)		0,83 (0,73)	
	P	0,82 (0,65)		0,65 (0,58)		0,87 (0,91)	
Serv. Sociales	O	2,96 (0,59)	1,701	3,08 (0,46)	1,989	2,97 (0,48)	0,015
	N	3,13 (0,44)		3,04 (0,59)		3,00 (0,56)	
	P	2,95 (0,51)		2,79 (0,55)		2,99 (0,63)	
Dependencia	O	11,28 (12,22)	21,872**	10,72 (12,62)	5,548*	7,99 (8,09)	10,911**
	N	19,11 (16,13)		17,39 (13,43)		13,05 (10,65)	
	P	34,48 (14,09)		23,87(16,97)		24,53 (16,26)	

O: óptimo; N: normal; P: patológico.

** p< ,001; * p< ,05

rias de envejecimiento que se observan a los dos y a los tres años.

En último lugar hemos realizado un análisis cualitativo del grupo de mayores que en el seguimiento a los tres años muestran un envejecimiento óptimo (21 personas) y aquellos que presentan un envejecimiento patológico (25 personas). En concreto, hemos analizado qué porcentaje de los mismos en la evaluación inicial eran hombres o mujeres, su estado civil, el nivel educativo, la capacidad de aprendizaje o plasticidad cognitiva evaluada a partir de la puntuación de ganancia en el AVLT-PA, su estatus de dependencia y su clasificación inicial como ancianos con envejecimiento

óptimo, normal o patológico. Tal y como se muestra en la tabla 3, los datos encontrados muestran que en las variables sexo, estado civil y nivel educativo no hay diferencia en porcentajes en la evaluación inicial entre los ancianos que a los tres años presentan un envejecimiento óptimo versus patológico. No obstante, sí se aprecian diferencias importantes de partida entre aquellos que acaban presentando un tipo u otro de envejecimiento en las variables estado inicial, plasticidad cognitiva y nivel de dependencia de tal manera que la mayoría de los mayores que a los tres años presentan un envejecimiento óptimo son aquellos que inicialmente tenían una mejor ejecución cognitiva, una mayor plasticidad cognitiva

Tabla 3. Análisis cualitativo de variables de partida en ancianos que en el seguimiento a los tres años presentan un envejecimiento óptimo y patológico

Variables en evaluación inicial	Ancianos envejecimiento óptimo tercer año	Ancianos envejecimiento patológico tercer año
Hombres/mujeres	19% -- 81 %	15%-- 85%
Estado civil	80 % viudos	85 % viudos
Niveles educativos	70% sin estudios	70% sin estudios
Estado inicial	90 % óptimo	7,7 % óptimo, 77 % patológico
Plasticidad cognitiva	62% con alta plasticidad (AVLT-PA ganancia: media: 4,25; d.t.: 2,26)	33 % con plasticidad (AVLT-PA ganancia: media: 2,11; d.t.: 1,53)
Independiente/dependientes	47,6% -- 9,5%	5% -- 92%

y eran más independientes en la vida diaria.

Discusión

El objetivo general de la investigación aquí propuesta era analizar qué tipo de variables psico-sociales permitían predecir o se relacionaban con las distintas trayectorias de envejecimiento propuestas inicialmente por Rowe y Kahn (1997) en una muestra

de mayores de 80 años. Este objetivo se planteó ante la necesidad de profundizar en el estudio de variables implicadas en la evolución cognitiva en la vejez en el sector de personas de más de 80 años que es el que más está creciendo en los últimos años en los países occidentales (Gwozdz y Sousa-Poza, 2010; James y Scheneider, 2010). En este caso, se planteó realizar un estudio longitudinal de una muestra inicial

de personas mayores con una edad media inicial de 85,76 años de Granada y Jaén a los que se reevaluó a los dos años y a los tres años. En el estudio que aquí se ha desarrollado se propuso una evaluación inicial amplia que implicaba distintas pruebas de funcionamiento cognitivo, de calidad de vida, de dependencia y de estado emocional, y un seguimiento a tres años para ver en qué medida estas variables iniciales se relacionaban o no con el hecho de que los ancianos mantuvieran en los seguimientos un nivel de rendimiento físico y cognitivo que hiciera que fueran considerados como con envejecimiento óptimo, normal o patológico. Los resultados encontrados nos han permitido establecer las siguientes conclusiones: en primer lugar, que las diferencias significativas entre grupos se dan en las variables que evalúan funcionamiento cognitivo, plasticidad cognitiva, y nivel de dependencia. Así, observamos cómo, los integrantes de cada uno de los tres grupos ya se diferenciaban entre sí en la evaluación inicial en variables relacionadas con el funcionamiento cognitivo (excepto en el caso de la atención sostenida), la plasticidad cognitiva y el nivel de dependencia de tal manera que los que presentan un envejecimiento óptimo en los seguimientos son los que inicialmente partían de un mejor nivel de funcionamiento cognitivo y físico. En este caso, se observan trayectorias vitales que se mantienen en términos generales estables en el tiempo. No obstante, no se observan diferencias significativas entre grupos que permitan establecer predicciones de la evolución cognitiva de los participantes en las variables edad, nivel educativo, depresión, o en los apartados de calidad de vida evaluados por el CUBRECAVI. En este caso, los datos estarían en la línea de los encontrados por Molina et al. (2012)

que encuentran que son las variables intelectuales las que permiten predecir la evolución cognitiva, si bien en el caso de dicho estudio el seguimiento se realiza en torno al año de la evaluación inicial. Es quizá destacable, puesto que no va en la línea de otros estudios que señalan el papel de la educación como variable protectora contra el declive o la demencia (Vance y Crowe, 2006), el hecho de que aunque de partida haya diferencias significativas entre grupos en la variable nivel educativo de tal manera que el grupo de envejecimiento óptimo es el que presenta un nivel más alto en esta variable, este hecho no puede ser asociado a la evolución de los ancianos ya que no se aprecian diferencias significativas entre los tres grupos en nivel educativo en los seguimientos realizados. Este resultado, sí es coherente, no obstante, con recientes estudios que muestran una ausencia de asociación entre nivel educativo y el declive cognitivo en la vejez (Glymour, Tzourio y Dufouil, 2012; Sharret, 2012) y que cuestiona la hipótesis generalmente aceptada de que un alto nivel educativo se asocia de manera consistente con una menor incidencia de demencia (Vance y Crowe, 2006).

Por otra parte, los resultados encontrados nos han mostrado – ya desde una perspectiva más cualitativa – que si nos centramos en el grupo de mayores que a los tres años de la evaluación inicial pertenecen a los grupos de envejecimiento óptimo y patológico, observamos cómo existen diferencias entre ambos grupos en variables como estado cognitivo inicial, plasticidad cognitiva y nivel de dependencia de tal manera que la mayoría de ancianos que a los tres años presentan un envejecimiento óptimo son aquellos que inicialmente tenían mayor plasticidad cognitiva, eran más indepen-

dientes en la vida diaria y tenían un mejor nivel de funcionamiento cognitivo. Esto de nuevo nos muestra que las trayectorias se mantienen relativamente estables y también corroboran estudios previos en los que veíamos que la plasticidad cognitiva precedía declive cognitivo (Calero y Navarro, 2004; Navarro y Calero, 2009). En concreto, en el primero de estos estudios (Calero y Navarro, 2004) las autoras mostraron que a los dos años de la evaluación inicial las personas mayores clasificadas inicialmente como con plasticidad cognitiva no mostraban un declive significativo mientras que las clasificadas inicialmente como sin plasticidad sí mostraron un declive significativo a los dos años. Resultados similares se encontraron en un estudio posterior (Navarro y Calero, 2009) en el que con una muestra más amplia de participantes y con un seguimiento de tres años se encontraron en primer lugar diferencias significativas en plasticidad asociadas a la edad y al estatus cognitivo de tal manera que las personas mayores sanas y menores de 80 años fueron las que obtuvieron puntuaciones más altas en plasticidad, y en segundo lugar que aquellos que inicialmente eran clasificados como con baja plasticidad mostraban un declive significativo a los dos y tres años de la evaluación inicial de tal manera que presentaban en dichos seguimientos puntuaciones indicativas de demencia, lo cual lleva a las autoras a plantear que la plasticidad cognitiva podría ser tomada como un indicador o marcador individual del curso de la patología o del declive cognitivo en la vejez (Navarro y Calero, 2009).

En definitiva, la principal contribución de los datos que aquí se muestran es el poder establecer a partir de una evaluación inicial amplia qué mayores tienen más o menos probabilidad de presentar una evolución a largo plazo positiva (envejecimiento óptimo y/o normal) o negativa (envejecimiento

patológico). Desde nuestro punto de vista, la investigación aquí presentada es relevante por dos motivos: en primer lugar porque los estudios longitudinales en población mayor de 80 años son escasos en nuestro país, y en segundo lugar porque el poder establecer variables asociadas a distintas trayectorias vitales nos permite poner en marcha programas preventivos que fomenten el envejecimiento exitoso y programas de intervención dirigidos a mejorar el funcionamiento cognitivo y físico de personas mayores que potencialmente se encuentran en situación de riesgo para incrementar su independencia en la vida diaria y su nivel de actividad que permitan revertir – al menos hasta un cierto grado – el llamado envejecimiento patológico. En este ámbito, podemos señalar que estudios recientes (Kraft, 2012) indican la importancia de programas de intervención multimodales para mantener buenos niveles de funcionamiento cognitivo y físico en la vejez.

En cuanto a las limitaciones del estudio señalar principalmente las relacionadas con las características de la muestra que por su procedencia, tamaño, y lugar de residencia pueden no ser representativas de la población general anciana mayor de 80. Por este motivo nuevos estudios se hacen necesarios para confirmar los datos aquí encontrados. En concreto pensamos que sería necesario ampliar la muestra de esta investigación con personas mayores de 80 años que vivan en sus casas al igual que sería interesante evaluar a personas de otros lugares de la geografía española.

Referencias

- Ardila, A., Ostrosky-Solis, F. y Bernal, B. (2006). Cognitive testing toward the future: The example of Semantic Verbal Fluency (ANIMALS). *International Journal of Psychology*, 41, 324-332.

- Baltes, M. (1998). The psychiatry of the oldest-old: the Fourth Age. *Current Opinion in Psychology*, 11, 411-415.
- Baltes PB, 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.
- Bermejo, F, Gómez-Isla T, Morales González J. (1994). El Mini-Mental State Examination en la evaluación del deterioro cognitivo y la demencia. En: T. Del Ser Quijano, y J. Peña-Casanova (eds.). *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. J.R. Prous Editores. (pp. 93-109).
- Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertrán, I., Hernández, G., Sol., Peña-Casanova, J. (2000). Clinical validity of the "mini-mental state" for spanish speaking communities. *Neuropsychologia*, 39, 1150-1157.
- Britton, A., Shipley, M., Singh-Manoux, A. y Marmot, M.G. (2008). Successful aging: the contribution of early-life and midlife risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56, 1098-1105.
- Calero, M.D., Navarro, E., Robles, P., García-Berbén, T. (2000). Estudio de validez del Mini-Examen-Cognitivo de Lobo et al para la detección del deterioro cognitivo asociado a demencias. *Neurología*, 15, 337-342.
- Calero, M.D. y Salguero, A. (2008). TAS: Tarea de Atención Sostenida. Granada: Sinder.
- Calero, M.D., y Navarro, E. (2004). Relationship between plasticity, mild cognitive impairment and cognitive decline. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 653-660.
- Calero, M.D. y Navarro, E. (2006). *La plasticidad cognitiva en la vejez: técnicas de evaluación e intervención*. Barcelona: Octaedro.
- Calero, M.D., Navarro, E., y Muñoz-Manzano, L. (2007). Influence of level of activity on cognitive performance and cognitive plasticity in elderly persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45, 307-318.
- Carnes, B., y Olsharsky, S. (2007). A realist view of aging, mortality and future longevity. *Population Development Review*, 33, 367-381.
- Christensen, K., McGue, M., Petersen, I., Jeune, B., y Vaupel, JW. (2008). Exceptional longevity does not result in excessive levels of disability. *Proc Natl Acad Sci USA*, 105, 13274-79.
- Conners, C.K. (1997). *Conners' Rating Scales-Revised*. Toronto: Multi-Healtt Systems.
- Depp, C.A. y Jeste, D. (2006). Definitions and predictors of successful aging: a comprehensive review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20.
- Depp, V., Vahia, I., y Jeste., D. (2010). Successful Aging: Focus on Cognitive and Emotional Health. *Annual review of Clinical Psychology*, 6, 526-550.
- Gunten, A., Ebbing, K., Imhof, A., Giannakopoulos, P., y Kovari, E. (2010). Brain aging in the oldest-old. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. DOI:10.1155/2010/358531
- Gwozdz, W. y Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97, 397-417.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la Psicología*. Madrid, Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Y Tárraga, L. (2005). Learning potential: a new method for assessing cognitive impairment. *International Psychogeriatrics*, 17, 119-128.
- Fernández-Ballesteros, R. Y Zamarrón, M. D. (2007). *Cubrecavi. Cuestionario breve de calidad de vida*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández-Ballesteros, R., Cruse, A. Zamarrón, M.D., y Caparara, M.G.. (2007). Quality of life, Life Satisfaction, and Positive Ageing. En: R. Fernandez-Ballesteros. (Ed) *GeroPsychology. European Perspectives for an Ageing World*. Göttingen, Germany: Hogrefe and Huber (pp.95-123).
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Calero M.D., y Tárraga L. (2007). Cognitive plasticity and cognitive impairment. En: R. Fernandez-Ballesteros. (Ed) *GeroPsychology. European Perspectives for an Ageing World*. Göttingen, Germany: Hogrefe and Huber (pp.145-164).
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., López-Brazo, M.D., Molina, M.A., Díez, J., Montero, P., y Schettini, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22, 4, 641-647.
- Fernández-Ballesteros, R., Botella, J., Zamarrón, M.D., Molina, M.A., Cabras, E., Schettini, R., y Tárraga, L. (2012). Cognitive plasticity in normal and pathological aging. *Clinical Interventions in Aging*, 7, 15-25.
- Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. (1975). Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12, 189-98.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., y Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *Lancet Neurology*, 3, 343-353.
- Glymour, M., Tzourio, C., y Dufouil, C. (2012). Is Cognitive Aging Predicted by One's Own or One's Parents' Educational Level?. Results from the Three-City Study. *American Journal of Epidemiology*, 175, 750-759.
- Izal, M., y Montorio, I. (1993). Adaptation of the of the Geriatric Depression Scale in Spain. *Clinical Gerontologist*, 13, 2, 83-91.
- James, B., y Schneider, J. (2010). Increasing incidence of dementia in the oldest-old. Evidence and implications. *Alzheimer's Research and Therapy*, 2,4.

- Kraft, E. (2012). Cognitive function, physical activity, and aging: possible biological links and implications for multimodal interventions. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn*, 19, 248-63.
- Kyong, S. (2008). Overall successful aging: its factorial structure and predictive factors. *Asian Social Work and Policy Review*, 2, 61-74.
- Kolb, B., y Whishaw, I. (1998). Brain plasticity and behavior. *Annual Review of Psychology*, 49, 43-64.
- Lezak, M.D. (2004). *Neuropsychological assessment*. Fourth Edition, Oxford University Press.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez, F., Sala, J.M., y Seva Diaz, A. (1979). El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 7, 189-201.
- Lövdén, M. y Lindenberger, U. (2005). Development of intellectual abilities in old age: from age gradients to individuals. En: O. Wilhelm y R. Engle (eds.). *Understanding and measuring intelligence*. Thousand Oas, CA: Sage. (pp. 203-221)
- McLaughlin, S., Connell, C., Heeringa, S., Li, W., y Roberts, J.S. (2010). Successful Aging in the United States: Prevalence Estimates From a national Sample of Older Adults. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 65, 216-226.
- Michael, Y.L., Colditz, G.A., Coakley, E. y Kawachi, I. (1999). Health behaviors, social networks and healthy aging: cross-sectional evidence from the Nurses' Health Study. *Quality of Life Research*, 8, 711-722.
- Molina, M.A., Schettini, R., López-Bravo, M.D., Zamarrón, M.D. y Fernández-Ballesteros, R. (2011). Actividades cognitivas y funcionamiento cognitivo en personas muy mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 46, 297-302.
- Navarro, E., y Calero, M.D. (2009). Estimation of cognitive plasticity in old adults using dynamic assessment techniques. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 8, 38-51.
- Oakhill, N, Yuill, J. y Parkin, A. (1989). Working memory, comprehension ability and the resolution of text anomaly. *British Journal of Psychology*, 80, 351-361.
- Olshansky, S., Carnes, B., Désesquelles, A. (2001). Prospects for longevity. *Science*, 291, 1491-1492.
- Ostrosky, F., Ardila, A., y Rosselli, M. (1999). "Neuropsi": A brief neuropsychological test battery in Spanish with norms by age and educational level. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5, 413-433.
- Petersen, R.C. (2000). Mild cognitive impairment: transition between aging and Alzheimer's disease. *Neurología*, 15, 93-101.
- Petersen, R.C., Stevens, MD., Ganguli, M., Tangalos, E., Cummings, J., y DeKosky, S. (2001). Early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review). *Neurology*, 56, 1133-1142.
- Redd, G. (2007) Análisis preliminar del "instrumento" de valoración de la dependencia del instituto de envejecimiento de la uab. *Infocop*, 31. <http://www.cop.es/index.php?page=Infocop-numeros>
- Reichstadt, J., Sengupta, G., Depp, C., Palinkas, L. y Jeste, D. (2010). Older Adults' Perspectives on Successful Aging: Qualitative Interviews. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 567-575.
- Ripoll, A. (2000) Detección precoz del deterioro cognitivo. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 1, 4-9.
- Rowe, J., y Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Rowe, J., y Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Sharret, A.R. (2012). Is Cognitive Aging Predicted by Educational Level? *American Journal of Epidemiology*, 175, 760-761.
- Singer T, Lindenberger U, y Baltes PB. (2003). Plasticity of Memory for New Learning in Very Old Age: A Story of Major Loss?. *Psychol Aging*; 18, 306-317.
- Spreen O, y Strauss E. (1991). *A compendium of neuropsychological test*. New York: Oxford University Press;
- Stern, P., y Cartensen, L.(2000). *The aging mind: opportunities in cognitive research*. Washington, National Academy Press.
- Vaillant, G.E. y Mukamal, K.M. (2001). Successful aging. *American Journal of Psychiatry*, 158, 839-847.
- Vance, D., y Crowe, M. (2006). A proposed model of neuroplasticity and cognitive reserve in older adults. *Activities, Adaptations and Aging*, 30, 61-79.
- Vilalta, J., Llinás, S., López-Pousas, A., Amiel, J., y Vidal, C. (1990). CAMDEX. Validación de la adaptación española. *Neurología*, 5, 117-120.
- Vilalta, J., Llinás, J., López-Pousa, S. (1996). The Mini Cognitive Examination for screening in epidemiologic studies of dementia. *Neurology*, 11, 166-169.
- Whittle, C., Corrada, M., Dick M., Ziegler, R., Kahle-Wroblewski, K., Paganini-Hill A., y Kawas C. (2007). Neuropsychological data in nondemented oldest old: The 90+ Study. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 29, 290-299.
- Wiedl, K.H., Wienöbst, J., Schöttke, H. (1999). Estimating rehabilitation potential in schizophrenic subjects. En: H.D. Brenner, W. Boker, y R. Gennes, (Eds). *The treatment of schizophrenia: status and emerging trends*. Benn: Hografe y Hunber.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., y Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 7, 37-49.

Fecha de recepción: 29/07/2012
Fecha de aceptación: 30/10/2012

Vivir dignamente hasta el final

Dra. Gloria Saavedra Muñoz

Psicóloga Clínica. Hospital La Magdalena. Cuadra Collet, 32 (Partida Bovalar).12004. Castellón

Dra. Pilar Barreto Martín

Catedrática de Psicología Clínica. Universidad de Valencia. Blasco Ibáñez, 21. 46010. Valencia

resumen/abstract:

Los cuidados al paciente anciano al final de la vida requieren un abordaje especializado que se adecúe a las características diferenciales de esta población. La atención específica a las necesidades que presenten, así como a las de las personas de su entorno permitirá desterrar las actitudes nihilistas que con frecuencia han impregnado la atención a las personas mayores. En el presente trabajo repasamos aquellos aspectos que pueden facilitar el bienestar del paciente mayor al final de la vida: el soporte emocional, la promoción de salud, la atención al deterioro cognitivo y a las psicopatologías que pueden aparecer, así como el acompañamiento en la agonía y a sus seres queridos.

End of life elderly patient's care require a specialized approach that involves the different characteristics of this population. Specific attention needs, as well as attending the people around will avoid the often nihilistic attitudes that have been held along the care of elders. In this paper we review those aspects that can facilitate greater patient comfort in an end of life context: emotional support, health promotion, care to cognitive impairment and psychopathologies that may occur. Agony accompanying and the support of their loved ones are also important for this proposal.

palabras clave/keywords:

Cuidados paliativos, paciente anciano, counselling, intervención psicológica.

Palliative care, elderly patient, counselling, psychological intervention.

Introducción

Los cuidados paliativos son un sistema de cuidado que utiliza una aproximación multidisciplinar para abordar las cuestiones médicas, psicológicas, sociales y espirituales que surgen en el tratamiento de los pacientes que se encuentran al final de su vida (Rousseau, 1995).

Las diversas definiciones de los cuidados paliativos, incluida la propuesta por la OMS (Doyle, Hanks y MacDonald, 1993; Rousseau, 1995; OMS, 1987) tienen en común varios aspectos: se ocupan de pacientes cuya enfermedad no responde a trata-

mientos curativos; el objetivo primordial es la mejora del bienestar o de la calidad de vida, promoción de confort y, sobre todo, la disminución del sufrimiento; para conseguir ese objetivo se hace hincapié en el control de síntomas físicos y de aspectos psicológicos, sociales y espirituales, considerando por lo tanto, la necesidad de una atención integral; por esta razón se considera necesaria la atención multidisciplinar; los tres protagonistas de la situación paliativa, esto es, aquellos a los que hay que dirigir las intervenciones, son el paciente, sus familiares o personas allegadas y el equipo terapéutico.

El hecho de que el desarrollo de los cuidados paliativos históricamente haya estado en relación con la patología oncológica y de que no se haya atendido a las características diferenciales del paciente anciano empezó a ponerse de relieve en la *I Conferencia Internacional de Cuidados Paliativos en el Anciano*, que tuvo lugar en Canadá en 1988. Los aspectos principales que allí se abordaron fueron recogidos por Ryan, Carson y Zorzitto (1989), destacando entre otros, que en el proceso de morir los aspectos concernientes a las personas mayores son los menos estudiados y comprendidos; que en estos están presentes otras patologías más allá del cáncer y el SIDA (por ejemplo, problemas cardiovasculares, enfermedades respiratorias, cerebrovasculares, renales, neurológicas...); que el aumento de prevalencia de deterioro cognitivo paralelo al aumento de la edad en los pacientes al final de la vida, llevará asociado un aumento de las cuestiones ético-legales que el equipo terapéutico tendrá que plantearse; y por último, que aunque muchas son las características comunes de los cuidados paliativos y la atención geriátrica (paciente y familia como centro del cuidado, objetivo prioritario el aumento y mantenimiento de la calidad de vida, dignidad y autonomía del paciente, importancia del control de síntomas y el alivio de sufrimiento, necesidad de abordaje multidisciplinar...) también existen características diferenciales entre las personas que mueren por cáncer y los pacientes ancianos que están en situación de terminalidad: por ejemplo, la diferente prevalencia sintomática y condicionamiento del manejo sintomático por la mayor presencia de demencia.

Diferentes autores han remarcado la importancia de la aplicación de la filosofía de los cuidados paliativos en la atención a los

pacientes ancianos (Sepúlveda, 1999) habiendo consenso en la literatura respecto a la necesidad de que no sólo los ancianos puedan incorporarse a los programas de cuidados paliativos, sino de que el diseño de los sistemas de cuidados al final de la vida tenga en cuenta las necesidades de los pacientes mayores, puesto que los factores demográficos, los diagnósticos y los recursos de salud utilizados influyen en cómo muere la gente mayor (Sepúlveda, 1999; Ragan, 2003).

Kristjanson, Toye y Dawson (2003) consideran que en las patologías muy frecuentes en edad avanzada -como son las neurodegenerativas-, la prevención y alivio del sufrimiento es posible mediante una temprana identificación, evaluación y tratamiento de síntomas (físicos, sociales y espirituales) y que este tipo de abordaje debe llevarse a cabo desde el diagnóstico de la enfermedad. En enfermedades como la esclerosis múltiple, la esclerosis lateral amiotrófica o la enfermedad de Parkinson, el dolor y otros síntomas (no sólo físicos), están presentes desde inicio y a menudo no son tratados, aceptándolos como parte inevitable de la enfermedad.

El hecho de que en las definiciones más utilizadas de la situación de terminalidad aparezca la necesidad de un pronóstico vital inferior a seis meses, junto con la dificultad de establecer este pronóstico en pacientes ancianos no oncológicos ha propiciado que las personas mayores no sean atendidas en recursos específicos paliativos. Por sus características diferenciales, el proceso de los cuidados paliativos en ancianos debe empezar con el diagnóstico de la enfermedad para la cual no existe curación (Butler, Burt, Foley, Morris y Morrison, 1996). En el paciente anciano, el control de síntomas y el aumento de la calidad de vida deben ser

el principal objetivo de la terapia (Cleary, 1997), cobrando especial relevancia lo que tradicionalmente se ha defendido desde el movimiento de los cuidados paliativos: los tratamientos paliativos no deben considerarse una alternativa a los tratamientos curativos sino que deben coexistir desde el diagnóstico de la enfermedad. En el curso de la misma, uno u otro predominarán en función de la situación clínica y las características del paciente.

Dentro de la atención integral a las personas ancianas en situación de final de vida, el psicólogo clínico puede (y debe) desempeñar una importante labor no sólo en la intervención sobre los trastornos que comúnmente pueden aparecer (trastornos adaptativos, trastornos depresivos, deterioro cognitivo...) sino también en la atención a los aspectos emocionales del paciente y de la familia. Como señalan Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (2003) todos los profesionales sanitarios tienen la obligación ética de saber facilitar unos mínimos de apoyo emocional, requiriéndose una mayor preparación a medida que la complejidad de las situaciones aumenta, para dar respuesta adecuada a las necesidades planteadas. El psicólogo clínico es especialmente útil tanto para el abordaje de las situaciones más complejas como para la formación del resto del equipo asistencial que trabaja con pacientes en la última etapa de sus vidas en aspectos tales como comunicación y funcionamiento emocional.

Variables que facilitan el bienestar del anciano

Soporte emocional

Ante la muerte se ponen en marcha muchas emociones, tanto para el paciente que

se enfrenta a ella, como para sus personas allegadas y los profesionales que están a su cuidado. El duelo anticipatorio, periodos de ansiedad o miedo y la presencia de disforia son comunes en la fase de final de vida. Aunque no es realista pretender eliminarlas, de cómo se movilicen estas emociones dependerá que se incremente o disminuya el sufrimiento asociado al impacto emocional, y se dificultará o facilitará el proceso de adaptación del enfermo y sus familiares a la situación que tienen que afrontar (Arranz et al, 2003).

Basándonos en el modelo de sufrimiento/estrés que considera éste como un balance entre la percepción de amenaza que tiene el paciente y la percepción de recursos disponibles para el afrontamiento (Chapman y Gravin, 1993; Lazarus y Folkman, 1969), el soporte emocional como elemento facilitador del bienestar de las personas mayores en situación de final de vida irá encaminado a, por una parte, disminuir la amenaza generada por las diferentes situaciones que tienen que afrontar el paciente y su familia, y por otra, a encontrar y facilitar recursos de afrontamiento. Un instrumento fundamental, tanto para la intervención del psicólogo en el ámbito paliativo como para la necesaria provisión de soporte emocional por parte de todo el equipo terapéutico es el counselling.

El counselling es el instrumento de elección en la comunicación del profesional con el enfermo y sus familiares, proporcionando las bases para el manejo de respuestas emocionales (Arranz et al, 2003).

El counselling hace referencia al uso de los principios de comunicación con el fin de desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional y los recursos personales, siendo la labor del profesional la de

facilitar la tarea del paciente, respetando sus valores, sus recursos personales y su capacidad de determinación. Se basa fundamentalmente en habilidades sociales, técnicas de autocontrol y estrategias de resolución de problemas, siendo la empatía uno de sus elementos más importantes.

Cómo señalan Arranz et al (2000) consiste en hacer reflexionar a una persona, mediante preguntas para que tome sus propias decisiones. Además, permite (Barreto, Arranz y Molero, 1997): valorar necesidades de información (qué información posee el paciente mayor respecto a su situación clínica, qué quiere saber...); valorar necesidades emocionales (cuáles son las principales preocupaciones, ayudar a definir las y priorizarlas); identificar estrategias de afrontamiento que utiliza (búsqueda activa, pasividad, indefensión, negación) y recursos que posee (estrategias y modos con los que ha afrontado situaciones difíciles con anterioridad); reconocer redes de apoyo (soporte social y familiar); valorar preocupaciones, respuestas emocionales, sensación de control, así como problemática psicopatológica; conocer acontecimientos críticos de la historia personal (por ejemplo, para el nivel de aversividad acumulada conocer la presencia de duelos recientes); promover la expresión emocional; acompañar al paciente y sus familiares; reforzar conductas adaptativas y fomentar estilos de afrontamiento positivo; obtener cambios cognitivos y conductuales más estables que los obtenidos mediante la simple información, ya que es el propio sujeto el que se da respuestas a sí mismo.

Podríamos decir por tanto, que el counselling permite identificar preocupaciones, necesidades y problemas de un modo específico, lo cual es fundamental para

tranquilizar y facilitar los recursos pertinentes. Proporciona información imprescindible para la intervención, y esto, a su vez, posibilita reforzar y facilitar recursos ya existentes y distinguir entre reacciones normales y patológicas. Ofrece información relevante para el manejo de emociones como temor, rabia, ansiedad, depresión, dependencia, negación, etc.

Los pasos que, en términos generales, pueden ayudar en la provisión de soporte emocional al paciente mayor y sus familiares son (Arranz et al, 2003):

- Reconocimiento por parte del profesional de las propias emociones y reconducción en función de los objetivos de adaptación del paciente y su familia a la situación en la que se encuentran. Querriamos reseñar en este punto la importancia de las habilidades de autorregulación puesto que van a permitir lo que es una premisa de la utilización del counselling: la comunicación con objetivos. Esto quiere decir que en las interacciones profesionales nuestra comunicación debe guiarse por los objetivos concretos de la intervención que estemos llevando a cabo y por los objetivos más amplios en los que nos situemos (principalmente proporcionar soporte emocional y favorecer adaptación a la situación en la que se encuentran). Cualquier lector o lectora estará de acuerdo con esto, aunque con toda probabilidad también estará de acuerdo con que, muy a menudo, la comunicación con objetivos se ve dificultada por las emociones (ansiedad, irritabilidad, miedo...), sensaciones (de impotencia, de culpa...) incluso hábitos (modos habituales de interaccionar con pacientes y familiares) que pueden hacer que se

reaccione a lo que pasa más que actuar en base a unos objetivos definidos.

- Entender y contener las reacciones emocionales de los pacientes. Aceptar y respetar sus reacciones emocionales, facilitar su expresión, responder de forma empática... son algunos de los componentes primordiales del soporte emocional. El objetivo último es identificar la emoción que expresa el paciente y explorar qué es lo que la ha suscitado para que sea útil para la solución de problemas y el afrontamiento.
- Ayudar al paciente a entender lo que suscita la emoción y la preocupación que hay a la base. En este sentido es especialmente importante la normalización de las respuestas emocionales y el “acompañamiento empático” de las mismas. En ocasiones, cuando entendemos que a través de la información y la reflexión podemos dar nuevas perspectivas de los problemas o las decisiones que hay que tomar, podemos confrontar las emociones de los pacientes y los significados que le atribuyen. Es de suma importancia que esto se realice desde la empatía y la acogida para que no se reciba como una agresión que mine el vínculo terapéutico.
- Ayudar al paciente mayor a explorar los recursos disponibles para el afrontamiento, a ver cuáles son las estrategias adaptativas que pueden reducir la sensación de amenaza que le genera la situación que está viviendo.
- Identificar y reforzar los apoyos familiares y sociales de su entorno.
- Realizar intervenciones más específicas ante las posibles dificultades que pue-

dan surgir (p.e. estados de ánimo ansiosos o depresivos).

Promoción de salud

La promoción de salud en las personas mayores es adecuada tanto para aquellas que no padecen síntomas de ninguna enfermedad conocida, como para las que padecen algún problema de salud y otros cambios asociados al envejecimiento. Los mismos factores (estilo de vida, ambiente, disponibilidad de servicios de salud...) influyen en la salud física y en las manifestaciones morfológicas y funcionales del envejecimiento, así como en la progresión de las alteraciones existentes (Montoro y Carrolles, 1999).

Los efectos protectores del apoyo social en relación con el riesgo de mortalidad, la salud mental y física, así como para una mejor recuperación de la enfermedad están ampliamente documentados. Del mismo modo, existen datos que relacionan las interacciones sociales críticas y exigentes con efectos negativos para la salud incluyendo entre otros, mayor riesgo de depresión y angina de pecho (Seeman, 2000). También diferentes factores relacionados con la salud y el estilo de vida pueden influir en la probabilidad de padecer demencia (tensión arterial, diabetes, dieta, ejercicio físico, actividad cognitiva y social, estado de ánimo...), así como tener una repercusión clara en el estado de salud global (Middleton y Yaffe, 2009).

En la intervención que se realice con personas mayores al final de la vida también es necesario ocuparse del fomento de comportamientos de salud; de esta manera nos alejaremos del nihilismo terapéutico que en muchas ocasiones se produce en la atención al paciente mayor, disminuyendo

sufrimiento y evitando posibles complicaciones de salud. En este sentido, recogemos las indicaciones propuestas por Montoro y Carrobles (1999) respecto a cómo fomentar el cambio o cómo introducir nuevos hábitos relacionados con la salud:

- Fomentar la motivación del paciente mayor respecto a las prácticas de salud. Como ya expusimos anteriormente el counselling es una herramienta fundamental para la promoción del cambio y para la toma de decisiones. Igualmente nos puede ayudar el poner de relieve los beneficios secundarios de determinadas prácticas más allá de su impacto directo sobre la salud (por ejemplo, pasear no sólo por realizar ejercicio sino también para relacionarse con otras personas).
- Entrenar para el aprendizaje del hábito. La mera transmisión de información no garantiza la realización de determinadas rutinas saludables. Además de la ya señalada importancia de la motivación, el “saber cómo hacer” es imprescindible para la puesta en práctica de actividades. La modificación de conducta nos aporta diferentes técnicas de suma utilidad para el aprendizaje (modelado, imitación, encadenamiento, refuerzo...).
- Utilizar redes de apoyo para mantener el aprendizaje o realizar modificaciones ambientales que reduzcan el esfuerzo necesario para su mantenimiento.
- Prevenir recaídas o abandono y fomentar del mantenimiento a largo plazo. Puede ayudar la revisión de lo trabajado con el paciente mayor, reflexionar con él sobre qué ayuda más, qué le resulta más complicado, repasar qué ha-

cer ante dificultades, programación de seguimientos...

Atención al deterioro cognitivo

La alta prevalencia de deterioro cognitivo en el paciente anciano que se encuentra en el final de la vida está relacionada con diferentes factores. Por un lado la alta incidencia de delirium o cuadro confusional agudo, y por otra parte, la presencia de enfermedades asociadas a la edad que cursan con deterioro cognitivo, como por ejemplo las demencias.

El cuadro confusional agudo, siguiendo los criterios del DSM-IV-TR se caracteriza por la alteración de la conciencia con reducción de la capacidad de focalizar, mantener o cambiar la atención; cambios en funciones cognoscitivas (memoria, desorientación, lenguaje) o perceptivas que no se explica por una demencia previa o en desarrollo; inicio agudo y tendencia a la fluctuación; demostración por historia, exploración física y pruebas de laboratorio de que la alteración es efecto fisiológico directo de enfermedad médica, intoxicación o abstinencia de sustancias o múltiples etiologías. Su incidencia es elevada pues llega a ser de hasta un 26%-44% en los pacientes con cáncer terminal que ingresan en un centro asistencial (Minagawa, 1996). Además, aumenta de forma considerable hasta un 83%-86% en situación de últimos días (según Gagnon et al, 2000), con el deterioro de la condición general del enfermo y es mayor cuanto más terminal es la situación del paciente.

Su detección precoz es de vital importancia tanto por la posibilidad de reversibilidad en muchos casos como por ser un factor independiente de mal pronóstico a corto plazo, dificultar la evaluación de dolor y otros síntomas y causar importante distrés en el pa-

ciente, la familia y los cuidadores (Lawlor, Gagnon, Mancini, Pereira, Hanson, Suarez-Almanzor y Bruera, 2000; Caraceni, Nanni, Maltoni, Piva, Indelli, Arnoldi, Monti, Montanari, Amadori y De Conno, 2000; Bruera, Miller, Kuehn, MacEachern y Hanson, 1992).

La intervención del psicólogo clínico irá encaminada a colaborar en la detección precoz y en el diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan con deterioro cognitivo, a la prevención de su aparición incidiendo en sus desencadenantes ambientales y a la intervención no farmacológica (modificación ambiental y conductual, soporte y asesoramiento a familiares y cuidadores en manejo conductual y comunicación...).

En relación con las enfermedades que cursan con deterioro cognitivo y que pueden estar presentes al final de la vida, ya hemos hecho referencia al trabajo de Kristjanson, Toye y Dawson (2003) en el que se señala la importancia de realizar una aproximación paliativa en el tratamiento de las enfermedades neurodegenerativas desde el momento del diagnóstico. Entendemos que el psicólogo clínico tiene un papel fundamental en este tipo de situaciones. Una adecuada valoración neuropsicológica puede ayudar, especialmente al inicio de la enfermedad, a su diagnóstico mediante la descripción de la intensidad, perfil y extensión del deterioro cognitivo. Esto será especialmente útil con pacientes con un niveles cognitivos previos muy altos o muy bajos o con aquellos cuadros con presentación atípica, en los que los test de screening cognitivo nos dan una información menos fiable (Gracey y Morris, 2007). La intervención psicológica irá dirigida a maximizar el funcionamiento del paciente en su entorno

mediante estimulación cognitiva y rutinas de actividades de la vida diaria adecuadas a las necesidades del paciente y su entorno. También es especialmente relevante la información, asesoramiento y soporte a los familiares y allegados.

Atención a las psicopatologías

Las propuestas de intervención psicológica al final de la vida recogidas por la literatura provienen mayoritariamente del campo de la psicooncología (Font, 2003), ámbito en el que también se centran la mayoría de los estudios en relación con las necesidades psicológicas de pacientes y familiares (Holland, 1998; Baum, Thompson y Stollings, 2001; Barreto y Martínez, 2003). Como hemos señalado en trabajos anteriores (Barreto, Saavedra, Díaz, Vázquez y Yi, 2009; Saavedra, 2005; Saavedra y Barreto 2008), entendemos que las intervenciones psicológicas deben necesariamente situarse en el contexto del trabajo interdisciplinar, y atender a las características específicas del paciente anciano con patología diferente a la oncológica, que como señalan diferentes autores (Gómez, 2003; Ruipérez, 2000; Verdú, 2000; Ribera, Castillo, Romero et al, 1998; Barreto y Martínez, 2000; Bayés, 2001) serían, entre otras: presentación atípica de la enfermedad, presencia habitual de pluripatología y polifarmacia, existencia de problemas de salud no declarados por ser considerados normales, actitud específica ante la incapacidad y la muerte, así como colaboración diferente en los tratamientos.

Aunque el lector interesado puede recurrir a numerosas fuentes en relación con tratamientos de demostrada eficacia para la intervención psicológica en las psicopatologías más frecuentes en final de vida (depresión, ansiedad y trastornos adaptativos)

(véase por ejemplo Pérez et al, 2003; Labrador, 2008), nosotras hemos presentado en trabajos anteriores (Saavedra, 2005; Saavedra y Barreto, 2008; Barreto, et al, 2009) un paquete de intervención con el cual hemos demostrado que logramos disminuir la sintomatología de ansiedad y depresión, a la vez que aumentamos la sensación de bienestar global del paciente anciano hospitalizado. En esta propuesta de intervención se incluye, además del counselling como marco general en el que encuadrar nuestras intervenciones, y con los objetivos ya expuestos en este trabajo, las técnicas de reestructuración cognitiva (que facilitaron el abordaje de respuestas ansiosas y depresivas, tanto de las que forman parte del proceso de adaptación del paciente como de aquellas que podrían ser consideradas parte de un trastorno psicológico concreto), técnicas de relajación (haciendo hincapié como diferentes autores sugieren (Breitbart, Jaramillo y Chochinov, 1999; Breitbart, 1994) en la utilización de procedimientos que no implican un esfuerzo físico y pueden provocar malestar a pacientes con gran debilidad y deterioro), el refuerzo diferencial (para ayudarnos a romper la asociación de quejas o llanto excesivo con la recepción de ayuda), el control de estímulos y la programación ambiental (para la disminución de la privación estimular y la promoción de entornos terapéuticos no depresógenos), el entrenamiento en solución de problemas tanto personales como interpersonales, la programación de actividades placenteras (que ayudan a disminuir los pensamientos reiterativos y son una fuente de gratificación para el paciente), así como la detención de pensamiento y autoinstrucciones (para entrenar al paciente a manejar su diálogo interno y detener pensamientos reiterativos hacia conclusiones catastrofistas que

se generan automáticamente). Actualmente se están incorporando con éxito algunas de las terapias de tercera generación como el *Mindfulness*, aunque los datos sobre su eficacia aún son preliminares.

Entendemos que la individualización de la intervención en función de las necesidades del paciente y su priorización de las mismas en cada momento temporal es fundamental (Arranz et al, 2003).

Agonía

Aunque el momento concreto en el que morirá el paciente anciano es difícil de predecir, las últimas semanas o días pueden ser especialmente complicados para él y para su entorno. En muchas ocasiones es la parte final de un largo proceso de enfermedad, con recaídas y recuperaciones, que puede hacer que tanto el paciente como sus allegados estén agotados emocionalmente. El objetivo del psicólogo, compartido con el resto del equipo terapéutico en estas situaciones es (Aparicio et al, 2010) ayudar al paciente y a su familia a aumentar la capacidad de afrontamiento ante las situaciones que se pueden presentar: anticipando posibles signos de que el final se acerca, dando información de qué pueden hacer, mostrando disponibilidad, facilitando el contacto con diferentes profesionales y recursos en caso de necesitar ayuda. El respeto al proceso único que están viviendo tanto el paciente anciano como las personas que le rodean se hace aún más importante, pero esto no debe mermar la disponibilidad de soporte y ayuda por parte de los profesionales.

Apoyo a la familia

Aunque los contenidos de la intervención con las familias del paciente anciano exce-

den los objetivos de este trabajo, no queremos concluir sin reseñar la importancia del cuidado al entorno cercano del paciente tanto por las múltiples repercusiones que el proceso de enfermedad (y los cambios y reestructuraciones que supone en el ámbito familiar) tienen para ellos, como por la interacción con el bienestar del paciente.

Dicha intervención consideramos positivo que incluya, al menos (Arranz et al, 2003): fomentar el sentido de autoeficacia durante el proceso de enfermedad y en los últimos días, lo cual, además de disminuir el malestar emocional tiene una relación clara con la prevención del duelo patológico; favorecer la habilidad para pensar en términos constructivos, mediante, entre otras, las técnicas de solución de problemas y de toma de decisiones; establecimiento de comunicación adecuada para evitar la conspiración de silencio y otras dificultades que ocasionan aislamiento y malestar, tanto para el paciente como para la familia; fomento de la expresión emocional y soporte; detección de posibles patologías y derivación con el fin de garantizar su cuidado; reforzar vínculos de la familia con sistemas de apoyo social; prevención y atención al duelo, incluyendo seguimientos tras el fallecimiento del paciente.

Conclusión final

La atención específica y diferencial a las necesidades de las personas es imprescindible a lo largo de todas las etapas vitales y por tanto también en la etapa final.

El soporte emocional, la promoción de salud que incluya tanto la motivación como el aprendizaje, la atención al deterioro cognitivo y a las posibles psicopatologías, son fundamentales en este sentido.

Ha de enfatizarse también la necesidad de la continuidad de los cuidados a lo largo de todo el proceso de fin de vida, acompañando humana y profesionalmente a la persona hasta el momento de la agonía y durante el mismo.

Finalmente se ha de hacer una consideración especial al papel de la familia como soporte afectivo y logístico básico. El apoyo en los cuidados y el intercambio afectivo resultan cruciales tanto para el bienestar de la persona que finaliza la vida como para el posterior desarrollo adaptativo del proceso de duelo.

Referencias

- Aparicio, B., Baydal, R., Costa, P., Navarro., Saavedra, G. (2010). *Información al paciente: el cuidado de las personas con enfermedad avanzada. Sugerencias y orientaciones*. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat.
- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P., Bayés, R. (2003) *Intervención emocional en cuidados paliativos. Modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Arranz, P., Costa, M., Bayés, R. Cancio, H., Magallón, M., y Hernández F. (2000) *El apoyo emocional en hemofilia* (2ª ed). Madrid: Aventis Behring.
- Baum, A., Thompson, D., Stollings, S., Garofalo, J. P., y Redinbaugh, E. (2001). Psychological and psychiatric practice in oncology populations. En J. Milgrom & G.D. Burrows (Eds). *Psychology and psychiatry: integrating medical practice* (pp. 155-181). New York: John Wiley and Sons.
- Barreto, P., Arranz, P. y Molero, M. (1997). Counselling, instrumento fundamental en la relación de ayuda. En: MC. Martorell MC y R. Gonzalez (eds). *Entrevista y consejo psicológico*. Madrid: Síntesis.
- Barreto, M.P. y Martínez E. (2000). Cuidados paliativos. En R. Fernández (Eds) *Gerontología Social* (pp. 581-596). Madrid: Pirámide.
- Barreto, M.P. y Martínez, E. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en enfermos terminales. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Eds.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II* (pp. 243-252). Madrid: Pirámide.
- Barreto P, Saavedra G, Díaz JL, Vázquez N y Yi P. Saavedra G, Díaz JL, Vázquez N y Yi P. (2009) *Intervención Psi-*

- cológica en el Final de la Vida. FOCAD. Colegio Oficial de Psicólogos; ISSN 1989- 3906.
- Bayés, R. (2001). Psicología del sufrimiento y la muerte. Barcelona: Martínez Roca.
- Breitbart, W., Jaramillo, J., Chochinov, H. (1999). Palliative and terminal care. En J.C. Holland (Eds). *Psycho-oncology* (pp. 437-449). New York : Oxford University Press.
- Breitbart, W. (1994). Psycho-oncology: depression, anxiety delirium. *Seminars in oncology*, 24: 754-769.
- Bruera E, Miller MJ, Kuehn N, MacEachern T, Hanson J. (1992). Estimate of survival of patients admitted to a palliative care unit: a prospective study. *Journal of Pain Symptom Manage*, 7 (2): 82-86.
- Butler, R.N., Burt, R., Foley, K.M, Morris J, Morrison RS. (1996) Palliative medicine: providing care when cure is not possible. A roundtable discussion: part 1. *Geriatrics*, 51 (5): 33- 44.
- Caraceni, A., Nanni, O., Maltoni, M., Piva, L., Indelli, M., Arnoldi, E., Monti, M., Montanari, L., Amadori, D., y De Conno, F. (2000). Impact of delirium on the short term prognosis of advanced cancer patients. Italian Multicenter Study Group On Palliative Care. *Cancer*, Sep 1; 89; (5): 1145-1149.
- Chapman CR, Gravin J. (1993). Suffering and its relationship to pain. *J Palliat Care*; 9 (2): 5-13
- Doyle, D., Hanks, G., y MacDonald, N. (1993) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Font, A. (2003) Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández, e I. Amigo (Eds.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II* (pp. 57-92). Madrid: Pirámide.
- Gagnon, P., Allard, P., Mâsse, B., y DeSerres, M. (2000) Delirium in terminal cancer: a prospective study using daily screening, early diagnosis, and continuous monitoring. *Journal of Pain Symptom Manage*, 19(6):412-26.
- Gómez, J. (2003). El anciano frágil. Detección, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de su salud. Madrid: Instituto Salud pública.
- Gracey, D.,J. y Morris, R.G. (2007). Neuropsychological assessment in dementia. *Psychiatry*, 6 (12) , 498-502.
- Holland, J.C. (1998). *Psycho-oncology*. New York : Oxford University Press.
- Kristjanson, L.J., Toye, C., Dawson, S. (2003). New dimensions in palliative care: a palliative approach to neurodegenerative diseases an final illness in older people. *Medical Journal of Australia*, 179(6): S41-3.
- Lawlor PG, Gagnon B, Mancini IL, Pereira JL, Hanson H, Suarez-Almanzor ME, Bruera E. (2000) Occurrence, causes outcome of delirium in advanced cancer patients; a prospective study. *Arch Intern Med*, 160:786-794
- Labrador, F.J. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Lazarus RS y Folkman S (1969). Stress, appraisal and coping. Springer Publishing Company, Inc. Nueva York.
- Middleton, L.E. y Yaffe, K (2009) Promising Strategies for the Prevention of Dementia Strategies for the Prevention of Dementia. *Arch Neurol*, 66(10): 1210-1215.
- Minagawa H et al. Psychiatric morbidity in terminally ill cancer patients. A prospective study (1996). *Cancer*, 78(5):1131-7
- Montoro, I. y Carrobbles, J.A. (2009). Comportamiento y salud. Promoción de la salud. En I Montoro y M Izal (eds): *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Organización Mundial de la Salud. (1987). *Alivio del dolor en cáncer*. Ginebra: OMS.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. Y Amigo, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Ragan, S.L., Wittenberg, E. y Hall, H.T., (2003) The communication of palliative care for the elderly cancer patient. *Health Communication*, 15 (2): 219-26.
- Ribera, J.M., Castillo, J.R., Romero, M., Serrano, J.S. (1998) *La terapéutica farmacológica en geriatría*. Madrid: San-do.
- Rousseau, P. (1995) Hospice and palliative care. *Disease-a-month*, 41 (12): 779-842.
- Ruipérez, I. (2000) Escalas de valoración en contexto geriátrico. En R. Fernández (Eds). *Gerontología Social* (pp. 381-399). Madrid: Pirámide.
- Ryan DP, Carson MG y Zorzitto ML (1989). The first international conference on the palliative care of the elderly: an overview. *Journal of Palliative Care*, 5 (4): 39-42.
- Saavedra, G. (2005). *Intervención psicológica en el anciano frágil al final de la vida*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia. Documento sin publicar.
- Saavedra, G. y Barreto MP (2008). Eficacia de la intervención psicológica en el anciano frágil. *Medicina Paliativa*, 15, Suppl 1, 89.
- Seeman, T.E. (2000). Health Promoting Effects of Friends and Family on Health Outcomes in Older Adults. *American Journal fo Health Promotion*, 14 (6), 362-370.
- Sepúlveda, D. y Jiménez, C. (1999) Cuidados paliativos en unidades geriátricas de agudos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 34 (2): 5-12.
- Verdú, L. (2000) Tratamiento farmacológico en el paciente geriátrico. *Boletín Farmacoterapéutico Valenciano*, 6 (1): 25-28.

Fecha de recepción: 14/06/2012
Fecha de aceptación: 30/10/2012

Hacerse bien haciendo el bien: la contribución de la generatividad al estudio del buen envejecer

Feliciano Villar
Universidad de Barcelona

resumen/abstract:

El artículo se centra en las aportaciones que la generatividad en la vejez puede ofrecer a una visión positiva del envejecimiento. Para ello se describen diferentes maneras de entender el 'buen envejecer', como son las representadas por el envejecimiento con éxito (o satisfactorio) y el envejecimiento productivo. Tras exponer las fortalezas y debilidades de cada concepto, el artículo argumenta cómo la generatividad aplicada a la vejez enmarca el proceso de envejecimiento dentro un contexto social y lo vincula al desarrollo personal. Se describen además diferentes ámbitos y actividades en los que la generatividad podría ser relevante para la comprensión de las necesidades de las personas mayores. El artículo termina destacando algunos retos que plantea la investigación en generatividad en la vejez.

The article is focused on the contribution that the study of generativity in older age offers to a positive perspective on aging. Firstly, different concepts and ways of approaching the 'aging well' perspective are commented, such as successful aging or productive aging. After identifying strengths and weaknesses of such approaches, the article argues how generativity applied to older age is able to both frame the aging process into a social context and connect aging and personal development. Different generative activities and contexts that could be relevant for understanding older people's needs are described. Finally, the article underscores some challenges that the study of generativity in older age has to deal with to ensure its viability as a useful research field.

palabras clave/keywords:

Generatividad en la vejez; envejecimiento con éxito; envejecimiento y desarrollo; teorías del ciclo vital.
Generativity in older age; successful aging; aging and development; life-span theories.

Agradecimientos

La realización del presente estudio ha contado con la financiación del Ministerio de Ciencia e Innovación, por medio del proyecto con referencia PSI2009-10966.

Introducción

Tradicionalmente los estudios sobre la vejez han tendido a centrarse en los problemas que se suponen inherentes al proceso

de envejecimiento. Así, desde un punto de vista individual, la preocupación fundamental ha sido prevenir o remediar las pérdidas que puedan comprometer la salud, el bienestar o la autonomía de las personas mayores. Desde el punto de vista social, interesan aspectos como el impacto del envejecimiento de las poblaciones de los países desarrollados en el mercado laboral o en el sostenimiento de los sistemas de protección social.

Frente a esta perspectiva centrada fundamentalmente en la pérdida, en los últimos años se ha abierto paso un punto de vista complementario que trata de estudiar cómo las personas mayores son capaces de evitar o superar dificultades, de mantener elementos importantes en su vida e incluso de acumular competencias y ganancias hasta edades muy avanzadas. Este nuevo paradigma para abordar el envejecimiento busca las claves que determinan un 'buen envejecer' y que hacen que cada vez más personas puedan disfrutar durante más años de una vejez saludable no sólo desde el punto de vista físico, sino también desde el punto de vista psicológico y social. De esta manera, se trata de evitar asociar el envejecimiento exclusivamente a la idea de declive, para pasar a explorar el potencial y los límites de desarrollo en las últimas décadas de la vida.

El objetivo del presente artículo es, en primer lugar, presentar de manera esquemática cómo se ha estudiado hasta ahora esta perspectiva positiva de la vejez, para describir después qué puede aportar en este sentido la idea de generatividad aplicada a la vejez. Se resaltarán cómo la generatividad en la vejez ofrece una perspectiva particularmente prometedora desde el punto de vista del desarrollo personal y social, así como algunos retos que presenta la aplicación a la vejez de este concepto.

Conceptos sobre el buen envejecer

Conceptos como el de envejecimiento activo, envejecimiento competente, envejecimiento con éxito o envejecimiento productivo son diferentes maneras de abordar científicamente esta perspectiva positiva de la vejez. Aunque todos ellos apuntan a una misma dirección, cada uno presenta matices y énfasis diferentes.

Quizá el término más frecuentemente utilizado, y el que mayor calado ha tenido dentro del actual discurso popular y político sobre el 'buen envejecer', es el de envejecimiento activo. Este concepto, acuñado por la ONU, pretende resaltar una visión positiva de la vejez y fomentar la puesta en práctica de políticas sociales que la fomenten. La propia ONU lo define como '*el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para promover la calidad de vida a medida que se envejece*' (WHO, 2002).

El concepto de envejecimiento activo entronca con la denominada 'teoría de la actividad' (Havighurst, 1963), propuesta en los años 60 del pasado siglo como una reacción ante la denominada 'teoría de la desvinculación' (Cumming y Henry, 1961), que sostiene que la vejez implica una retirada del mundo social de los vínculos y roles socialmente significativos. Esta retirada sería de naturaleza adaptativa y conllevaría beneficios tanto para el individuo como para la sociedad, ya que responde a la disminución de recursos y el aumento de la probabilidad de muerte en las últimas décadas de la vida. Sin embargo, la teoría de la actividad mantiene justo lo contrario: los mayores no sólo no desean desvincularse, sino que, si se les ofrecen oportunidades para ello, tratan de seguir activos y sustituyen roles perdidos por otros nuevos. Este mantenimiento de la actividad en la vejez promovería la satisfacción y el bienestar en esta etapa vital.

Sin embargo, y quizá por la inherente ambigüedad del término 'actividad' (¿todas las actividades tienen el mismo valor? ¿qué actividades fomentan el 'buen envejecer' y cuáles quizá no tanto?), pese a su popularidad dentro del discurso político sobre el

envejecimiento, el concepto de envejecimiento activo ha tenido recorrido relativamente corto como generador de investigación científica.

En este ámbito, otros conceptos, como el de envejecimiento con éxito (*successful aging*, traducido también como ‘envejecimiento satisfactorio’) o el de envejecimiento productivo (*productive aging*) han tenido una influencia mucho mayor.

Envejecimiento con éxito como el logro de estados ideales

El concepto de envejecimiento con éxito ha sido uno de los más utilizados en la literatura científica gerontológica durante las últimas décadas. Pese a ello, no se dispone de una definición consensuada acerca de lo que significa el ‘éxito’ en relación con el envejecimiento, y diferentes autores utilizan interpretaciones diferentes. En general, podemos distinguir entre dos usos del término ‘envejecimiento con éxito’: aquel que lo define como el logro de ciertos estados y criterios ideales en las últimas décadas de la vida, y aquel que lo entiende de un modo dinámico, como la puesta en marcha de ciertos procesos que facilitan la adaptación de la persona a unas condiciones cambiantes a medida que pasan los años.

La aparición del concepto de envejecimiento con éxito aparece ligada al primero de los usos. Así, Rowe y Kahn (1998) establecen tres criterios para lograr envejecer con éxito: una baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidades asociadas a la enfermedad, una capacidad funcional alta, tanto desde un punto de vista físico como cognitivo, y una implicación activa con la vida, entendida esta como mantenimiento de vínculos con otras personas y de una actividad productiva.

Estos criterios, además, se encuentran relacionados jerárquicamente: no padecer enfermedades ni discapacidades es un prerrequisito para mantener una capacidad funcional alta, y a su vez esta capacidad funcional alta es necesaria para poder seguir implicado con la vida. Sólo el logro de los tres criterios simultáneamente definiría a aquellos que envejecen con éxito, que son en cualquier caso una minoría que ha alcanzado un estándar ideal de buen envejecer. La promoción de este ‘buen envejecer’ permitirá arrinconar la enfermedad y discapacidad a los últimos años de la vida. Esta ‘compresión de la morbilidad’ (Fries, 1980) posibilita que el envejecimiento de la población sea un fenómeno sostenible a largo plazo desde el punto de vista económico y social.

Aparte de popularizar el término, hoy un referente en el discurso gerontológico, el modelo de Rowe y Kahn ha contribuido decisivamente al abandono de la idea de pérdida como elemento inherente al envejecimiento. Desde este punto de vista, se ha potenciado la investigación de cuáles son los factores, biológicos, comportamentales o sociales que determinan el logro de los criterios del envejecimiento con éxito, trasladando el acento de la investigación de aquellos que envejecen sufriendo enfermedad y discapacidad a aquellos que lo hacen experimentando estados saludables (Strawbridge, Wallhagen y Cohen, 2002).

Sin embargo, esta aproximación al envejecimiento con éxito presenta también algunos problemas. Por ejemplo, al establecer criterios supuestamente universales se dota al envejecimiento con éxito de un carácter segregador, ya que sólo pueden aspirar a él ciertas minorías privilegiadas, quedando fuera personas que, por unas ra-

zonas u otras (presencia de discapacidades, exclusión social, vejez muy avanzada, etc.) no cumplen sus rigurosos criterios (Angus y Reeve, 2006, Holstein y Minkler, 2003, Scheidt, Humphreys y Yorgason, 1999). Así, no sólo el envejecimiento patológico queda excluido del modelo ideal, sino que tampoco el envejecimiento habitual entra dentro de los cánones del 'éxito'. De este modo, quizá se negativiza el modo más frecuente de envejecer, precisamente lo que se pretendía evitar al proponer un estándar de envejecimiento positivo (Dillaway y Byrnes, 2009).

Por otra parte, la inspiración clínica y médica del modelo de Rowe y Kahn hace que los aspectos comportamentales y sociales ocupen el último término dentro de la jerarquía del buen envejecer, irrelevantes si antes la persona no dispone de un alto grado de salud y autonomía. A pesar de la imagen positiva del envejecimiento que promueve, el núcleo de la propuesta de Rowe y Kahn está más en la ausencia atributos negativos (enfermedad, discapacidad, dependencia) que en la consecución de nuevos hitos a medida que la persona se hace mayor. Es, en este sentido, un modelo que enfatiza el mantenimiento de estados saludables, la prevención de riesgos o la recuperación de pérdidas, pero dentro del que es difícil concebir la ganancia y el desarrollo como elementos presentes también en la vejez.

Envejecimiento con éxito como adaptación

Algunas de estas limitaciones pueden ser superadas si en lugar de concebir el éxito como un estado final ideal se pasa a entender como la puesta en marcha eficiente de los procesos que permiten alcanzar ciertos estados deseados, estados en buena medida

definidos subjetivamente y dependientes de condiciones contextuales concretas (M. Baltes y Carstensen, 1996, M. Baltes y P. Baltes, 1990, Freund y Riediger, 2003). En este sentido, envejecer con éxito sería equivalente a sacar el máximo partido de los recursos de los que se dispone en cada momento, pero sin especificar niveles o estados universales que alcanzar.

Este segundo uso del concepto de envejecimiento con éxito se ha trabajado fundamentalmente desde la psicología, en concreto desde las denominadas 'teorías del ciclo vital' (*lifespan theories*). Estas teorías enfatizan que las capacidades adaptativas de la persona se siguen manteniendo en la vejez. Sin embargo, a medida que pasa el tiempo, esas capacidades se dirigen cada vez menos hacia la consecución de nuevos logros y más hacia el mantenimiento de estados actuales en situaciones de riesgo, o hacia la regulación de la pérdida y el control de daños cuando el declive es irreversible. Así, envejecer con éxito desde la perspectiva del ciclo vital significa poner en marcha procesos de carácter adaptativo para, principalmente, minimizar la probabilidad de experimentar pérdidas, sosteniendo aquellos estados que la persona considera satisfactorios y conteniendo y compensando el efecto dañino de la pérdida cuando esta es inevitable. Es precisamente en la especificación de cuáles son esos procesos adaptativos y cuál es su funcionamiento donde encontramos diferencias entre las diversas teorías del ciclo vital (Boerner y Joop, 2007).

Por ejemplo, una de las teorías del ciclo vital más influyentes, la propuesta por Baltes (P. Baltes y M. Baltes, 1990, Freund, 2008, Freund y Baltes, 2007), habla de las estrategias de selección, optimización y com-

pensación (modelo SOC) como procesos básicos que nos permiten alcanzar y sostener metas a lo largo de la vida, incluyendo las últimas décadas, cuando estas metas se centran sobre todo en el mantenimiento y la regulación de la pérdida. El logro de este aprovechamiento eficiente de unos recursos menguantes con la edad, conseguido a partir de la aplicación de procesos como los de selección, optimización y compensación, parece estar vinculado además a niveles óptimos de bienestar y satisfacción vital (Chou y Chi, 2002, Staudinger, Freund, Linden y Maas, 1999).

En contraste con la propuesta de Rowe y Kahn, al no señalar unos criterios universales de buen envejecer y enfatizar en cambio la capacidad adaptativa de la persona, las teorías del ciclo vital permiten concebir múltiples trayectorias evolutivas que pueden ser valoradas como ‘buen envejecimiento’, en tanto consigan un balance adecuado entre lo que es posible todavía conseguir, a partir de los recursos de los que todavía se dispone y teniendo en cuenta las restricciones a las que la persona se ha de enfrentar.

Sin embargo, la propia naturaleza de este tipo de modelos implica también ciertas limitaciones. Así, concebir el envejecimiento con éxito como la aplicación de procesos, sin asignarles ninguna dirección ni contenido específico, ya que se asume que tendrán una multitud de diferentes manifestaciones dependiendo de cada circunstancia (Riediger y Ebner, 2007), hace que esta perspectiva sea demasiado general y necesite ser concretada por otras propuestas que aporten contenidos y dirección al cambio evolutivo.

Envejecimiento productivo

La noción de envejecimiento satisfactorio, ya sea como el logro de estados ideales

o como la puesta en marcha de procesos adaptativos, adopta un punto de vista estrictamente individual del envejecimiento. El logro del ‘buen envejecer’, desde este enfoque, se refiere a elementos que la persona puede conseguir por sí misma y para sí misma. En contraste con esta visión, otros autores han subrayado que una de las claves de envejecer bien está en la integración y participación de la persona en entornos sociales, consiguiendo metas ya no estrictamente individuales, sino centradas en la mejora de la comunidad, en la creación de una riqueza que es también colectiva.

Para destacar esta dimensión social del buen envejecer se se ha propuesto el concepto de envejecimiento productivo, definido como *‘cualquier actividad, remunerada o no, desarrollada por una persona mayor, que produce bienes o servicios o desarrolla la capacidad para producirlos’* (Bass, Caro y Chen, 1993, p. 6). Esta aproximación al buen envejecer pretende reconocer y hacer visibles las aportaciones de los mayores a la sociedad, asumiendo que no son una carga o un colectivo improductivo, sino que contribuyen de manera decisiva al bien común y son una parte esencial en el funcionamiento de la sociedad. En este sentido, el énfasis en la participación y la implicación social, en un ‘hacer algo útil’, convierte al envejecimiento productivo en una perspectiva heredera de las teorías de la actividad que antes mencionábamos.

Por otra parte, subrayar la capacidad de los mayores para producir bienes y servicios útiles para los demás permite no sólo destacar el valor de los mayores, sino también cuantificar en términos económicos la magnitud de sus aportaciones (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Díez-Nicolás,

López-Bravo y Schettini, 2011). En el caso de la actividad productiva por excelencia a lo largo de la vida, el trabajo, su remuneración es una medida de su valor social. En el caso de otras actividades no remuneradas que realizan los mayores, tales como los cuidados a personas con dependencia, el mantenimiento del hogar, la participación en la crianza de nietos o las tareas de voluntariado, ese valor implica que, de no ser realizadas por los mayores, requerirían la contratación de personas que las llevaran a cabo. En este sentido, son también actividades productivas en la vejez, en tanto contribuyen al sostenimiento de la sociedad y aportan un beneficio social.

Esta naturaleza inherentemente social del concepto de envejecimiento productivo supone reconocer que la persona vive en comunidad y que la integración en esa comunidad es una meta a perseguir. Por ello es un concepto estrechamente vinculado a aspectos de política social, dado que permite examinar los factores y estructuras que pueden facilitar o entorpecer esa integración y participación en la comunidad, así como proponer transformaciones en estructuras e instituciones sociales que perpetúan una visión pasiva de los mayores y que dificultan envejecer productivamente.

En ocasiones, se ha acusado a la noción de envejecimiento productivo de trasladar una visión excesivamente economicista del 'buen envejecer', enfatizando los valores del trabajo y la productividad con independencia de las repercusiones que la actividad pueda tener en la persona que la lleva a cabo. Si bien implicarse en actividades productivas beneficia la salud y disminuye la probabilidad de que aparezca un acusado declive físico (Jung, Gruenewald, Seeman y Sarkisian 2010), y también parece tam-

bién tener implicaciones positivas para el bienestar (Wahrendorf, von dem Knesebeck y Siegrist, 2006), estos beneficios individuales no son ni el centro de atención ni la clave para considerar una actividad como más o menos productiva, así como tampoco determinan las actuaciones destinadas a promover el envejecimiento productivo.

El reto es encontrar un concepto que permita entender y estudiar el 'buen envejecer' aunando sus aspectos individuales y sociales. Es decir, un concepto que ofrezca metas claras de desarrollo fundamentadas en las contribuciones de los mayores a los contextos sociales en los que participan y que, al mismo tiempo, enmarque esas contribuciones dentro de un esquema de desarrollo individual, de consecución de ganancias y beneficios personales que también sean posibles en la última etapa de la vida.

En este sentido, el estudio de la generatividad parece cumplir estas condiciones. Diferentes líneas de investigación iniciadas en los últimos años (Schoklitsch y Baumann, 2012) avalan el potencial de su aplicación a la vejez. Sin embargo, antes de examinarlas, quizá conviene definir qué es la generatividad y a qué referentes remite.

¿Qué es la generatividad?

El concepto de generatividad aparece en la teoría de Erik Erikson. Este autor plantea el desarrollo a lo largo del ciclo vital dividido en ocho etapas, cada una de las cuales implica cierto desafío o crisis evolutiva (Erikson, 1982). La generatividad es el foco de la séptima etapa y cronológicamente aparece vinculada a la mediana edad. Se define como el interés por guiar y asegurar el bienestar de las siguientes generaciones y, en último término, por dejar un legado

que nos sobreviva. Este interés nace tanto de necesidades internas (enraizadas en cuestiones de tipo instintivo, según Erikson) como de fuerzas sociales externas a la persona, convirtiéndose en una expectativa cuando se llega a la mitad de la vida. En el modelo de Erikson, la superación con éxito de determinada etapa aporta determinada cualidad al yo, fortaleciéndolo y aumentando la probabilidad de abordar con éxito los retos de las etapas que siguen. En el caso de la generatividad, el cuidado es esa cualidad asociada. De esta manera, la teoría de Erikson es una teoría de desarrollo, en la que a partir de la superación de las crisis propias de cada etapa, la persona adquiere competencias y madurez.

La generatividad se puede expresar a partir de actividades muy variadas, como la crianza de los hijos, el cuidado a personas dependientes, la formación de los jóvenes, la producción de bienes y servicios, la mentorización o el compromiso social y la participación cívica y política. En cualquier caso, implica contribuir al bien común de los entornos en los que las personas participan (la familia, la empresa, la comunidad, etc.), para reforzar y enriquecer las instituciones sociales, asegurar la continuidad entre generaciones o plantear mejoras sociales.

A pesar del potencial que tiene el concepto de generatividad, tras los escritos de Erikson y durante más de dos décadas apenas tuvo continuidad en la literatura científica. Cuando se recuperó, a mediados de la década de los 80, se hizo ya sin los supuestos teóricos y conceptuales de tipo psicodinámico que caracterizaban la propuesta original de Erikson.

John Kotre es uno de los protagonistas de esta recuperación de la idea de generatividad.

Su principal aportación (Kotre, 1984) estriba en la diferenciación entre dos tipos de generatividad: la comunitaria, que implica nutrir y cuidar de otros, establecer vínculos entre el yo y las otras personas, y la agéntica, relacionada con la extensión y fortalecimiento del yo mediante el liderazgo, la producción o la actividad creativa. También acuña el concepto de generatividad cultural, que hace referencia al interés de los adultos por transmitir los instrumentos e ideas propios de una cultura a las siguientes generaciones.

Pero quizá el autor que más ha impulsado la reintroducción de la generatividad dentro del estudio del desarrollo personal y social en la mediana edad es Dan McAdams. Este autor propone un marco conceptual en el que diferencia seis elementos generativos (McAdams, 2001): (1) un deseo o necesidad interna que impulsa a las personas a generar o cuidar de personas y objetos significativos que vayan más allá de ellos y les sobrevivan; (2) una demanda cultural que ofrece estándares y expectativas en relación a cuándo y cómo las personas han de cuidar y responsabilizarse de las nuevas generaciones; (3) el interés generativo, que se origina en los dos elementos anteriores y se define como una actitud favorable hacia cuestiones generativas, ya sea el mantenimiento y mejora de las instituciones sociales o el cuidado por el bienestar de otros; (4) el compromiso generativo, definido por el establecimiento de objetivos y planes vitales que expresan ese interés en diferentes contextos vitales; (5) el comportamiento generativo, o puesta en marcha y concreción en comportamientos de esos objetivos y planes y, por último, (6) las narraciones en las que las personas comunican y dan sentido a sus esfuerzos generativos, inte-

grándolos dentro de una historia de vida que supone la expresión de la identidad personal.

Una segunda aportación relevante de McAdams y su equipo de investigación reside en la variedad de metodologías con las que ha estudiado la generatividad, variedad que responde a la diversidad de fenómenos generativos que se incluyen dentro de su teoría. Así, McAdams ha desarrollado escalas cuantitativas para evaluar tanto el interés generativo (*Loyola Generative Scale*) como las acciones generativas (*Generative Behavior Checklist*). También ha utilizado metodologías de tipo cualitativo, como las frases incompletas y el análisis narrativo de historias vitales, para aproximarse a los objetivos y planes generativos y a las narraciones generativas, respectivamente (McAdams y de St. Aubin, 1992; McAdams, Diamond, de St. Aubin y Mansfield, 1997).

Las propuestas de McAdams han generado interesantes líneas de investigación, entre las que destacan aquellas que tratan de identificar distintos dominios en los que se expresa la generatividad (Morfei, Hooker, Carpenter, Mix y Blakeley, 2004), las que exploran los diferentes factores que se vinculan a los distintos fenómenos generativos, ya sea como antecedentes o como consecuentes (ver, por ejemplo, Hofer, Busch, Chasiotis, Kartner y Campos, 2008) o estudios que proponen diferentes estatus de generatividad, que proporcionan maneras más individualizadas de resolver los desafíos que implica ser generativo (Bradley, 1997).

La generatividad en la vejez

La teoría de Erikson circunscribía la generatividad a la mediana edad. Desde este marco, una vez los adultos conseguían ser

generativos, estaban preparados para abordar el reto de la vejez, la integridad, que supone una revisión de la propia vida para tratar de encontrarle significado y sentir que ha merecido la pena.

Este planteamiento eriksoniano de desarrollo que asocia determinadas tareas a etapas vitales específicas es, al mismo tiempo, demasiado estricto y demasiado simple y ha sido puesto en duda desde diferentes puntos de vida. En concreto, se ha argumentado que, más que desaparecer para ser sustituidos por otros, los intereses vinculados originalmente a una etapa podrían mantenerse a lo largo de la vida en mayor o menor medida (Bradley, 1997). En el caso de la generatividad, el propio Erikson en sus últimos escritos (Erikson, Erikson y Kivnick, 1986) plantea el concepto de **grand generativity**, que trata de reconocer las diversas formas en las que los mayores ayudan a otros (como padres, como abuelos, como amigos, como mentores, etc.) a la vez que aceptan también la ayuda de otros y expresan su interés por perpetuar conocimientos y valores en futuras generaciones.

Sin embargo, más que proponer una novena etapa de desarrollo, quizá podríamos preguntarnos si la generatividad, tal y como es definida para la mediana edad, no podría tener también sentido y continuidad en la vejez. Algunos indicios parecen sugerir que así podría ser.

Por ejemplo, desde un punto de vista empírico, la asociación estricta entre generatividad y mediana edad es dudosa. El interés y ciertas actividades generativas se mantienen en la vejez, por lo que las personas de mediana edad únicamente superan a los mayores en algunas (pero no en todas) las dimensiones generativas (McAdams, de St. Aubin y Logan, 1993; Sheldon y Kasser,

2001). También desde un punto de vista demográfico y social existen argumentos que refuerzan el lugar central que la generatividad puede ocupar en las últimas décadas de la vida. Así, estamos asistiendo a un cambio en el perfil de las personas mayores, en el que las nuevas generaciones de mayores están más formadas y disfrutan de buenos niveles de salud durante más años. Este fenómeno facilita que cada vez más mayores puedan y quieran seguir contribuyendo en la familia (como abuelos que ayudan en tareas de educación y crianza, como padres de hijos que cada vez tardan más independizarse o como cuidadores de familiares dependientes), o en la comunidad (realizando tareas de voluntariado, participando en organizaciones de diversa naturaleza, o trabajando de forma remunerada). Estas tendencias, potenciadas además por la retórica del envejecimiento activo y una visión más optimista de la vejez que comentábamos en apartados anteriores, refuerzan la idea de que los mayores pueden contribuir de manera significativa a los contextos en los que participan, haciendo estos contextos, a su vez, más proclives y sensibles a esas contribuciones.

De esta manera, la generatividad se presenta como un conjunto de intereses, objetivos y actividades relevantes para las personas mayores que llenan de contenido y orientan los procesos adaptativos descritos en apartados anteriores. Desde este punto de vista, el buen envejecer supondría aplicar de manera eficiente las amplias capacidades que se conservan en la vejez para conseguir metas con sentido como las que propone la generatividad.

La generatividad en la vejez ofrece un marco de trabajo amplio que comprende diversas actividades y contextos no sólo muy

relevantes desde un punto de vista científico, sino también con un indudable interés social y político, como son las contribuciones de los mayores al funcionamiento de la familia, su implicación en la vida cívica y participación social, su papel en las relaciones intergeneracionales o su implicación en procesos de formación, capacitación y *empowerment*. Todas estas actividades sitúan a la generatividad en la vejez en la línea del concepto de envejecimiento productivo, enfatizando las contribuciones de los mayores al bien común y su concepción como recurso y no como carga.

Sin embargo, la generatividad en la vejez implica además un componente de desarrollo personal, de crecimiento y madurez que está ausente en otras nociones propuestas para el estudio del buen envejecer. Así, hablar de generatividad en la vejez supone enmarcar las últimas décadas de la vida dentro de un modelo de desarrollo en el sentido tradicional, que no se encuentra únicamente anclado en las ideas de mantenimiento o regulación de la pérdida y que permite ser aún más optimista y potenciar las posibilidades de ganancia en la vejez. Una ganancia que podría estar presente incluso ante la presencia de pérdidas, que en ocasiones son el desencadenante de nuevos aprendizajes y cambios en las prioridades vitales (Black y Rubinstein, 2009, de Meeiros, 2009).

En suma, hablar de la generatividad en la vejez permite articular dos tipos de desarrollo. Por una parte, el desarrollo social y comunitario, ya que las actividades generativas están orientadas al cuidado, mantenimiento y mejora tanto de las personas con las que nos relacionamos como de las instituciones en las que participamos. Por otra parte, la generatividad implica también un

desarrollo individual, porque a partir de la acción generativa la persona encuentra significado en su vida y es capaz de potenciar competencias, habilidades e intereses que amplían, a su vez, el rango de actividades generativas posibles para una determinada persona.

De acuerdo con este modelo, es posible potenciar la generatividad en la vejez por dos vías complementarias. En primer lugar, y desde un punto de vista individual, capacitando a la persona, a partir de procesos

educativos, para que pueda desempeñar nuevos roles socialmente significativos. En segundo lugar, y desde un punto de vista social y comunitario, modificando los contextos de participación para abrirlos a las contribuciones de los mayores y favorecer que puedan implicarse en ellos. Para ello necesitamos tanto un cambio cultural, alejándonos de los tradicionales estereotipos negativos sobre los mayores, como un conjunto de políticas sociales que sean capaces de modificar esos contextos en una dirección generativa (ver figura 1).

Figura 1. La generatividad como vínculo entre el desarrollo personal y el desarrollo social.



Ámbitos generativos en la vejez

Llegados a este punto cabe preguntarse cuáles son los principales ámbitos y actividades que podemos considerar generativas en la vejez. Es decir, aquellas que por una parte contribuyen al bien común y la

continuidad y mejora social mientras que, por otra parte, sirven para potenciar el desarrollo individual (ver figura 2). Estas actividades se originan en un deseo o interés generativo previo, aunque no siempre que existe este deseo se es capaz de canalizarlo en actividades generativas concretas.

Figura 2. Ámbitos de la generatividad en la vejez



La definición de estos ámbitos generativos tiene importantes implicaciones para la consideración sobre cuál es el papel social de los mayores y cuál podría ser en el futuro.

En este sentido, los ámbitos de actividad generativa son similares a los que se consideran cuando se habla de envejecimiento productivo, y son fundamentalmente tres: el trabajo remunerado, el voluntariado y la participación cívica y el cuidado a otras personas.

Respecto al trabajo remunerado, tradicionalmente se le ha considerado una de las principales fuentes de estatus e identidad para los adultos. Tras la jubilación, que en

muchos países se establece de forma obligatoria a determinada edad (típicamente, los 65 años) la persona se ve privada de estos efectos beneficiosos del trabajo.

Sin embargo, aunque el porcentaje de personas que trabajan disminuye drásticamente tras los 65 años, algunos mayores continúan ejerciendo labores remuneradas. Este colectivo tenderá a crecer en el futuro, como consecuencia de la aplicación de políticas de jubilación flexible. Estas políticas, motivadas principalmente por un intento de garantizar la sostenibilidad de los sistemas de pensiones, refuerzan el papel de los mayores en el mercado de trabajo y pueden favorecer el mantenimiento de

los beneficios, en términos de mejor salud mental y bienestar psicológico, vinculados al trabajo remunerado en la vejez (James y Spiro, 2006).

Sin embargo, quizá el ámbito más claramente relacionado a la idea de generatividad es la participación en actividades de voluntariado en la vejez. Si bien es un tipo de actividad todavía minoritaria (Erlinghagen y Hank, 2006), implicarse en actividades de voluntariado en la vejez es una forma de llenar de manera creativa el tiempo después de la jubilación y de continuar aprovechando las competencias adquiridas en momentos anteriores de la vida para la conseguir fines sociales. Desde este punto de vista, el voluntariado conecta a los individuos entre sí y alimenta el sentido de obligación y confianza necesarios para ejercer la acción social en el ámbito local, incrementando el capital social de una comunidad (Putnam, 2000).

Los beneficios del voluntariado no sólo revierten en la comunidad, sino que también se extienden a las propias personas mayores implicadas en ese tipo de tareas. El voluntariado en la vejez ha sido vinculado a la presencia de una mejor salud física y a menor mención de síntomas de depresión (Lum y Lightfoot, 2005), así como a mayores niveles de bienestar y autoestima (Greenfield y Marks, 2004). Se ha propuesto que estos efectos son el resultado del aumento de recursos, de redes sociales, de poder y de prestigio asociados a la participación en el voluntariado formal.

El compromiso con el funcionamiento y desarrollo futuro de la sociedad que implica la actividad voluntaria se concreta incluso con mayor claridad en la participación cívica que desarrollan muchos mayores. Esta participación puede ser de muy dife-

rente tipo, desde la implicación en asociaciones con fines sociales hasta aquellas actividades orientadas al cambio social y con una intencionalidad política. La participación cívica facilita el acceso de los mayores a los recursos psicológicos y sociales de la comunidad, aumenta su red social y es una vía para obtener estatus y sentimientos de logro (Dávila y Díaz-Morales, 2009). Por otra parte, ayuda a reforzar los vínculos de esa comunidad, genera confianza entre sus miembros y crea un sentido de solidaridad y mutua obligación, aumentando las posibilidades de colaboración y acción colectiva.

Por último, el cuidado es otro de los ámbitos típicos de actividad generativa. En concreto, tener nietos es una de las mejores oportunidades para ser generativo en la vejez. El papel de los abuelos como proveedores de cuidados cuando los padres no pueden ocuparse es claramente una contribución social de los mayores y, al mismo tiempo, una tarea donde expresar el interés por las nuevas generaciones que implica la generatividad. En este sentido, Thiele and Whelan (2008) encontraron que el interés generativo era un buen predictor de la satisfacción que experimentan los abuelos que ofrecen cuidados a sus nietos. De igual forma, los cuidados a nietos se mencionan como una forma de sentirse útil, de enriquecimiento y de mejora, e incluso un medio para (re) descubrir nuevas capacidades (Villar, Celdrán y Triadó, 2012). Sin embargo, cuando la tarea de cuidar nietos sobrepasa cierta intensidad (por ejemplo, cuando los abuelos han de ocuparse de la custodia de los nietos en casos de muerte, encarcelamiento, enfermedad mental o drogadicción de los padres) también puede convertirse en una tarea estresante que implica consecuencias adversas. En cualquier caso, el interés ge-

nerativo predice los deseos de cuidar, que a su vez son claves para que la persona obtenga ganancias personales realizando esa tarea (Hoppmann y Klumb, 2010).

Otros tipos de cuidado, como el que se ofrece a personas con dependencia, han sido menos estudiados desde el punto de vista de la generatividad. Tradicionalmente, la tarea del cuidador principal en estos casos se ha considerado como una gran fuente de estrés y de consecuencias negativas para la salud y el bienestar. Sin embargo, algunos estudios también resaltan cómo, pese a todo, los cuidadores también pueden experimentar ganancias ligadas a sentimientos de logro y competencia personal, de autorrealización y cambios en la filosofía de vida (p.e. Netto, Goh y Yap, 2009; Sanders, 2005) que claramente estarían relacionadas con la generatividad.

Otras actividades también frecuentes en la vejez no cumplen con los criterios que definen la generatividad: la confluencia de desarrollo social y oportunidades para de desarrollo personal. Por ejemplo, las tareas del mantenimiento del hogar, que sin duda pueden considerarse productivas, difícilmente suponen una oportunidad para el crecimiento personal o son una gran fuente de satisfacción. En sentido diferente, la implicación en actividades de ocio que únicamente tienen como objetivo el bienestar o el desarrollo personal, aún siendo muy valiosas para la persona, tampoco podrían calificarse como generativas si no tienen un efecto en otros, más allá del beneficio puramente individual.

En el caso de las actividades educativas, sólo pueden considerarse relacionadas con la generatividad en la medida en que a través de ellas la persona adquiere o fortalece competencias que le permiten desarrollar

otras actividades generativas. En este sentido, la educación es un medio para el fomento de la generatividad en la vejez, como se expresa en la figura 1. Sin embargo, cuando la participación en actividades educativas únicamente supone beneficios individuales, ligados al ‘aprender por el placer de aprender’, tendrían poco que ver con la generatividad en la vejez, aun cuando fuesen muy importantes para los mayores que las desarrollan (Villar y Celdrán, 2012).

Conclusión y perspectivas

En el artículo se ha tratado de delimitar diferentes conceptos que se han utilizado para el estudio del ‘buen envejecer’, subrayando sus contribuciones y también sus limitaciones. Se ha argumentado cómo estos conceptos pueden ser complementados y enriquecidos por la perspectiva que aporta la generatividad en la vejez. Por una parte, la generatividad supera el sesgo clínico que presenta la visión de Rowe y Kahn (1998). Por otra, ofrece una serie de objetivos y actividades concretas sobre las que operarían los procesos adaptativos definidos por las teorías del ciclo vital, concretándolos, y situando el envejecimiento positivo también en un plano social. Así, ‘envejecer bien’ pasa a fundamentarse no sólo en la eficiencia de procesos intrapsíquicos, o el bienestar emocional que pueda derivarse de ello, sino también en las aportaciones que los mayores son capaces de realizar en contextos sociales en los que participan, destacando las contribuciones que son capaces de hacer en entornos familiares, laborales o comunitarios. Por último, y a diferencia del concepto de envejecimiento productivo, la generatividad permite la convergencia entre el desarrollo comunitario y el desarrollo

personal, entendido este desarrollo personal como la consecución de mayores cotas de madurez y crecimiento personal. En la

tabla 1 se presenta una comparación de la generatividad con el resto de conceptos discutidos en el artículo.

Tabla 1. Comparación entre diferentes conceptos para el estudio científico del buen envejecer

	Envejecimiento con éxito (estado ideal)	Envejecimiento con éxito (proceso)	Envejecimiento productivo	Envejecimiento generativo
Valores axiales	Salud, autonomía	Adaptación, homeostasis	Participación, ética del trabajo	Madurez, desarrollo
Punto de vista	Individual	Individual	Social	Psicosocial
Disciplinas más implicadas	Ciencias de la salud	Ciencias del comportamiento	Ciencias sociales	Ciencias del comportamiento y ciencias sociales
Teoría de referencia	Compresión de la morbilidad	Teorías del ciclo vital (p.e. modelo SOC)	Teoría de la actividad	Teoría de Erikson
Objetivos prioritarios	Mantenimiento de una alta funcionalidad	Estabilidad y compensación de pérdidas	Implicación en el sostenimiento y la mejora de la comunidad	Ganancias personales y ganancias sociales
Criterios para el buen envejecer	Longevidad Morbilidad reducida	Satisfacción vital, bienestar	Valor social y económico de las contribuciones	Crecimiento personal Contribuciones sociales
Implicaciones prácticas	Promoción de comportamientos saludables y de la autonomía	Intervenciones compensadoras, reescalamiento y cambio de metas	Extensión de la vida laboral Fomento de la actividad con valor social	Desarrollo de competencias personales Creación de entornos que estimulen la participación
Lectura clave	Rowe y Kahn (1998)	Baltes y Baltes (1990)	Bass, Caro y Chen (1993)	Erikson, Erikson y Kivnick (1986).

En suma, la idea de generatividad en la vejez es un marco prometedor para un estudio de los aspectos positivos de la vejez en varios sentidos, y ha despertando un incipiente interés científico en los últimos años. Para

potenciar este interés, la investigación en este ámbito ha de abordar, en nuestra opinión, diversos retos que van a dar la medida de la fecundidad de la actividad generativa como fundamento del buen envejecer.

En primer lugar, es importante aclarar cuáles son los factores que desencadenan o favorecen la generatividad en la vejez, así como sus principales consecuencias. Un aspecto relevante es la identificación de los factores que benefician o dificultan que los deseos generativos lleguen a transformarse realmente en actividad generativa. En cuanto a las consecuencias de la actividad generativa, la investigación en este ámbito ha de ayudar a identificar aspectos comunes y diferenciales entre la gran variedad de actividades y contextos generativos en los que se implican los mayores.

En segundo lugar, la investigación sobre la generatividad en la vejez deberá abordar sus implicaciones evolutivas al menos en dos sentidos. Por una parte, ha de ayudar a esclarecer elementos de continuidad y discontinuidad de la generatividad en la vejez respecto a etapas anteriores de la vida. En especial, obviamente, interesa hasta qué punto difiere el interés y expresión generativa en la mediana edad, etapa para la que fue propuesto el concepto, y la vejez. Por otra parte, también será necesario abordar hasta qué punto y qué aspectos de la generatividad son susceptibles de cambio a lo largo del proceso de envejecimiento y, particularmente, cuando llega la vejez avanzada, ya que estos últimos años de la vida presentan características cualitativamente diferentes, y mucho menos optimistas que las de la vejez más temprana (Baltes y Smith, 2003). En relación con esta cuestión, es interesante explorar hasta qué punto la generatividad, a lo largo del envejecimiento, coincide, se complementa o se ve sustituida en parte por otros intereses y actividades que han sido propuestos para la vejez, como los relacionados con la idea de integridad, interioridad o gerotrascen-

dencia (Brown y Lowis, 2003, Tornstam, 1996). Estos fenómenos suponen un 'mirar hacia dentro', una cierta desvinculación social que contrasta con la propuesta de la generatividad.

Por último, la investigación en este ámbito también ha de aclarar hasta qué punto la generatividad en la vejez es un interés general de todas las personas mayores o atañe sólo a cierto perfil de mayores. Como la investigación ha mostrado, la gran mayoría de personas mayores está especialmente motivada a realizar actividades que implican una satisfacción presente (Carstensen, 2006). Una parte de ellos, además, pueden estar interesados en actividades de las que, además de derivar sentimientos placenteros, impliquen un crecimiento personal. Por último, quizá algunos de estos mayores encuentren un camino para el crecimiento personal en actividades que, al mismo tiempo, supongan una mejora de las comunidades donde viven, un desarrollo social y una orientación al bien común que revierta en las futuras generaciones (ver figura 3). Sólo en ese caso, cuando en la actividad que se realiza aúna un sentimiento de la satisfacción con lo que se hace, el desarrollo personal y la mejora del contexto social en el que se lleva a cabo la actividad, podemos hablar de generatividad en la vejez.

Entre las ventajas de la vejez, una de la más destacables es que, en general, las obligaciones laborales han terminado, por lo que la persona es libre de llevar a cabo actividades que se sitúen en diferentes niveles de la jerarquía que expresa la figura 3. Habrá quienes prefieran limitarse a actividades sólo expresivas, cuyos beneficios reviertan sobre todo en términos de satisfacción individual. Otros, sin embargo, pueden querer algo más. Es necesario en ese caso

proveer de formación y oportunidades de participación que lo estimulen. Va en ello no sólo el logro de mayores cotas de bienestar para los mayores y la relevancia de su

papel dentro de la sociedad, sino también el sostenimiento mismo de esa sociedad, que necesita de la contribución solidaria de todas las generaciones.

Figura 3. La generatividad supone la integración de tres beneficios: satisfacción, desarrollo personal y desarrollo comunitario



Referencias

- Angus, J., y Reeve, P. (2006). Ageism: A threat to "aging well" in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology*, 25, 137-152.
- Baltes, M.M. y Carstensen, L.L. (1996). The process of successful aging. *Ageing and Society*, 16, 397-422.
- 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.
- Baltes, P.B. 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
- Bass, S.A., Caro, F.G. y Chen, Y.P. (1993). *Achieving a productive aging society*. Westport: Auburn House.
- Black, H.K y Rubinstein, R.L. (2009). The effect of suffering on generativity: Accounts of elderly African American men. *Journals of Gerontology B: Psychological and Social Sciences*, 64B, P296-P303.
- Boerner, K. y Joop, D. (2007). Improvement/Maintenance and reorientation as central features of coping with major life change and loss: Contributions of three life-span theories. *Human Development*, 50, 171-195.
- Bradley, C.L. (1997). Generativity-Stagnation: Development of a status model. *Developmental Review*, 17, 262-290.
- Brown, C. y Lows, M.J. (2003). Psychosocial development in the elderly: An investigation into Erikson's ninth stage. *Journal of Aging Studies*, 17, 415-426.
- Carstensen, L.L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913-1915.
- Chou, K.L. y Chi, I. (2002). Financial strain and life satisfaction in Hong Kong elderly Chinese: Moderating effect of life management strategies including selection, optimization, and compensation. *Aging and Mental Health*, 6, 172-177.

- Cumming, E. y Henry, W.E. (1961). *Growing Old*. Nueva York: Basic Books.
- Dávila, C. y Díaz-Morales, J.F. (2009). Voluntariado y tercera edad. *Anales de Psicología*, 25, 375-389.
- de Medeiros, K. (2009). Suffering and generativity: Repairing threats to the self. *Journal of Aging Studies* 23, 97-102.
- Dillaway, H.E. y Byrnes, M. (2009). Reconsidering successful aging. A call for renewed and expanded academic critiques and conceptualizations. *Journal of Applied Gerontology*, 28, 702-722.
- Erikson, E.H. (1982). *The life cycle completed*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E.H., Erikson, J.M. y Kivnick, H.Q. (1986). *Vital involvement in old age*. Nueva York: Norton.
- Erlinghagen, M. y Hank, H. (2006). The participation of older Europeans in voluntary work. *Ageing & Society*, 26, 567-584.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Díez-Nicolás, J., López-Bravo, M.D., Molina, M.A. y Schettini, R. (2011). Productivity in old age. *Research on Aging*, 33, 205-226.
- Freund, A. M. (2008). Successful aging as management of resources: The role of selection, optimization, and compensation. *Research in Human Development*, 5, 94-106.
- Freund, A. M. y Baltes, P. B. (2007). Toward a theory of successful aging: Selection, optimization, and compensation. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology: European perspectives for an aging world* (pp. 239-254). Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Freund, A. M. y Riediger, M. (2003). Successful aging. En R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks y J. Mistry (Eds.), *Handbook of psychology: Vol. 6. Developmental Psychology* (pp. 601-628). Nueva York: Wiley
- Fries, J.F. (1980). Aging, Natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 303, 130-1355.
- Greenfield, E.A. y Marks, N.F. (2004). Formal volunteering as a protecting factor for older adults' psychological well-being. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59B, 258-264.
- Havighurst, R.J. (1963). Successful aging. En R.H. Williams, C. Tibbitts y W. Donohue (Eds.), *Processes of aging: Social and psychological perspectives* (vol. 1, pp. 299-320). Nueva York: Atherton.
- Hofer, J., Busch, H., Chasiotis, A., Kärtner, J. y Campos, D. (2008). Concern for generativity and its relation to implicit pro-social power motivation, generative goals, and satisfaction with life: A cross-cultural investigation. *Journal of Personality*, 76, 1-30.
- Holstein, M.B. y Minkler, M. (2003). Self, Society, and the "new gerontology". *The Gerontologist*, 43, 787-796.
- Hoppmann, C.A. y Klumb, P.L. (2010). Grandparental investment facilitates harmonization of work and family in employed parents: A lifespan psychological perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 33, 27-28.
- James, J. y Spiro, A. III. (2006). The impact of work on the psychological health and well-being of older Americans. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 26, 153-173.
- Jung, Y, Gruenewald, T.L., Seeman, T.E. y Sarkisian, C.A. (2010). Productive activities and development of frailty in older adults. *Journal of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, 65B, 256-261.
- Kotre, J. (1984). *Outliving the self: Generativity and the interpretation of lives*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Lum, T.Y. y Lightfoot, E. (2005). The effects of volunteering on the physical and mental health of older people. *Research on Aging*, 27, 31-55.
- McAdams, D. P. (2001). Generativity in midlife. En M. Lachman (Ed.), *Handbook of midlife development* (pp. 395-443). Nueva York: Academic Press.
- McAdams, D. P. y de St. Aubin, E. (1992). A theory of generativity and its assessment through self-report, behavioral acts, and narrative themes in autobiography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 1003-1015.
- McAdams, D.P., de St. Aubin, E. y Logan, R. (1993). Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging*, 8, 221-230
- McAdams, D.P., Diamond, A., de St. Aubin, E. y Mansfield, E. (1997). Stories of commitment: The psychosocial construction of generative lives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 678-694.
- Morfei, M.Z., Hooker, K., Carpenter, J., Mix, C. y Blakeley, E. (2004). Agentic and communal generative behavior in four areas of adult life: Implications for psychological well-being. *Journal of Adult Development*, 11, 55-58.
- Netto, N.R., Goh, Y.N.J. y Yap, L.K.P. (2009). Growing and gaining through caring for a loved one with dementia. *Dementia*, 8, 245-261.
- Putnam, R.D. (2000). *Bowling Alone: The Collapse and Revival of American Community*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Riediger, M. y Ebner, N. C. (2007). A broader perspective on three lifespan theories: Comment on Boerner and Jopp. *Human Development*, 50, 196-200.
- Rowe, J. W. y Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. Nueva York: Pantheon.

Sanders S. (2005). Is the glass half empty or full? Reflections on strain and gain in caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Social Work in Health Care, 40*, 57-73.

Scheidt, R.J., Humpherys, D.R. y Yorgason, J.B. (1999). Successful aging: What's not to like. *Journal of Applied Gerontology, 18*, 277-282.

Schoklitsch, A. y Baumann, U. (2012). Generativity and aging: A promising future research topic? *Journal of Aging Studies*.

Sheldon, K.M. y Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span. *Developmental Psychology, 37*, 491-501.

Staudinger, U.M., Freund, A.M., Linden, M., y Maas, I. (1999). Self, personality, and life regulation: Facets of psychological resilience in old age. In 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.

Strawbridge, W. J., Wallhagen, M. I. y Cohen, R. D. (2002). Successful aging and well-being: Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontologist, 42*, 727-733.

Thiele, D.M. y Whelan, T.A. (2008). The relationship between grandparent satisfaction, meaning, and generativity. *International Journal of Aging and Human Development, 66*, 21-48.

Tornstam, L. (1996). Gerotranscendence: The contemplative dimension of aging. *Journal of Aging Studies, 11*, 143-154.

Villar, F. y Celdrán, M. (2012). Generativity in older age: A challenge for universities of the third age (U3A). *Educational Gerontology*.

Villar, F., Celdrán, M. y Triadó, C. (2012). Grandmothers offering regular auxiliary care for their grandchildren: An expression of generativity in later life? *Journal of Women and Aging*.

Wahrendorf, M., von dem Knesebeck, O. y Siegrist, J. (2006). Social productivity and well-being of older people: Baseline results from the SHARE study. *European Journal of Ageing, 3*, 67-73.

WHO (2002). *Active ageing: A policy framework*. Ginebra: World Health Organization. Disponible online en http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf [consultado el 5 de noviembre de 2009]

Fecha de recepción: 29/07/2012

Fecha de aceptación: 30/10/2012

Educación y envejecimiento: el envejecimiento constructivo

José Arnay, Javier Marrero, Inmaculada Fernández
Universidad de La Laguna

“La posición social del clasificado como viejo no es la consecuencia de su envejecimiento físico o psíquico, sino por su posición en relación con el mercado de trabajo y las relaciones y estructuras que éste determina....el espacio taxonómico de la ancianidad no tiene nada de biológico ni de natural, sino que es el resultado de una construcción social que tiene aspectos tanto práctico-legales como imaginarios y representacionales”

(Delgado, 2003: 13)

resumen/abstract:

Este artículo plantea una reflexión sobre las relaciones entre la educación superior y el envejecimiento, sus posibilidades y ventajas, analizadas desde las experiencias educativas de las Universidades para Mayores.

Se propone el concepto *de envejecimiento constructivo* como un concepto específico de los procesos de enseñanza y aprendizaje, frente a otras denominaciones que no toman en consideración estos procesos de educación formal. Se discute el papel que juegan los estereotipos sobre las personas mayores en este tipo de educación y se aboga por producir un cambio sociocultural en las visiones al uso en relación al envejecimiento. También se analizan las posibilidades de las personas adultas y mayores en situaciones de aprendizaje formal, que habitualmente se considera como algo circunscrito a los años que dura la vida laboral de las personas. Por último se propone la idea de promover una educación emancipadora para este tipo de experiencias.

This article reflects on the relationship between higher education and aging, their potential and advantages, analyzed from the educational experiences of the Universities for the elderly. We propose the concept of constructive aging as a specific concept of the teaching and learning, compared to other denominations that do not take into account these processes of formal education. We discuss the role of stereotypes about older people in this type of education and calls for a change sociocultural views for use in relation to aging. It also discusses the possibilities of adults and older in formal learning situations, usually seen as something confined to the years-long working life of people. Finally we propose the idea of promoting an emancipatory education for this type of experience.

palabras clave/keywords:

Educación, envejecimiento, envejecimiento constructivo, aprendizaje, emancipación.

Education, aging, constructive aging, learning, emancipation.

Introducción

De los múltiples aspectos que rodean al proceso de envejecimiento uno de los menos estudiados es el papel que juega la Educación Superior en el mismo. Es cierto que el sistema educativo español cuenta con una larga tradición en cuanto a la educación de personas adultas, pero es relativamente reciente la apertura de las universidades a este segmento de la población, mediante programas específicos de formación cuya principal finalidad no está ligada al logro de una acreditación académica de cara al mercado laboral.

Estas experiencias están dirigidas a personas adultas y mayores, normalmente a partir de cincuenta años, hasta los ochenta o más, que buscan en este tipo de educación una mayor satisfacción personal a varios niveles: personales, intelectuales, emocionales, relacionales, etc. Los destinatarios son parte de ese segmento social poco visible en los medios de comunicación, que cuando aparecen se muestran desde una óptica negativa y poco atractiva de esa etapa de la vida.

Pero el valor de estas experiencias educativas es que también sirve para manifestar, aún sea de una forma limitada, que lo que conocemos sobre las personas adultas mayores a menudo no se corresponde con su realidad de vida, sino con visiones cargadas de prejuicios, estereotipos negativos y gran desconocimiento general.

Es importante entender que el concepto de persona *mayor* es dinámico y también las variadas condiciones -sociales, económicas, sanitarias, personales, estéticas, etc- que conlleva. Las personas que ahora rondan los 65 años o más, es probable que poco o nada tengan que ver con otras de la

misma edad de generaciones precedentes. Los 65 años actuales, como señala la cita de Delgado, no son sino una especie de frontera burocrática, y por tanto arbitraria que, hasta hace muy poco, señalaba que la vida como persona mayor comienza oficialmente cuando se abandona el mercado de trabajo, es decir, con la jubilación.

Sobre ese etapa de la vida después de la jubilación existen dos visiones contrapuestas. La primera tiene un marcado cariz negativo, puesto que se considera la etapa final del ciclo vital y, en este sentido, las personas perderían capacidades físicas y mentales, convirtiéndose en inhábiles en toda una serie de actividades cotidianas y, lo que es peor, en *improductivas* (según la nomenclatura de la economía de mercado), que no inactivas.

Todo ello, en el mejor de los casos, si se logra mantener la línea de la pérdida de capacidades por encima del umbral de la discapacidad, porque en ese otro caso el proceso tendría un declive mucho más acusado. Desde esta visión se trata de un tiempo vital cargado de elementos desfavorables, que algunas personas mayores pueden incluso llegar a asumir como propias, utilizándolo para justificar, entre otras, el propio aislamiento social que sufren.

La segunda perspectiva considera a las personas mayores como sabias, expertas y merecedoras del respeto de los demás, por tanto, deberían gozar de un mayor poder de influencia. Pero esta visión conlleva una paradoja importante. Mientras cuantitativamente las personas mayores están cada vez más representadas socialmente con respecto a otros grupos de edad prevalece, en las sociedades desarrolladas con altas tasas de envejecimiento, la concepción social del envejecimiento, como hemos señalado, con

connotaciones negativas, e incluso de consecuencias peligrosas, por ejemplo, por poner en cuestión la sostenibilidad del, hasta ahora, llamado Estado de Bienestar.

Es probable que esta paradoja resulte de que la población de menos edad puede considerar que está asumiendo riesgos sociales y económicos importantes, porque la sostenibilidad del sistema de protección social puede no estar garantizado cuando a ellos les llegue su momento de utilizarlo, o puede que interpreten que las personas de más edad son sus competidores en un mercado de trabajo cada vez más exiguo.

Con todo ello, parece como algo del pasado el valor y el poder que se confería a la sabiduría y a la experiencia de los mayores del grupo. Hoy se produce una relación inversa entre el número de personas mayores y el estatus social que ocupan: cuantas más personas mayores, menor parece ser su consideración y peso en la sociedad.

¿Por qué se produce esta paradoja? Pues posiblemente debido al hecho de entender el envejecimiento ligado al valor económico de la persona que trabaja frente a quien no lo hace; por el beneficio del valor contable que representa, dado que dicho valor empieza a computar como *gasto* en el momento de la jubilación, con lo cual pierde su cualidad esencial en una economía de mercado.

Por todo ello es probable que el principal reto del envejecimiento en el siglo XXI no sea, como habitualmente se considera, el aumento cuantitativo de personas en este segmento de la población, sino los peligros de la marginación y la exclusión social o laboral por motivos de la edad, lo cual conlleva la inadaptación de esas personas para hacer frente a los nuevos retos que se

plantean desde la economía, la sociedad, la cultura, la política o la educación en sociedades globalizadas.

Si el envejecimiento no es un proceso estático ni homogéneo, entonces podemos entender las relaciones entre el envejecimiento y la educación como un proceso constructivo en una triple faceta. Primero, como un proceso de *autoconstrucción personal*, tendente a lograr la mejora de las capacidades y habilidades disponibles en cada momento, que trata de sacar el máximo de las potencialidades cognitivas, físicas, emocionales o relacionales más adecuadas en cada persona. Esto implica, además, mejorar la autopercepción de cada sujeto de su propio proceso de envejecer, adecuando el necesario equilibrio entre pérdidas y ganancias, equilibrio que no es exclusivo de esta etapa de la vida sino también de otras.

Segundo, el proceso de construcción también afecta al ámbito social del que formamos parte y a los contextos en donde interactuamos. Es necesario que la educación ayude a construir, junto a la visión personal, otras visiones sociales del envejecimiento. Ésta vendrá dada por la propia lógica demográfica, pero también porque es imposible tender un manto de invisibilidad a una parte tan importante de la población.

Mejorar esas visiones significa adelantarnos, con cierta previsión, al tipo de sociedades que les tocará vivir a los que ahora son jóvenes o muy jóvenes, que desconocen que sus vidas van a estar mucho más afectadas por el fenómeno del envejecimiento que en la actualidad.

En ese sentido promover una *educación para el envejecimiento* es importante para no mantener de forma indefinida y artificial

una cultura social de la permanente juventud. El autoengaño que produce vivir en sociedades donde el mercado de la *juvenilización* implica una denodada y permanente lucha contra el envejecimiento puede generar enormes beneficios económicos, pero a costa de propiciar unas expectativas imposibles de cumplir: convertirnos en millones de Dorian Grey.

Partiendo de estas tres ideas genéricas sobre las relaciones entre el envejecimiento y la educación, este artículo aborda otros tres aspectos algo más concretos sobre las prácticas de enseñanza y aprendizaje en relación a este tipo de educación.

La primera es que los espacios de enseñanza y el aprendizaje, como pueden ser las universidades, deben estar al servicio de la educación y la formación de las personas mayores para *construir nuevas visiones personales del mundo* en esas etapas de sus vidas. Es decir, para considerar abiertas todas las posibilidades de interpretación de la realidad, con independencia de la edad. Numerosas evidencias en todos los campos del conocimiento científico, pero también la literatura, el cine o la música aportan datos de que la edad, incluso la más avanzada, puede ser un factor de calidad creativa que no debemos desperdiciar en absoluto. Pero para ello es necesario que la educación también contribuya a un cambio cultural de los estereotipos negativos que aún inundan nuestra sociedad.

Segundo, que esa acción específica de la educación daría lugar a una construcción cognitiva partiendo de tareas y situaciones de aprendizaje mediante procesos de interacción social de las personas en contextos específicos, todo ello con el fin de promover nuevo conocimiento, reinterpretaciones y reorganizaciones de ideas y concepciones

sobre la realidad. Es a esa posibilidad a la que denominamos *envejecimiento constructivo*.

Tercero, que esta educación, contemplada como proceso diacrónico en la vida de las personas, debe ir más allá de una visión utilitarista de la formación, que en estos tiempos parece destinada exclusivamente a la vida laboral. Es precisamente la larga vida postlaboral la que ofrece una magnífica oportunidad para construir una *perspectiva emancipadora* de la propia vida: la vivida y la por vivir.

Realizamos primero el análisis de las percepciones sobre el envejecimiento; en segundo lugar, el análisis de percepciones sobre las capacidades de las personas mayores para aprender; y, por último, proponemos que una educación emancipadora debe transformar varios de los cánones de la educación tradicional.

1. ¿Qué percepciones tenemos sobre el envejecimiento?

Proponer el concepto de *envejecimiento constructivo* puede parecer una pretensión desmedida pues todavía celebramos la idea del envejecimiento activo, posiblemente el concepto más conocido que trata de ofrecer una imagen positiva del envejecimiento y que entiende que la actividad, en general, puede mejorar la calidad de vida de las personas mayores, muchas veces sin caer en la cuenta que dicha denominación presupone que la persona que envejece es esencialmente pasiva, lo cual es un contrasentido.

En realidad, la propuesta no es a favor de un *envejecimiento constructivo para todos*, puesto que hay que circunscribirlo exclusivamente a los procesos de enseñanza y aprendizaje que se realizan en contextos educativos formales, como pueden ser las universidades. O, dicho de otra forma, so-

lamente en los procesos formales es posible que determinado tipo de construcción cognitiva tenga lugar, como explicamos más abajo.

Triado, Celdrán, Conde, Montoro, Pinazo y Villar (2008) hacen una enumeración de las

siete denominaciones distintas sobre el envejecimiento, cada una de las cuales tiene unos objetivos específicos, siendo en unos casos el propio sujeto y, en otros, la comunidad quien se beneficia de las actitudes y acciones que desencadenan los distintos tipos (ver Tabla 1).

Tabla 1. Distintos tipos de envejecimiento según distintos organismos y autores.

Denominación	Objetivo	Beneficiario
Envejecimiento saludable (1)	Salud	El propio sujeto
Envejecimiento activo (2)	Implicación activa en el proceso de Envejecimiento: bienestar físico, psicológico, intelectual	
Envejecimiento con éxito (3)		
Envejecimiento competente (4)		
Envejecimiento satisfactorio (5)		
Envejecimiento óptimo (6)	Participación social	La comunidad
Envejecimiento productivo (7)	Contribución social	

(1)OMS (1990), *Healthy Ageing*. Ginebra: WHO; FRIES (1989), *Aging well*. Reading. Mass: Addison-Wesley Pub. (2) OMS (2002) *Active Ageing*. Ginebra. WHO. (3, 4, 5, 6) BALTES Y BALTES (1990). *Successful Aging*. Nueva York: Pergamon Press; KLEIN Y BLOOM (1997). *Successful Aging* Londres: Plenum Press; ROWE y KAHN (1998), *Successful Aging*. Nueva York: Pantheon Books. (7) CARO y SÁNCHEZ (2005). Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos. En: PINAZO y SÁNCHEZ (Dir.). *Gerontología actualización, innovación y propuestas*. Madrid; Pearson Educación. BASS, CARO Y CHEN (1993). *Achieving a Productive Aging Society Westport*: Auburn House; MORROW-HOWELL, HINTERLONG y SHERRANDEN (Eds.) (2002). *Productive Aging Concepts and Challenges*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.

Fuente: Triadó, C et al (2008). *Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de abuelos a nietos. Implicaciones para su salud y bienestar*. Informe de investigación. Madrid. IMSERSO.

Esas denominaciones tratan de mostrar una imagen positiva del envejecimiento, tal vez como contrapeso a las visiones negativas, aunque resulta evidente que la gente de la calle elabora sus creencias a partir de percepciones y experiencias directas con las cuales construye sus propias ideas sobre la realidad. Por ejemplo, es un hecho que muchas personas conviven día a día con

otras personas que muestran la pérdida de su capacidad funcional, o conocen las malas condiciones económicas de las personas que cobran pensiones que les aproximan al umbral de la pobreza, o la pérdida de determinadas prestaciones sociales, sanitarias o farmacéuticas -como está ocurriendo en el momento histórico que vivimos-, que genera un envejecimiento en riesgo.

Parece cierto que esas siete propuestas sobre el envejecimiento *en positivo* chocan con las percepciones sociales negativas que se detectan en algunos trabajos e investigaciones y que pondrían de manifiesto la contradicción entre aquello que se propone como modelos a seguir y lo que las personas creen realmente.

Debemos tener en cuenta que las personas que pertenecen a una misma cultura o grupo social comparten una serie de representaciones sobre su entorno, conocimiento que impregna cualquier acción y pensamiento en la vida cotidiana, es el denominado conocimiento del *sentido común* (Villar, 1998).

Esas representaciones personales pero socialmente compartidas permiten conocer los modos de elaboración del pensamiento social por el cual las personas construyen, y son construidas, desde una realidad social concreta. Constituyen sistemas de conocimiento e interpretación en los que es posible encontrar estereotipos, valores, creencias y normas que después se transforman o pueden dar lugar a actitudes y conductas, tanto positivas como negativas.

En tal sentido las percepciones sobre las personas mayores que representan el imaginario social, se encuentran divididas, como apuntamos, en dos posiciones opuestas. Por un lado, las que fomentan mitos y estereotipos negativos sobre esta etapa de la vida; desde la incapacidad para realizar trabajos y aprendizajes, hasta la involución, la enfermedad, la dependencia, el declive, la pobreza o la desintegración social.

En el otro extremo estarían las visiones colectivas sobre los beneficios que se alcanzan en la vejez, como la experiencia, la sabiduría, o la definición como grupo so-

cial activo, dinámico y creativo. Desde esta otra parece como si fuera necesario llegar a determinada edad para lograr tales aspectos que, además, no serían atribuibles a todas las personas de esos grupos por igual, y que éstas fueran facetas y cualidades desconocidas en otras etapas de la vida.

Tanto unas como otras forman parte de un conjunto de estereotipos, tanto negativos como aparentemente positivos pero, en definitiva, estereotipos que no tienen por qué corresponder con la realidad, más aún tomando en consideración que hay diversos tipos de envejecimiento, señalados cada uno de ellos por la propia heterogeneidad de las personas.

Los estereotipos negativos sobre las personas mayores afectan al concepto personal y al modo de percibir el envejecimiento en general, generando la profecía autocumplida (Montorio, Izal, Sánchez y Losada, 2002; Losada, 2004; Pinazo, 2005). Al mismo tiempo generan actitudes negativas y prejuicios de la población hacia los mayores. Estos dos factores pueden desembocar en conductas discriminatorias, edadismo, negligencia o maltrato pero, como si de un efecto boomerang se tratara, las actitudes negativas de la población, a su vez, dan lugar a actitudes negativas de los propios mayores hacia el envejecimiento que, junto con las conductas discriminatorias generan en sí mismos aislamiento social, pasividad, baja autoestima y el rechazo a la vejez propia.

La representación que la sociedad española hace de su población mayor y anciana aparecen en distintos trabajos e investigaciones, de los que valgan como ejemplos las expuestas en el Barómetro del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS, 2009) o la Encuesta de Mayores (IMSERSO, 2010).

Cabe señalar que en ninguno de los dos casos se hace una distinción entre la población mayor y la anciana. Esto es importante porque la percepción de la sociedad puede variar cuando se distinguen y se explican las diferencias entre los dos grupos de edad. Del mismo modo la percepción sobre el envejecimiento y la vejez puede ser distinta para los miembros de un grupo y otro.

Los datos del Barómetro del CIS (2009) se basan en una encuesta realizada a 2.481 personas, mayores de 18 años, de todo el ámbito nacional. La pregunta era ¿cuál de las siguientes frases representa mejor la idea que Ud. tiene, en general, de las personas mayores, de la tercera edad?, ¿y en segundo lugar?. Los resultados se representan en la Tabla 2.

Tabla 2. Representación social sobre las personas mayores, de la tercera edad (en porcentajes)

	Representa mejor	En segundo lugar
No pueden valerse por sí mismas y necesitan cuidados	36.2	13.6
Suponen un carga	3.0	5.9
No tienen obligaciones	3.8	4.7
Son activas y disfrutan de la vida	6.2	6.2
Ayudan a sus familias y a otras personas	13.1	15.0
Están muy solas, sin apoyo familiar o social	11.5	23.1
Son diferentes, cada una con una situación distinta	23.4	17.4
Otra respuesta	0.8	0.9
No sabe	1.5	9.5
No contesta	0.4	3.7
N	2481	2481

Fuente: Barómetro CIS (Mayo, 2009).

El mayor porcentaje de respuestas, dadas en primer lugar, lo obtuvo aquella que atribuye que se trata de personas que no pueden valerse por sí mismas y necesitan cuidados (36.2%) y, en segundo lugar, aquella que señala que se trata de personas que están muy solas y sin apoyo familiar o social (23.1%). Es decir, se refleja la tendencia a considerar que el envejecimiento tiene rasgos esencialmente negativos, aunque también aparece, a mayor distancia porcen-

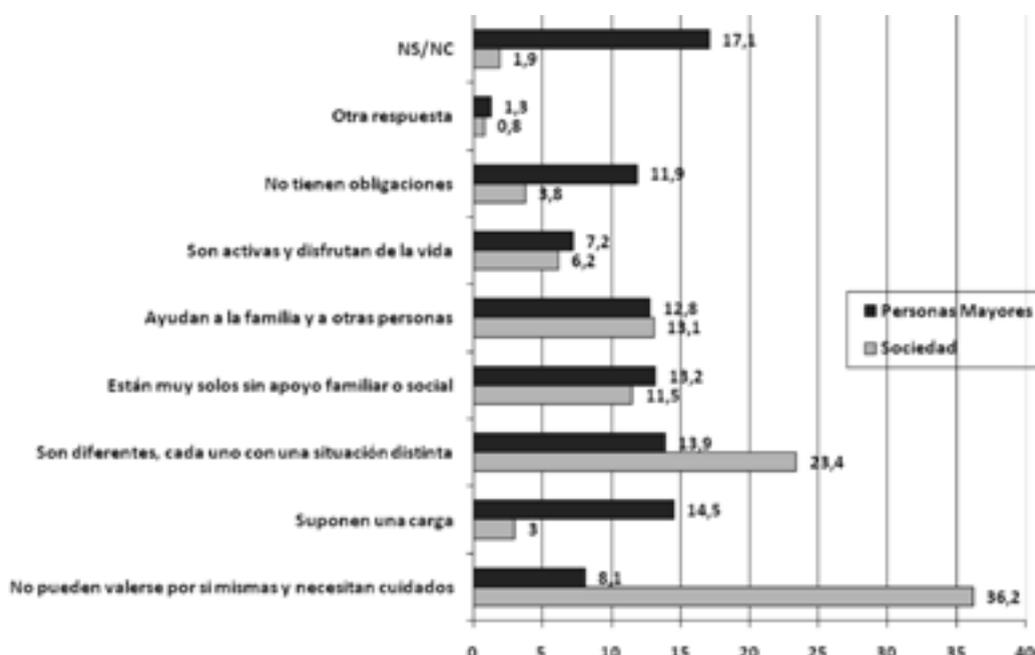
tual, quienes consideran la faceta de ayudar a sus familias y otras personas (13.1% en primer lugar y 15.0% en segundo lugar).

Por su parte, la encuesta sobre *Las Personas Mayores en España* (IMSERSO, 2010), realizó el estudio de la actividad, condiciones y perfiles de las personas mayores en España, así como su entorno familiar. La diferencia respecto a los datos del CIS es que se distinguen entre las opiniones de la sociedad en su conjunto y el grupo de edad de 65 años y más,

presentando los resultados de unos y otros por separado. En cuanto a los estereotipos negati-

vos sobre las personas mayores, la representación es la que muestra la Figura 1.

Figura 1. La voz de los mayores y de la sociedad. Estereotipos negativos sobre las personas mayores. (en porcentajes).



Fuente: Las Personas Mayores en España (IMSERSO, 2010).

Lo que se deduce de los resultados de los dos estudios, en cuanto a los estereotipos negativos en la sociedad española, es que están tan extendidos en la sociedad como asumidos por los propios mayores. Es de resaltar que el 14.5% de las personas mayores de 65 años, consideran a las personas mayores una carga, porcentaje más elevado que el que representa la opinión de la sociedad española en su conjunto, ya que sólo el 3% considera que las personas mayores son una carga.

Sin embargo, en cuanto a la dependencia, la sociedad en general considera que el

36.2% de los mayores necesita cuidados y son incapaces de valerse por sí mismos, mientras que este dato choca con la respuesta de los propios mayores, ya que sólo el 8.1% reconoce que necesita cuidados y es dependiente.

En el año 1998 la *American Psychological Association* (APA) publicó una guía que contenía una lista de los estereotipos negativos sobre las personas mayores que las personas que trabajan en Ciencias de la Salud deberían evitar en sus prácticas profesionales. Los estereotipos están acompañados de una serie de hechos que los des-

mitifican, tal y como aparecen en la Tabla 3.

Por su parte los estereotipos positivos han idealizado esta etapa de la vida al considerar que la persona mayor queda liberada de las cargas familiares y laborales, alcanzan la plena libertad de emplear su tiempo y sus recursos en lo que realmente le gusta hacer. La experiencia acumulada les puede

servir para alcanzar prestigio social, prudencia, sabiduría, independencia y felicidad. De ahí que las personas mayores, en algunos ámbitos profesionales, como la política o la vida académica, puedan alcanzar más prestigio a medida que avanza su edad. No ocurre lo mismo en el desarrollo profesional en otros sectores que requieren menor cualificación, tales como la agricultura o la industria.

Tabla 3. Mitos y hechos sobre las personas mayores.

Mito	Hecho
Las personas mayores son muy parecidas	Es un grupo de edad donde existe, tanta diversidad como en cualquier otro
Suelen ser personas aisladas	Las personas mayores mantienen estrecho contacto con familiares y amigos.
Son personas enfermas, débiles y dependientes	La mayoría viven de forma independiente.
Frecuentemente sufren un pronunciado deterioro cognitivo	Para la mayoría de las personas mayores, si hay disminución de algunas capacidades intelectuales, no son lo suficientemente graves como para causar problemas en la vida cotidiana
Están deprimidos	Las personas mayores que viven en comunidad, tienen tasas más bajas de depresión diagnosticada que otros grupos de edad más jóvenes
Son personas inflexibles, difíciles de tratar y rígidas	La personalidad se mantiene constante a lo largo de toda la vida
Raramente se enfrentan al deterioro asociado al envejecimiento	La mayoría de las personas mayores se adaptan con éxito a los cambios.

Fuente: American Psychological Association (1998)

Si los agrupamos, los estereotipos negativos son más comunes cuando se trata de las representaciones negativas e incluso peyorativas de vejez. Carvajo (2009) hace una categorización de cuatro tipos de estereotipos, a) desde la *perspectiva cronológica*, b)

desde la *biológica o de la salud*, c) desde la *psicológica o personal* y d) desde la *sociológica*. Según estas categorías, y teniendo en cuenta los estereotipos citados por los distintos autores (APA 1998; Losada Baltar 2004; Palmore 1999; Carvajo, 2009),

los estereotipos negativos más comunes en torno al envejecimiento y la vejez, serían:

a) *El estereotipo cronológico*: se basa en el número de años vividos. Así una persona *vieja* sería la que tiene muchos años. En las sociedades preindustriales los hombres más poderosos y sabios del colectivo eran los que tenían más años, precisamente porque eran una minoría. Los mayores del grupo ocupaban un estatus dominante y su autoridad se imponía mediante normas culturales que servían para guiar al grupo. Ya hemos señalado que, en la actualidad, las personas mayores están más representadas cuantitativamente, pero han perdido todos los privilegios de estatus en la comunidad, precisamente también por el hecho de tener más años.

b) *El estereotipo biológico*: hace referencia al envejecimiento como pérdida de la salud, etapa de declive físico sin retorno, impotencia sexual, fragilidad y deterioro físico con los signos propios de la vejez (flacidez, canas, arrugas, etc).

c) *El estereotipo sociológico*: describe a esta etapa como improductiva y consecuentemente las personas mayores pierden interés para la comunidad, quien las describe como inútiles, incapaces de adaptarse a los cambios y aisladas, incluso en algunos casos, pobres y abandonadas. Sin embargo, las personas mayores en las sociedades contemporáneas se han constituido como un pilar fundamental en las familias, suelen cuidar de los nietos y mantener a los hijos que tienen menos posibilidades de emanciparse. Sí es verdad que experimentan la pérdida de parejas,

amigos y seres queridos coetáneos en mayor proporción que en otras etapas de su vida, pero también ocurre que después de los 65 existen amplias relaciones sociales, tanto familiares como de amigos.

d) *El estereotipo psicológico*: ha hecho de la vejez una etapa de deterioro y pérdida de la capacidad sensorial, cognitiva, de la memoria y la atención. También hace un atributo injustificado de las personas mayores como más proclives a padecer enfermedades de tipo psicológico, como depresión y ansiedad. Sería conveniente precisar que bajo el concepto de depresión se pueden denominar estados de ánimo de tristeza, abatimiento o desánimo y, en cualquier caso, ha sido catalogada como la enfermedad de la modernidad, sin haber una relación directa entre el factor edad y la depresión.

En conclusión, son varias las posibilidades que tenemos para interpretar el papel de las percepciones sociales sobre las personas mayores. Podemos decir que las percepciones negativas no son erróneas, sino que responden a lo que numerosas personas, de distintas edades piensan y creen, incluidas las propias personas mayores. Negar esta evidencia no conduce sino a un optimismo nihilista que de poco sirve para nuestros propósitos.

También podemos interpretar que las percepciones sobre el envejecimiento son múltiples y variadas, unas acertadas y otras –las más– erróneas. Tal vez sea interesante plantear que la coexistencia de distintas y, a veces, contrapuestas visiones del envejecimiento forma parte de la realidad social. No se puede pretender que las personas in-

terpreten lo que nos interesa a los profesionales, sino que los profesionales debemos proponer modelos alternativos que puedan explicar otras cosas a las que piensan las personas, saber por qué las piensan y cómo se puede introducir elementos que mejoren esas visiones.

Es cierto que con visiones tan negativas es difícil, en principio, educar y educarnos como adultos mayores. Muchas personas adultas mayores consideran que sus vidas como tales debe ser aceptar resignadamente sus progresivas limitaciones funcionales. La edad parece que lo explica todo. Otras, sin embargo, elaboran visiones diferentes de sus vidas y trata de optimizar al máximo sus posibilidades y minimizar los déficits.

En cualquier caso, parece necesario desarrollar un conocimiento mayor sobre los perfiles de unos y otros: ¿qué aspectos hacen que una persona encare de una manera A su envejecimiento y otra lo haga de una forma B y la otra de una forma C?. Lo que hoy sabemos en psicología cognitiva nos hace pensar que no existe un número ilimitado de formas de pensar ni de creencias sino, más bien, que existe un conjunto de conocimiento y creencias que pueden ser agrupadas dentro de un número bastante limitado de teorías personales sobre qué es mi envejecimiento frente al de los otros (p.e. de cuatro a siete).

Por último, si se logra determinar lo anterior estaríamos en mejores condiciones para conocer, recuperar y educar en una idea diferente y actualizada del envejecimiento, es decir, promover estrategias para que las personas, no sólo piensen, sino que hagan cosas diferentes para ellas mismas y las demás, incluso aquellas que parten de niveles simples de interpretación de su vida y de la realidad.

2. ¿Las personas mayores son capaces de aprender?

Una creencia socialmente importante y extendida es que en el envejecimiento la capacidad de aprendizaje de las personas es muy limitada o nula. Este estereotipo se deriva de la mezcla de varios de los anteriormente señalados. La edad (estereotipo cronológico) es un factor que limita las ganas (estereotipo biológico) y las capacidades para aprender (estereotipo psicológico), porque en nuestra vida aprender tiene un carácter instrumental encaminado al fin de formarnos para trabajar y cuando pasas a ser improductivo el aprendizaje pierde todo su valor (estereotipo sociológico)

Si desde la primera juventud se produce un leve declive en las funciones cognitivas, no se produce necesariamente una pérdida tan drástica al llegar a los sesenta o setenta años, aunque evidentemente las consecuencias de ese declive serán mayores a medida que transcurran los años. Es justo valorar que no en todas las personas el decrecimiento es el mismo, ni tiene las mismas consecuencias dado que esto depende, entre otras cosas, del propio desarrollo cognitivo de cada persona, pero también del tipo de prácticas que lleven a cabo en su vida cotidiana.

La actividad intelectual y el aprendizaje no sólo son posibles en el proceso de envejecimiento sino recomendables para desarrollar mayor plasticidad cognitiva a lo largo de toda la vida adulta. En cuanto a la creencia extendida de que las personas mayores no son capaces de aprender porque el deterioro cognitivo está altamente representado en esta etapa, se puede decir que a lo largo de todo el ciclo vital se producen cambios en el funcionamiento cognitivo en los que

se ve implicado, en mayor o menor medida, el aprendizaje, no sólo durante la vejez.

A lo largo de los primeros años de vida y hasta el final de la adolescencia se produce un acelerado desarrollo en la capacidad de aprender en todos sus ámbitos: tipo de tarea, tiempos y consolidación de lo aprendido en estructuras de conocimiento, etc. Tras la primera juventud se produce un lento declive en el funcionamiento cognitivo fluido, producido por una ralentización de las conexiones neuronales, lo que lleva a tiempos de reacción más largos ante los estímulos.

Así se ven afectados los tiempos necesarios para producir aprendizaje, sobre todo en tareas fluidas. Aún así es imprescindible tener en cuenta que no todos los sujetos se ven afectados de igual manera en este decrecimiento de su funcionamiento cognitivo y esto depende de los niveles educativos, profesionales y, en general, del desarrollo cognitivo individual (Arnay, 2007).

El declive en la función cognitiva a lo largo del tiempo se puede compensar con la práctica. Las investigaciones sobre el deterioro cognitivo en la vejez encuentran una relación positiva entre la participación en actividades intelectuales y sociales y el mejor funcionamiento y mayor plasticidad cognitiva en las personas mayores (López y Calero 2009; Whalley, 2006).

Whalley, por ejemplo, afirma que la plasticidad (capacidad de las neuronas para cambiar su estructura y función), que puede encontrarse en muchas funciones del cerebro, es la primera respuesta cerebral a la ralentización provocada por el envejecimiento y este es uno de los indicadores por los que el autor afirma que el cerebro continúa desarrollándose mientras envejece. El

declive que aparece en las funciones cognitivas de la memoria y velocidad mental que comienza a aparecer al principio de la edad adulta, alrededor de los 25 años, *queda más que compensado por la adquisición y consolidación de otras habilidades mentales y mayores destrezas para resolver problemas* (Whalley 2006: 58).

Las propuestas sobre el envejecimiento y la educación de las personas mayores señalan que no sólo es posible el aprendizaje de las personas mayores sino que además mejora la calidad de vida de los educandos, aporta sentido y significado a las cosas que hacen y considera que el aprendizaje educativo formal permite establecer nuevas relaciones cognitivas que no sería posible establecer por otras vías (Arnay, 2006).

El enfoque del envejecimiento constructivo nace a partir de las experiencias educativas en las Universidades para Mayores como resultado de la búsqueda de las razones que justifican los procesos de enseñanza y aprendizaje frente a otras posibles actividades (físicas, de ocio, culturales, etc.). Plantea que el envejecimiento es una etapa llena de múltiples posibilidades de realización personal, intelectual, afectiva y relacional que permite demostrar las posibilidades que desarrollan las personas mayores en situaciones de aprendizaje, los cambios que se producen en el alumnado, en sus comportamientos, actitudes, habilidades y perspectivas sobre la realidad demuestran que esta etapa de la vida está abierta a nuevos, variados e importantes cambios en el pensamiento y la acción (Arnay, 2006).

Mientras el sistema educativo formal se ocupa, a través de sus distintos niveles, de educar a niños, niñas y adolescentes para la vida adulta, la Educación Superior es una etapa educativa no obligatoria cuyo

objetivo final es la inserción en el mercado laboral de sus egresados. Pero ¿qué ocurre cuando los objetivos de quiénes demandan educación son otros? O dicho de otro modo, ¿qué sucede cuando quienes desean aprender son personas que ya se han insertado en el mundo laboral e incluso ya han salido de él?

Algunas investigaciones relacionan el papel del aprendizaje en el envejecimiento activo (Orte, 2006). Estos últimos concluyen que las necesidades de aprendizaje de los mayores, la habilidad de permanecer activo a nivel físico, mental y social depende, en parte, de la participación continuada en el aprendizaje y la educación. Ya el fundador de la primera Universidad para Mayores en 1973, el profesor Pierre Vellas, planteó que la mejora de la calidad de vida era uno de los elementos claves en el surgimiento de estos programas.

El envejecimiento constructivo constituye un paso más en la relación entre la educación y las personas mayores. Mientras el envejecimiento activo supone *hacer* muchas cosas, participar en distintas actividades culturales, artísticas, de actividad física, de participación social, con el objetivo de mejorar la calidad de vida durante más tiempo, el envejecimiento constructivo implica *sentir, pensar*, con la finalidad de dar sentido y significado a las cosas que se hacen, considerando que el aprendizaje educativo formal permite establecer nuevas relaciones cognitivas que no sería posible establecer por otras vías.

El envejecimiento constructivo toma en consideración aspectos de los otros tipos de envejecimiento señalados pero incorpora de forma fundamental el papel de la educación como *un contexto específico y único* para promover determinados aprendizajes,

que serían difíciles de alcanzar mediante otras tareas y otros contextos, los habituales en donde transcurre la vida cotidiana de las personas.

El papel de la educación sería, en tal sentido, promover situaciones, tareas y demandas propias de los procesos de enseñanza y aprendizaje que, lógicamente, conllevan y movilizan aspectos distintos a lo que hacen los siete tipos de envejecimiento propuestos hasta ahora.

4. Una educación para la emancipación

Si entendemos que el envejecimiento constructivo se promueve por la acción educativa formal, y más en concreto en las Universidades para Mayores, está claro que es de suma importancia que no se caiga en los usos y costumbres que suelen acompañar los procesos tradicionales de enseñanza y aprendizaje universitarios.

Sin que podamos extendernos mucho en esta cuestión sí nos parece importante señalar que lo que esa educación debe buscar es la emancipación de la persona, que conlleva romper los límites predeterminados por la biología, que siempre están ahí, pero entender que todas las etapas de la vida son susceptibles de permitir una cierta evolución, aún dentro del patrón de disminución de capacidades. Esto significa que la vida no se define solamente en un momento o una etapa concreta, sino que siempre existe la posibilidad de nuevas adaptaciones sujeto-contexto, de construir nuevas interpretaciones de la realidad que nos circunda, o de reinterpretar datos de una situación o de un problema de otra manera: siempre es posible construir nuevas miradas, nuevos enfoques.

*“El hombre existe –existe-
re- en el tiempo. Está dentro.
Hereda. Incorpora. Modifica.
Porque no está preso en un
tiempo reducido, en un hoy
permanente que lo abrume.
Emerge de él. Se moja en él.
Se hace temporal”*

(Paulo Freire, 1969: 30)

Pero para que esto sea posible es necesario que la persona mayor se encuentre en una situación en donde eso ocurra, debe haber educación. Esto es, una acción intencional que promueva, a través de la enseñanza, un proceso de reelaboración consciente y guiado del conocimiento sobre la realidad. No como un acto aislado y espontáneo, sino como una propuesta consciente y sistemática, donde la persona se ve confrontada con otros modelos, otras representaciones de la realidad, otras opiniones e interpretaciones. Ese debería ser el papel de la educación en cualquier momento de la vida, también durante el envejecimiento.

Esa educación no es la que actualmente predomina en las instituciones de Educación Superior, ni siquiera con la benevolente filosofía boloñesa. Por eso, debemos reivindicar otras funciones educativas emancipadoras. En concreto sería importante que la enseñanza destinada a personas mayores se pusiera al servicio del aprendizaje para facilitar al menos tres cuestiones importantes:

a) *El sistema de deseos y proyectos*: la educación debe servir como plataforma de proyección que nos permita entender la realidad como parte de los deseos, es decir, ligando conocimiento y sentimientos. El divorcio que se produce en tal sentido no permite una implicación emocional y afectiva, lo

cual lleva a una asimilación *en frío* del conocimiento, lo cual acaba convirtiéndose en una asimilación poco significativa y descontextualizada.

Todo aprendizaje debería formar parte de un proyecto de indagación personal, de búsqueda de razones, de argumentos, de explicaciones. Lo contrario es convertir el aprendizaje en un acto mecánico y reiterativo que no persigue ninguna finalidad concreta, lo cual no le permite al sujeto ejercer el debido control y contrastación de aquello que aprende.

b) *Las creencias sobre el funcionamiento del mundo y sobre lo que podemos esperar de él*: la educación y el aprendizaje, en la actualidad, se convierten en instrumentos imprescindibles para comprender mejor el mundo que vivimos. Comprender *mejor* significa introducir un matiz valorativo importante; no se trata de saber más, sino saber mejor. Saber no es acumular, sino tener actitudes para organizar, reorganizar y confrontar los datos que vamos obteniendo sobre la realidad a través de los distintos medios a nuestro alcance.

Esto significa que lo que hoy creemos saber puede sufrir cambios si no tenemos verificación que corrobore nuestras creencias con los datos que nos proporcionan desde el ámbito educativo las distintas disciplinas. Esto implica que, en caso necesario, un choque excesivo entre nuestras creencias y los datos proporcionados nos debe llevar a la posibilidad de estar equivocados, asumir la equivocación y buscar la interpretación más adecuada o mejor para nuestra comprensión.

Implica también el dominio de un cierto perspectivismo que nos permita enten-

der que mis explicaciones no son las únicas, ni las mejores, sino una más entre otras muchas, con lo cual siempre es posible adoptar otros puntos de vista si pensamos que son mejores que los nuestros. Estas creencias no sólo involucran determinados conceptos sobre el mundo sino valores personales, lo que nos lleva a plantear que dependiendo de la profundidad del cambio puede significar que nuestros valores puedan sufrir cambios si no soportan la prueba de la contratación entre la propia creencia y los datos de la realidad.

- c) *Las creencias sobre sí mismo y sobre su capacidad para enfrentarse a situaciones y problemas:* Uno de los aspectos más interesantes de nuestras experiencias educativas con personas mayores es poder comprobar que en una amplísima mayoría el alumnado confía plenamente en sus capacidades y destrezas para aprender. Esa autopercepción positiva de las propias capacidades y destrezas juega un papel muy importante en los aprendizajes que se quieran llevar a cabo. Sin esa capacidad sería muy difícil ni siquiera tomar la decisión de asistir a las clases, pero también resultaría complicado mantener las ganas de continuar a lo largo de una serie de años, como le ocurre a la mayoría del alumnado de las Universidades para Mayores, que permanecen más años que los que corresponden a la oferta educativa que se realiza.

Referencias

- American Psychological Association (1998). *What practitioners should know about working with older adults*. Recuperado el 30 de septiembre de 2011 en <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/practitioners-should-know.aspx#>
- Arnay, J. (24 de Mayo de 2007). Envejecimiento de la población y necesidades de la formación de los mayores. *La formación permanente en la estrategia europea*, Presentación del Proyecto AEPUMA. Madrid: IMSERSO (pp. 1-13)
- Arnay, J. (2006). La contribución de las Universidades al envejecimiento constructivo (pp. 1-20). *Seminario Internacional sobre la situación del envejecimiento*. Madrid: IMSERSO.
- Carvajo, M. D. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuestas de una concepción realista y tolerante. *Ensayos. Revista de la Facultad de Educación de Albacete* (24), 87-96.
- Centro de Investigaciones Sociológicas. (2009). *Barómetro 2009. Estudio 2801*. Madrid: CIS.
- Delgado, M. (2003). La construcción social de la vejez. *Jano*, 12-14.
- Freire, P. 1969, *La educación como práctica de la libertad*, México-Argentina: Siglo XXI.
- IMSERSO -CSIC. (2009). *Un perfil de las personas mayores en España 2009*. Madrid: Portal Mayores.
- IMSERSO (2010). *Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.
- López, Á., y Calero, M. D. (2009). Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 4 (44), 220-224.
- Losada, A. (2004). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención*. IMSERSO. CSIC. Madrid: Portal Mayores.
- Montorio, I., Izal, M., Sánchez, M., y Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 2 (12), 61-68.
- Orte, C. (2006). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida*. Madrid: Dykinson.
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism. Negative and Positive*. New York: Springer Publishing Company.
- Pinazo, S. (2005). Estereotipos de las personas mayores ¿qué significa ser mayor? *Mitos y Realidades de las Personas Mayores* (pp. 7-22). Bilbao: Hartu-Emanak.
- Triadó, C., Celdrán, M., Conde, J.L, Montoro, J., Pinazo, S. y Villar, F. (2008). *Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar. Informe de investigación IMSERSO*. Madrid: IMSERSO
- Villar, F. (1998). *Representación social del envejecimiento a lo largo del ciclo vital*. Tesis. Doctoral. Universidad de Barcelona.
- Whalley, L. (2006). *Cuando el cerebro envejece*. Barcelona: Entretres.

Fecha de recepción: 28/08/2012
Fecha de aceptación: 30/10/2012

La estimulación mental como factor potenciador de la reserva cognitiva y del envejecimiento activo

Rosa Redolat Iborra

Departamento de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universitat de Valencia

resumen/abstract:

El envejecimiento de la población conlleva cambios demográficos y sociales que están impulsando la búsqueda de estrategias que contribuyan a frenar o demorar el declive cognitivo asociado a la edad así como a la identificación de intervenciones que potencien la "reserva cognitiva". Nuestro principal objetivo será poner de manifiesto cómo la estimulación mental y el entrenamiento cognitivo pueden ser factores que nos vayan conduciendo hacia un envejecimiento más satisfactorio y activo. Una reserva cognitiva elevada parece actuar como neuroprotectora frente al inicio y desarrollo de trastornos neurodegenerativos como la enfermedad de Alzheimer. La base neurobiológica de dicha reserva no se ha establecido claramente pero factores como la educación, el ejercicio físico, la ocupación laboral, el bilingüismo, las relaciones sociales, la estimulación intelectual o la nutrición podrían desempeñar un relevante papel. Nuestra revisión se centra especialmente en los efectos de la estimulación mental destacando la controversia existente respecto a posibles beneficios derivados de diferentes tipos de entrenamiento cognitivo. También se plantea el papel de la creatividad como un factor promotor de resiliencia y su posible contribución a un envejecimiento más activo. Son necesarios más estudios, tanto clínicos como epidemiológicos, con el fin de diseñar intervenciones que ayuden a potenciar la reserva cognitiva y confirmar la hipótesis de que la actividad es el mejor camino para la prevención del deterioro cognitivo asociado a la edad.

Population aging brings forward social and demographical changes that are driving the search for strategies to help delay or counteract age-related cognitive decline and to identify interventions addressed to build the "cognitive reserve". Our main aim is to show how mental stimulation and cognitive training may be factors which will drive us to a more successful and active aging. A high cognitive reserve may act as a neuroprotective factor against the initiation and development of neurodegenerative disorders such as Alzheimer's disease. The neurobiological basis of this reserve has not been clearly established but different factors like education, physical exercise, occupation, bilingualism, social relationships, intellectual stimulation or nutrition could play a relevant role. The present review focuses specifically on the effects of complex environments and mental stimulation, highlighting the controversy regarding potential benefits of different types of brain training. It also discusses the role of creativity as a resilience promoting factor and its possible contribution to a more active aging. Further studies are needed, both clinical and epidemiological, in order to design interventions aimed at enhancing the cognitive reserve and confirming the hypothesis that cognitive and physical activity is the best way to prevent cognitive decline associated with aging.

palabras clave/keywords:

Demencia, enriquecimiento ambiental, envejecimiento, estimulación mental, creatividad, plasticidad, reserva cognitiva.

Dementia, environmental enrichment, aging, mental stimulation, creativity, plasticity, cognitive reserve.

1. Introducción

El enorme incremento en la esperanza de vida ha situado al envejecimiento como tema central en numerosas disciplinas. Los cambios demográficos están impulsando la investigación de intervenciones, tanto farmacológicas como no farmacológicas, que puedan ayudar a frenar, o al menos demorar, el declive cognitivo asociado a la edad (Fratiglioni y Wang, 2007; Pang y Hannan, 2012; Reiman, Langbaum, Fleisher, Case-lli, Chen, Ayutyanont et al., 2011). El envejecimiento se ha convertido en foco de investigación para muchos científicos, especialmente en países (como España) en que la tendencia al incremento de población de edad avanzada es más destacada (Rodríguez, Rodríguez, Sancho y Díaz, 2012). Las pirámides poblacionales confirman que la estructura de la población está cambiando, lo que conlleva implicaciones a nivel económico, social, político y biológico/médico (Beddington, Cooper, Field, Goswami, Huppert, Jenkins et al., 2008). La pregunta que muchos autores se plantean es por qué algunas personas mantienen un buen estado cognitivo a medida que envejecen, mientras otras manifiestan un marcado declive, planteándose diversas hipótesis acerca de los factores que conducen hacia un envejecimiento saludable o una trayectoria acompañada de pérdidas importantes (Erickson, Prakash, Voss, Chaddock, Hu, Morris et al., 2009). Se propone que los científicos deberían investigar estrategias que fomenten la plasticidad, identificando los efectos que podría tener un estilo de vida mucho más activo en la aparición y evolución de los cambios cognitivos asociados a la edad (DeWeerd, 2011; Tardif y Simard, 2012). En este marco teórico, nuestro principal objetivo será transmitir el mensaje a todos aquellos interesados en la

prevención del deterioro cognitivo de cuáles son los factores que, en base a la literatura científica actual, pueden potenciar un envejecimiento más activo y que necesitan ser investigados con mayor profundidad.

2. Cambios cognitivos asociados al envejecimiento

2.1. Deterioro cerebral y declive cognitivo

La genética, las hormonas, los neurotransmisores, los fármacos, la experiencia, el estrés, el ambiente, el ejercicio físico, la dieta y otros muchos factores en interacción se han relacionado con el envejecimiento cerebral (Park y Reuter-Lorenz, 2009). Se considera que el envejecimiento biológico no está ligado directamente a la edad cronológica y podría, al menos hasta cierto punto, ententecerse o frenarse. En este sentido, las investigaciones más recientes no apoyan el punto de vista tradicional de que el envejecimiento cerebral implique disminución amplia de neuronas y sinapsis sino que la pérdida parece estar limitada a determinadas estructuras, existiendo remodelación constante de conexiones sinápticas (Morrison y Baxter, 2012; Park y Reuter-Lorenz, 2009). Es importante destacar que no todas las funciones cognitivas declinan con la edad y que diferentes funciones podrían cambiar a ritmos distintos. Estudios recientes con técnicas de neuroimagen sugieren que los cambios estructurales en el cerebro asociados a la edad no pueden explicar todas las diferencias observadas entre sujetos jóvenes y de edad avanzada, proponiéndose que existe una compleja interacción entre estructura y función cerebral (Grady, 2012). Además, existen amplias diferencias individuales en la tasa de envejecimiento cognitivo y en

cómo cada sujeto intenta compensar dicho déficit (Delaloye, Moy, Baudois, De Bilbao, Dubois, Hoferet al. 2009; Tucker y Stern, 2011). Tal como recientemente ha enfatizado Salthouse (2012) puede darse un declive en algunas funciones cognitivas relacionadas con la edad sin que ello tenga necesariamente consecuencias directas para nuestro funcionamiento en la sociedad. Entre las hipótesis que este autor propone para explicar dicha discrepancia destacan los posibles beneficios derivados del conocimiento acumulado a lo largo de la vida, lo que normalmente denominamos experiencia o sabiduría. Además, generalmente no se nos exige funcionar al máximo nivel y podemos promover la adaptación al ambiente y a nuevas demandas (por ejemplo, minimizando la exposición a aquellas situaciones que puedan poner de manifiesto nuestros déficits). La cognición no es el único determinante del éxito en la vida sino que también intervienen aspectos como actitud, personalidad, inteligencia emocional, motivación... Ello explicaría por qué personas adultas, con rangos de edad que no obtendrían las puntuaciones más elevadas en las pruebas de rendimiento cognitivo, sean las que actualmente ocupen los cargos de mayor responsabilidad en muchas de las empresas y organizaciones más relevantes a nivel mundial (Salthouse, 2012).

En conclusión, no se puede plantear una relación lineal entre edad cronológica y declive cognitivo sino la existencia de interacciones complejas entre ambos (Delaloye et al., 2009). Algunos autores proponen que actualmente tenemos una “buena noticia” ya que el cerebro que está envejeciendo puede presentar plasticidad y contrarrestar las consecuencias negativas del deterioro poniendo en marcha capacidades compensatorias y adaptativas (Grady, 2012; May, 2011).

2.2. Reserva cognitiva y motivacional

La hipótesis de la RC se propuso a principios de los años 90 y su planteamiento ha ido evolucionando desde un concepto anatómico a un paradigma funcional (Bartrés-Faz y Arenaza-Urquijo, 2011; Steffener y Stern, 2012). Una capacidad de reserva elevada sería protectora frente al desarrollo de enfermedades neurodegenerativas como el Alzheimer, mientras una baja reserva representaría un factor de vulnerabilidad que disminuiría el umbral para mostrar signos clínicos de demencia (Stern, 2009). Para “construir” dicha reserva distintos factores (actividad física, ocupación laboral, nivel de educación, actividades de ocio, bilingüismo, redes sociales, estimulación cognitiva, enriquecimiento ambiental...) interactúan entre sí (Bialystok, Craik, y Luk, 2012; Milgram, Siwak-Tapp, Araujo, y Head, 2006; Petrosini, De Bartolo, Foti, Gelfo, Cutuli, Leggio et al., 2009).

De acuerdo con la propuesta de Tucker y Stern (2012) existen dos tipos de reserva que contribuyen de modo independiente pero interactivo al mantenimiento del funcionamiento cognitivo en la edad avanzada: la reserva cerebral haría referencia a aspectos más cuantitativos relacionados con el tamaño del cerebro y número de neuronas mientras el concepto de RC se relaciona con la eficiencia y flexibilidad en el uso de redes neurales. Aunque los conceptos de reserva cerebral y RC son diferentes, existe cierto solapamiento entre ambos y actualmente no están bien delimitados (Liberati, Raffone y Belardinelli, 2012; Tucker y Stern, 2012). La base neurobiológica de la RC no se conoce totalmente, sugiriéndose que reflejaría diferencias en la capacidad del cerebro para enfrentarse a los retos que se le plantean (Steffener y Stern, 2012). Se sugiere que tanto los componentes “ac-

tivos” (mayor nivel de educación o realización de ocupaciones complejas) como “pasivos” (volumen cerebral, número o densidad de neuronas o sinapsis) podrían interaccionar para construirla. Los modelos activos destacan la existencia de diferencias individuales en la capacidad de poner en marcha redes alternativas o adicionales para compensar daños neuropatológicos. En cambio, los modelos pasivos enfatizan diferencias en estructuras cerebrales de las que depende la capacidad de procesar la información (Stern, 2009). Actualmente no existe acuerdo respecto a si la reserva se explica mejor desde los modelos “activos” o “pasivos”, planteándose la probable interacción entre ambos (Sole-Padullés, Bartres-Faz, Junque, Vendrell, Ramí, Clemente et al., 2009). Si consideramos que la reserva es algo dinámico, se cuestiona en qué momento resultaría óptimo intervenir para ampliar intentar llenarla al máximo (de forma similar a como llenamos la despensa de alimentos para asegurarnos su disponibilidad en épocas de escasez). “Construir” la RC depende de la actividad cognitiva antes del inicio del daño, complementada con ejercicio físico y otras intervenciones como dieta (van Praag, 2009; Pang y Hannan, 2012), educación (Scarmeas, Albert, Manly, Stern, 2006), ocupación laboral compleja (Nithianantharajah y Hannan, 2009) o estimulación mental (Stern, 2009).

Recientemente algunos autores han añadido el término “motivacional” al concepto de reserva, sugiriendo que las capacidades motivacionales también contribuyen a la salud cognitiva y emocional. Forstmeier y colaboradores propusieron en 2008 el término “reserva motivacional” definiéndolo como un proceso que se basa en los mecanismos de la RC y proporciona factores que permiten mayor resiliencia, entendida

como capacidad de superar las situaciones estresantes y adversas, frente al daño cerebral. Aunque los autores reconocen que estas capacidades son difíciles de cuantificar, podrían estar implicadas diferentes variables protectoras del declive cognitivo (como la actividad física, las redes sociales o las actividades de ocio). La capacidad de reserva motivacional influiría sobre la salud cognitiva bien directamente o en interacción con aspectos motivacionales, siendo uno de sus determinantes más destacados el tipo de ocupación laboral del sujeto a lo largo de su vida. Además, este concepto apoya la idea actual de considerar al deterioro cognitivo y la demencia como algo más que una simple consecuencia del deterioro a nivel neuropatológico (Forstmeier, Maercker, Maier, van den Bussche, Riedel-Heller, Kaduszkiewicz et al., 2011).

En definitiva, la hipótesis de la RC se plantea como un marco conceptual en el que se integrarían datos provenientes de investigaciones preclínicas y epidemiológicas en las que se demuestra que la actividad física y mental puede ser protectora frente al declive cognitivo característico del envejecimiento (Marioni, van den Hout, Valenzuela, Brayne, Matthews, et al. 2012; DeWeerd, 2011; Fratiglioni y Wang, 2007). Una excelente actualización y revisión de este concepto puede encontrarse en el artículo publicado por Yaakov Stern, uno de los principales investigadores sobre el tema, en “*Neuropsychologia*” (Stern, 2009) y sobre sus correlatos a nivel de neuroimagen estructural y funcional puede consultarse en Bartrés-Faz y Arenaza-Urquijo (2012).

Los conceptos de “reserva cerebral” y “cognitiva” están ligados al concepto más amplio de “plasticidad”. La plasticidad hace referencia a la capacidad del cerebro de cambiar a lo largo de toda la vida tan-

to en respuesta al ambiente externo como a cambios internos, reflejando interacción entre estructura y función, ya que las conexiones neurales van cambiando como resultado de la experiencia (May, 2011). La plasticidad cognitiva es un concepto más multifactorial relacionado con la posibilidad de mejorar la ejecución en tareas cognitivas mediante el entrenamiento (Jones, Nyberg, Sandblom, Stigsdotter, Ingvar, Magnus Petersson et al. 2006; Kraft, 2012).

3. La estimulación mental y su contribución a la promoción de un envejecimiento más activo

Comprender los beneficios y limitaciones de potenciar la plasticidad en la vejez constituye un verdadero reto para los investigadores. Por ello, a continuación nos centraremos en el abordaje de esta cuestión, especialmente en base a los estudios más recientes sobre cómo puede potenciarse la actividad mental. Pang y Hannan (2012) proponen que la estimulación mental intenta obtener una mejora de la cognición y abarca desde tareas simples de entrenamiento de la memoria u otros procesos cognitivos, a estrategias de intervención mucho más amplias, aplicando diferentes materiales y programas.

Aunque cada vez podemos encontrar mayor número de artículos acerca de la plasticidad en edades avanzadas (Bartrés-Faz y Arenaza-Urquijo, 2011; Kraft, 2012), los efectos del entrenamiento cognitivo no son totalmente conocidos. La posibilidad de implementar “estrategias protectoras” frente al declive cognitivo deriva de planteamientos propuestos en los últimos años desde diferentes disciplinas. Esta perspectiva generalmente se ejemplifica con el conocido adagio “*Usálo o piérdelo*”. Otros autores van un poco más allá, afirmando

como E. Goldberg en su libro “*La paradoja de la sabiduría*”: “*Utiliza tu cerebro y sácale más partido*”, enfatizando la idea de que si la estimulación intelectual comienza pronto en la vida no solo no se perderán capacidades sino que se ganará, adquiriendo esa “sabiduría” basada en la experiencia que encontramos en personas de edad avanzada que han ido acumulando conocimientos a lo largo de su ciclo vital (Goldberg, 2006). Un ejemplo claro lo tenemos en la neurocientífica Rita Levi-Montalcini que a sus 103 años sigue manteniendo su interés por la investigación y por la vida en general (Levi-Montalcini, Knight, Nicotera, Nisticó, Bazan, y Melino, 2011).

3.1. Ambientes complejos

La principal dificultad de las investigaciones en sujetos humanos se plantea porque en los estudios retrospectivos resulta difícil aislar el “ambiente enriquecido” de otros factores que pueden afectar al sujeto a lo largo de su vida (Pang y Hannan, 2012; Petrosini et al., 2009). Por ello, se sugiere que la utilización de paradigmas como el ambiente enriquecido en roedores (que se alojan en cajas grandes que contienen ruedas de actividad, túneles de colores, y diferentes tipos de juguetes) proporcionan un modelo adecuado para investigar posibles efectos “protectores” de un estilo de vida activo y conocer mejor la base neurobiológica de la RC (Nithianantharajah y Hannan, 2009).

Las investigaciones iniciales sobre el papel del ambiente enriquecido fueron impulsadas por Donald Hebb quien a mediados del siglo XX demostró que las conexiones corticales pueden reforzarse con la experiencia, al observar que las ratas a las que había llevado a su propia casa como mascotas mostraban mejor aprendizaje de laberintos

que las mantenidas en el laboratorio (Hebb, 1947). Tras estos estudios pioneros, numerosas investigaciones han confirmado la relevancia de los ambientes complejos para un funcionamiento cognitivo adecuado en edades avanzadas. Estas investigaciones sugieren que la novedad y la complejidad son factores clave que contribuyen al enriquecimiento cognitivo y a la potenciación de la plasticidad inducida por estos ambientes. Como sugiere Monica Fabiani (2012) los efectos sobre el cerebro y la conducta del ambiente complejo en animales podrían tener alguna similitud con el enriquecimiento que proporciona en sujetos humanos la educación, o la estimulación a nivel físico, social e intelectual.

Los cambios en la plasticidad cerebral inducidos por ambientes más estimulantes podrían explicar cómo se puede mantener una cognición adecuada en edades avanzadas a pesar de que exista daño neuropatológico. Si la reserva es elevada, el cerebro puede utilizar más eficientemente redes neurales y reclutar circuitos adicionales o alternativos cuando sea necesario (Mandolesi, De Bartolo, Foti, Gelfo, Federico, Leggio et al. 2008). En base al modelo propuesto por Vance y Crowe (2006) la neuroplasticidad hace referencia al potencial para que tengan lugar cambios morfológicos en el cerebro tras la exposición a estímulos que promueven el aprendizaje o impulsan cambios o adaptaciones en las conexiones neurales existentes. Dicha neuroplasticidad ligada a experiencias complejas, como las que podemos encontrar en un ambiente enriquecido, proporcionaría al cerebro “resiliencia” o capacidad de enfrentarse al deterioro cognitivo, la patología cerebral o el estrés (Mandolesi et al. 2008; May, 2011; Milgram et al., 2006; McFadden y Basting, 2010; Redolat y Mesa-Gresa, 2012).

Como afirma Stern (2009) el ambiente complejo puede proporcionar a los sujetos dos tipos de recursos: el “hardware” (más sinapsis y mayor arborización dendrítica) y el “software” (capacidades cognitivas más ajustadas) que pueden reforzarse mutuamente. Más recientemente, Robertson (2012) ha sugerido que los ambientes enriquecidos pueden ayudar a mantener un mejor funcionamiento cognitivo y retrasar patologías ligadas a la Enfermedad de Alzheimer poniendo en marcha mecanismos compensatorios. En relación con la pregunta planteada por este autor acerca de cómo los ambientes complejos pueden inducir mejoras en la cognición, a continuación nos centraremos en la posible utilidad de los programas de entrenamiento cognitivo.

3.2. Programas de entrenamiento cognitivo

3.2.1. Concepto de entrenamiento cognitivo

El concepto entrenamiento cognitivo resulta difícil de definir ya que la gran diversidad de estudios existentes emplean métodos y definiciones diferentes (Buitenweg, Murre, y Ridderinkhof, 2012). Por ello, adoptaremos la aproximación propuesta recientemente por Rapibour y Raz (2012) que hace referencia a la implicación en programas o actividades específicas que tienen como objetivo mejorar una capacidad cognitiva concreta o la cognición en general, como resultado de la repetición de tareas en un periodo temporal. Los programas de estimulación cognitiva pueden tener impacto sobre la formación de la RC, complementando los efectos bien conocidos de la educación, y contribuyendo un envejecimiento más activo y saludable (Tardif y Simard, 2011).

Recientemente la estimulación cognitiva se ha relacionado directamente con la patología típica de la Enfermedad de Alzheimer al demostrarse que aquellos sujetos que muestran mayor participación en actividades cognitivamente estimulantes (leer el periódico, jugar a las cartas, escribir e-mails...) a lo largo de la vida presentan menor número de depósitos de β -amiloide en edades avanzadas (Landau, Marks, Mormino, Rabinovici, Oh, O'Neil et al., 2012). En el marco de la hipótesis de la RC se ha sugerido que la estimulación de actividades intelectuales puede preparar al cerebro para afrontar mejor los problemas que se presentan cuando se desarrolla la enfermedad ya que incrementan la flexibilidad adaptativa y la eficiencia del procesamiento neural, proporcionando diferentes vías para ejecutar los mismos procesos cognitivos (Landau et al., 2012; Sanchez Rodriguez, Torrelas, Martín, Fernández, 2012). El objetivo general de las investigaciones debería ser encontrar qué tipo de tareas pueden ayudar a potenciar estos efectos. Dado que existen excelentes revisiones sobre la estimulación cognitiva en general (Rapibour y Raz, 2012), en el presente trabajo nos centraremos especialmente en las intervenciones basadas en programas computerizados ya que comparativamente han sido menos evaluadas. Se plantea la cuestión de si determinados programas de “entrenamiento cognitivo” pueden incrementar lo que algunos denominan “salud cerebral” (Rapibour y Raz, 2012), refiriéndose a la ausencia de patología que permite estudiar mejor cómo los procesos madurativos van esculpiendo y moldeando nuestro cerebro. Esta aproximación puede ayudar a los investigadores a evaluar los procesos plásticos que resultan claves para la prevención del deterioro cognitivo (Fabiani, 2012).

3.2.2. Programas de entrenamiento cognitivo computerizados

Diversos artículos recientes, aparecidos tanto en la literatura científica (*Nature*, *British Medical Journal*, *Nature Reviews Neuroscience*) como en prensa de información general, intentan encontrar respuesta a la cuestión de cómo afectan los juegos de entrenamiento mental centrados en intervenciones computerizadas al envejecimiento cognitivo. La compañía Nintendo, basándose en las investigaciones del Dr. Kawashima lanzó un juego (“*Brain Training*” o “*Brain Age*”) que ha tenido enorme éxito. Sin embargo, la evidencia científica respecto a la idea de que dichos juegos puedan mejorar el funcionamiento mental todavía es limitada (Bavelier, Green, Han, Renshaw, Merzenich y Gentile, 2011; Papp et al., 2009; Nouchi, Taki, Takeuchi, Hashizume, Akitsuki, Shigemune et al., 2012). Numerosos investigadores (especialmente psicólogos, neurocientíficos y gerontólogos) son escépticos ante las enormes expectativas generadas. Se ha cuestionado el concepto de “edad cerebral” que generalmente se utiliza en estos juegos como un índice de la ejecución del sujeto pero no tiene ningún correlato biológico directo. También se ha criticado que las investigaciones han sido realizadas en gran parte por las mismas empresas que desarrollan los juegos y muchos estudios carecen de “control placebo”. Debido al rápido crecimiento de estos programas y de sus posibles aplicaciones, es necesario revisar de forma sistemática las investigaciones sobre el tema. Para que un programa de entrenamiento resulte efectivo debería basarse en hallazgos neuropsicológicos y neurocientíficos, incluir controles “activos” (para poder separar los efectos debidos al “entrenamiento” y los atribuibles a factores como el “contacto social”),

y establecer periodos largos de seguimiento longitudinal (Papp et al., 2009; Papp y Snyder, 2012). En los estudios previos en los que se ha demostrado una mejora en algunos procesos cognitivos (como la velocidad de procesamiento) el seguimiento ha sido corto (Nouchi et al., 2012) y, por tanto, no permitirían confirmar si estas intervenciones podrían retrasar el declive cognitivo asociado a la edad (Rabipour y Raz, 2012). Un interesante estudio publicado en Febrero de 2009 en la revista *American Journal of Geriatric Psychiatry*, y que ha tenido gran repercusión popular, sugiere que buscar en Internet (por ejemplo, en Google) puede ayudar a retardar el declive cognitivo de forma similar a otras tareas mentales al activar tareas adicionales a las implicadas en leer un texto, especialmente toma de decisiones complejas (Small et al., 2009). Esta investigación, aunque presenta limitaciones metodológicas y se realizó con una muestra pequeña, plantea hipótesis que pueden tener implicaciones en el desarrollo de nuevos programas. Actualmente el tema de los videojuegos como una forma de “aprender a aprender” (o aprender rápidamente a ejecutar nuevas tareas) está siendo objeto de considerable debate ya que se observa mejora en algunos procesos cognitivos, aunque se han realizado pocos estudios en población de edad avanzada (Bavelier, Green, Pouget, y Schrater, 2012). Sería necesario realizar nuevas investigaciones incorporando mayor número de sujetos, mejores controles y seguimiento (Small et al., 2009). En cualquier caso, las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) se presentan como una alternativa de gran interés para llevar a cabo programas de estimulación cognitiva en edades avanzadas ya que el uso de las mismas es cada vez más frecuente en estas edades (Aldana,

García y Mata, 2012). Una amplia revisión de los programas de estimulación cognitiva en sujetos sanos ha sido ofrecida recientemente en inglés por Tardif y Simard (2011) y en castellano por Ruiz Sánchez de León (2012).

Un paso importante sería intentar demostrar, utilizando las técnicas experimentales y neuropsicológicas adecuadas, qué programas de entrenamiento cognitivo resultan más adecuados para mantener las mejoras obtenidas y adaptarlas al estado cognitivo actual de los participantes. Según diversos estudios los mayores beneficios se obtienen cuando las tareas de entrenamiento cerebral propuestas resultan desafiantes para el sujeto (le suponen un verdadero reto ya que le presentan continuamente aspectos nuevos) y, además, disfruta con ellas (Buitenweg et al., 2012; DeWeerd et al., 2011).

3.3. Creatividad

Tal como se ha mostrado en los apartados precedentes, actualmente se está planteando a diferentes niveles cómo promover la “resiliencia” frente a las pérdidas y cambios que inevitablemente acompañan a la edad. Entre las estrategias propuestas nos gustaría destacar la idea de la implicación en actividades creativas como un modo de fomentar el bienestar y la capacidad de afrontamiento. La creatividad sigue siendo un concepto difícil de medir aunque cada vez se están realizando investigaciones sobre su papel en actividades cognitivas, especialmente desde el punto de vista neurocientífico (Simonton, 2012). Mc Fadden y Basting (2010) proponen que los sujetos de edad avanzada pueden obtener claros beneficios a nivel psicosocial a partir de su participación en actividades creativas (como el arte, la música, la danza, pintura, teatro...) que ayudan además a promover la capacidad de resilien-

cia o superación de la adversidad, independientemente del estado cognitivo del sujeto. Además, la estimulación cognitiva puede inducir mayor flexibilidad y originalidad, asociándose con la activación de redes neurales específicas (Fink, Grabner, Reishofer, Koschutnig, Ebner, 2012). Desde el punto de vista de estos y otros autores, la intersección entre creatividad y resiliencia plantea interesantes cuestiones futuras de investigación y podría plantearse como un modo adicional de lograr un enlentecimiento del deterioro cognitivo. En cualquier caso, la creatividad debe evaluarse en el marco de su relación con otros aspectos como reserva motivacional, relaciones sociales o componentes cognitivos.

4. Conclusiones y perspectiva de futuro

Muchos investigadores subrayan la necesidad de continuar la investigación sobre aproximaciones de prevención tanto para el deterioro cognitivo como para la demencia (Nithianantharajah, Hannan, 2009; DeWeerd, 2011). Deberían evaluarse de forma más sistematizada intervenciones basadas en actividad física y estimulación cognitiva, pero también valorar posibles beneficios derivados de la participación en actividades cognitivas en la vida diaria como crucigramas, sudokus, juegos de cartas, manejo del ordenador, participación en tareas de voluntariado... Como sugieren Tardif y Simard (2011) estas actividades son más accesibles, sin apenas coste y generalmente resultan mucho más atractivas para los sujetos que aquellas que se realizan en contextos más artificiales. Las investigaciones sobre programas de entrenamiento cerebral y su posible base neurobiológica pueden ayudar en la implementación de te-

rapias no farmacológicas y, de este modo, contribuir a cambiar el panorama tan pesimista que generalmente encontramos cuando abordamos posibles tratamientos para la Enfermedad de Alzheimer (Cotelli, Manenti, Zanetti, y Miniussi, 2012).

Las investigaciones sobre RC pueden ayudar a identificar cambios en el estilo de vida que permiten alcanzar un envejecimiento más satisfactorio. Aunque puede resultar difícil que las estrategias que se implementen contrarresten totalmente los efectos negativos de la edad, retrasarlos también aporta beneficios (DeWeerd, 2011). En cualquier caso, debemos tener en cuenta que las investigaciones epidemiológicas sobre factores ambientales que contribuyen a la RC presentan evidentes limitaciones (Díaz-Orueta et al., 2010), por lo que se recomienda ser cautos en las estrategias de intervención. Por otra parte, el concepto de RC en sí mismo ha recibido ciertas críticas por parte de autores que no encuentran evidencia del papel de la educación como factor protector de las manifestaciones clínicas de la Enfermedad de Alzheimer, lo que podría estar relacionado con limitaciones metodológicas de los estudios realizados (Liberati et al., 2012). La idea básica es que la RC no es algo fijo sino que puede verse continuamente modificado por factores ambientales y por el estilo de vida (Sánchez Rodríguez et al., 2012). Por ello, es importante realizar más investigaciones que evalúen el impacto real de la estimulación mental sobre la neuroplasticidad (Liberati et al., 2012), y que además tengan en cuenta las diferencias individuales en la capacidad de entrenamiento cerebral (Buitenweg et al., 2012).

En definitiva, comprender mejor la relación entre RC, plasticidad, envejecimien-

to y demencia podría tener implicaciones tanto a nivel clínico como de salud pública (Nithianantharajah y Hannan, 2009; Depp, Harmell, y Vahia, 2012). No hay que olvidar que también deben tenerse en cuenta la predisposición genética y factores epigenéticos (Kraft, 2012). El reto actual es dar el paso desde el conocimiento de los factores del estilo de vida que pueden incidir sobre el envejecimiento cognitivo hacia intervenciones prácticas. Todas aquellas intervenciones no farmacológicas que potencien la RC deberían evaluarse en cuanto a su potencial en la prevención de la Enfermedad de Alzheimer (Cotelli et al., 2012; Pang y Hannan, 2012; Tucker y Stern, 2012), así como su posible interacción con los fármacos que se están administrando actualmente para esta patología (Depp et al., 2012). Es necesario plantear la importancia de intervenciones multimodales, que integren tanto entrenamiento cognitivo como actividad física, que podrían ser estimulantes más efectivos de la neuroplasticidad (Kraft, 2012). En definitiva, deben realizarse esfuerzos que permitan poner a prueba el lema referido a la prevención del Alzheimer que aparecía como título de un reciente artículo en la revista *Nature* enfatizando que la actividad es la mejor medicina (DeWeerd, 2011). Es por ello necesario identificar aquellas intervenciones más significativas para promover un envejecimiento lo más activo y exitoso posible, que ayuden a potenciar la RC y prevenir, o al menos enlentecer, el deterioro cognitivo asociado a la edad y la enfermedad de Alzheimer. Como afirman Fratiglioni y Qiu (2011) cualquier tipo de intervención que consiga posponer el inicio de la demencia habrá valido la pena.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido posible por financiación recibida por “Ministerio de Economía y Competitividad” (MINECO) and Plan E (Referencia de la ayuda: PSI2009-10410) y Conselleria d’Educació i Ciència from Generalitat Valenciana (Spain) (Acción especial GVA-COMP2010-273 y ayudas para grupos de excelencia PROMETEO /2011/048).

Referencias

- Aldana G., García L., y Mata J. (2012). Las Tecnologías de la Información y Comunicación como alternativa para la estimulación de los procesos cognitivos en la vejez. *CPUE. Revista de investigación educativa*, enero-julio, no. 14. Recuperado de http://www.uv.mx/cpue/num14/practica/completos/aldana_garcia_mata_tic_vejez.pdf.
- Bartrés-Faz D. y Arenaza-Urquijo E.M. (2011) Structural and functional imaging correlates of cognitive and brain reserve hypotheses in healthy and pathological aging. *Brain Topography*, 24(3-4), 340-57.
- Bavelier D., Green C.S., Han D.H., Renshaw P.F., Merzenich M.M., y Gentile D.A. (2011) Brains on video games. *Nature Reviews Neuroscience*, 12(12), 763-8.
- Bavelier D., Green C.S., Pouget A., Schrater P. (2012). Brain plasticity through the life span: learning to learn and action video games. *Annual Review of Neuroscience*. 2012 Jul 21(35):391-416.
- Beddington J., Cooper C.L., Field J., Goswami U., Huppert F.A., Jenkins R., et al. (2008) The mental wealth of nations. *Nature*, 455(7216), 1057-60.
- Bialystok E., Craik F.I., y Luk G. (2012) Bilingualism: consequences for mind and brain. *Trends in Cognitive Science*, 16(4): 240-50.
- Buitenweg J.I.V., Murre, J.M.J., y Ridderinkhof, K.R. (2012) Brain training in progress: a review of trainability in healthy seniors. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6:183.
- Cotelli M., Manenti R., Zanetti O., y Miniussi C. (2012) Non-pharmacological intervention for memory decline. *Frontiers in Human Neuroscience*, 6:46.
- Delaloye C., Moy G., Baudois S., De Bilbao F., Dubois Remund C., Hofer F. et al. (2009) The contribution of aging to the understanding of the dimensionality of executive functions. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), e51-9.

- Depp C.A., Harmell A., y Vahia I.V. (2012) Successful cognitive aging. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, 10:35-50.
- Deweerd S. (2011). Prevention: activity is the best medicine. *Nature*, 475(7355), S16-7.
- Díaz-Orueta U., Buiza-Bueno C., y Yanguas-Lezaun J. (2010). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(3), 150-5.
- Goldberg E. (2006). *La paradoja de la sabiduría*. Ed. Crítica
- Grady C.L. (2008). Cognitive neuroscience of aging. *Ann N Y Acad Sci*. 1124:127-44.
- Erickson K.I., Prakash R.S., Voss M.W., Chaddock L., Hu L., Morris K.S., et al. (2009) Aerobic fitness is associated with hippocampal volume in elderly humans. *Hippocampus*, 19(10), 1030-9.
- Fabiani M. (2012). It was the best of times, it was the worst of times: a psychophysicologist's view of cognitive aging. *Psychophysiology*, 49(3): 283-304.
- Fink A., Grabner R.H., Gebauer D., Reishofer G., Koschutnig K., Ebner. (2010) Enhancing creativity by means of cognitive stimulation: evidence from an fMRI study. *Neuroimage*, 52(4):1687-95.
- Forstmeier S., Maercker A., Maier W., van den Bussche H., Riedel-Heller S., Kaduszkiewicz H. et al. (2012). Motivational reserve: Motivation-related occupational abilities and risk of mild cognitive impairment and Alzheimer disease. *Psychology of Aging*, 27 (2), 253-63.
- Fratiglioni L., y Wang H.X. (2007) Brain reserve hypothesis in dementia. *Journal of Alzheimer's Disease*, 12, 11-22.
- Fratiglioni L., y Qiu Ch. (2011) Prevention of cognitive decline in ageing: dementia as the target, delayed onset as the goal. *Lancet*, 12, 11-22.
- Green C.S., y Bavelier D. (2008). Exercising your brain: a review of human brain plasticity and training-induced learning. *Psychology of Aging*, 23(4), 692-701.
- Hebb D.O. (1947). The effects of early experience on problem solving at maturity. *American Psychologist*, 2, 306-7.
- Levi-Montalcini R., Knight R.A., Nicotera P., Nisticó G., Bazan N., y Melino G. (2011) Rita's 102!! *Molecular Neurobiology*, 43(2), 77-9.
- Jones S., Nyberg L., Sandblom J., Stigsdotter Neely A., Ingvar M., Magnus Petersson K., et al. (2006). Cognitive and neural plasticity in aging: general and task-specific limitations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(6), 864-71.
- Kraft E. (2012) Cognitive function, physical activity, and aging: possible biological links and implications for multimodal interventions. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn.*, 19(1-2), 248-63.
- Landau S.M., Marks S.M., Mormino E.C., Rabinovici G.D., Oh H., O'Neil J.P. et al. (2012). Association of Lifetime Cognitive Engagement and Low -Amyloid Deposition. *Archives of Neurology*, 69 (5), 623-29.
- Liberati G., Raffone A., Belardinelli, M.O. (2012). Cognitive reserve and its implications for rehabilitation and Alzheimer's disease. *Cognitive Processes*. 13(1): 1-12.
- Mandolesi L., De Bartolo P., Foti F., Gelfo F., Federico F., Leggio M.G., et al. (2008) Environmental enrichment provides a cognitive reserve to be spent in the case of brain lesion. *Journal of Alzheimer's Disease*, 15(1), 11-28.
- Marioni R.E., van den Hout A., Valenzuela M.J., Brayne C., Matthews F.E. et al. (2012) Cognitive Function and Ageing Study. Active cognitive lifestyle associates with cognitive recovery and a reduced risk of cognitive decline. *Journal of Alzheimer's Disease*, 28(1), 223-30.
- May A. (2011). Experience-dependent structural plasticity in the adult human brain. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(10), 475-82.
- McFadden S.H. y Basting A.D. (2010) Healthy aging persons and their brains: promoting resilience through creative engagement. *Clinical Geriatrics Medicine*, 26(1), 149-61.
- Milgram N.W., Siwak-Tapp C.T., Araujo J., y Head E. (2006). Neuroprotective effects of cognitive enrichment. *Ageing Research Reviews*, 5(3), 354-69.
- Morrison J.H., y Baxter M.G. (2012) The ageing cortical synapse: hallmarks and implications for cognitive decline. *Nature Reviews Neuroscience*, 13(4), 240-50.
- Nithianantharajah J., y Hannan A.J. (2009). The neurobiology of brain and cognitive reserve: mental and physical activity as modulators of brain disorders. *Progress in Neurobiology*, 89 (4), 369-82.
- Nouchi R., Taki Y., Takeuchi H., Hashizume H., Akitsuki Y., Shigemune Y. et al. (2012). Brain training game improves executive functions and processing speed in the elderly: a randomized controlled trial. *PLoS One*, 7(1) e29676.
- Pang T.Y., Hannan A.J. (2012). Enhancement of cognitive function in models of brain disease through environmental enrichment and physical activity. *Neuropharmacology*. En prensa
- Papp K.V., y Snyder P.J. (2012). Editorial to accompany-training the brain: fact and fad in cognitive and behavioral remediation. *Brain and Cognition*, 79(2):158.
- Papp K.V., Walsh S.J. y Snyder P.J. (2009). Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: a review of current literature and future directions. *Alzheimers Dementia*, 5(1), 50-60.
- Park D.C., y Reuter-Lorenz P. (2009) The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review of Psychology*, 60, 173-96.

- Petrosini L., De Bartolo P., Foti F., Gelfo F., Cutuli D., Leggio M.G., et al. (2009) On whether the environmental enrichment may provide cognitive and brain reserves. *Brain Research Reviews*, 61: 221-39.
- Rapibour S. y Raz A. (2012) Training the brain: Fact and fad in cognitive and behavioral remediation. *Brain and Cognition*, 79: 159-79.
- Redolat R. y Mesa-Gresa P. (2012) Potential benefits and limitations of enriched environments and cognitive activity on age-related behavioural decline. *Current Topics in Behavioral Neuroscience*, 10:293-316.
- Rodríguez Rodríguez, V., Rodríguez Mañas, L., Sancho Castiello M., y Díaz Martín, R. (2012). Envejecimiento. La investigación en España y Europa. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 474: 174-179
- Reiman E.M., Langbaum J.B., Fleisher A.S., Caselli R.J., Chen K., Ayutyanont N. Et al. (2011). Alzheimer's Prevention Initiative: a plan to accelerate the evaluation of presymptomatic treatments. *Journal of Alzheimers Disease*, 26 Suppl 3: 321-9
- Robertson I.H. (2012). A noradrenergic theory of cognitive reserve: implications for Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, en prensa.
- Ruiz-Sánchez de León J.M (2012). Estimulación cognitiva en el envejecimiento sano, el deterioro cognitiva leve y las demencias: estrategias de intervención y consideraciones teóricas para la práctica clínica. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 32: 57-66.
- Salthouse T. (2012) Consequences of age-related cognitive declines. *Annual Review of Psychology*, 10;63:201-26.
- Sanchez Rodriguez J.L. Torrelas C., Martín J., Fernández, M.J. (2011). Cognitive reserve and lifestyle in spanish individuals with sporadic Alzheimer's Disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, in press.
- Scarmeas N., Albert S.M., Manly J.J., y Stern Y. (2006). Education and rates of cognitive decline in incident Alzheimer's disease. *Journal of Neurology and Neurosurgery Psychiatry*. 77(3): 308-16.
- Simonton D.K. (2012) Quantifying creativity: can measures span the spectrum? *Dialogues In Clinical Neuroscience*, 14(1):100-4.
- Small G.W., Moody T.D., Siddarth P, y Bookheimer S.Y. (2009). Your brain on Google: patterns of cerebral activation during internet searching. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 116-26.
- Sole-Padullés C., Bartres-Faz D., Junque C., Vendrell P., Rami L., Clemente I.C., et al. (2009). Brain structure and function related to cognitive reserve variables in normal aging, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 30, 1114-24.
- Steffener J y Stern Y. (2012) Exploring the neural basis of cognitive reserve in aging. *Biochemical Biophysical Acta*, 1822(3), 467-73.
- Stern Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015-28.
- Tardif S., y Simard M. (2011). Cognitive stimulation programs in healthy elderly: a review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 378934. Epub 2011
- Tucker A.M, y Stern Y. (2011). Cognitive reserve in aging. *Current Alzheimer Research*. 8(4):354-60b.
- van Praag H. (2009). Exercise and the brain: something to chew on. *Trends in Neuroscience*, 32, 283-290.

Fecha de recepció: 26/07/2012

Fecha de aceptació: 30/10/2012

Una reflexión sobre las terapias no farmacológicas y su aplicación desde la experiencia: 20 años del “Programa de atención a afectados de Alzheimer” de la asociación COTLAS

Javier Bendicho Montés

Psicólogo de la Unidad de Estimulación. Programa de Atención a Afectados de Alzheimer y Otras Demencias.

Asociación COTLAS.

Javierbendicho@ono.com

resumen/abstract:

Desde las ciencias sociales llevamos muchos años definiendo, conceptualizando, revisando y utilizando diferentes terapias aplicadas a la problemática que acompaña a la Enfermedad de Alzheimer. Es cierto que resulta muy complicado demostrar la eficacia de estos tratamientos sobre la función cognitiva, pero su aplicabilidad sobre el comportamiento, los trastornos conductuales, las emociones y el mantenimiento de la independencia es innegable. Queremos reflexionar, desde nuestra experiencia práctica de 20 años, sobre la actualidad de estas terapias, su aplicación, eficacia y futuro en el afrontamiento diario de la enfermedad.

From social sciences, we have been for many years defining, conceptualizing, revising and using different therapies for the set of problems which go with Alzheimer Disease. It is certainly very complicated to prove the efficiency of these treatments on the cognitive function, but their applicability on behaviour, behavioural disorders, emotions and the maintenance of the independence is undeniable. From our practical experience of 20 years, we want to reflect on the current importance of these therapies, their application, efficiency and future in the daily confronting of the disease.

palabras clave/keywords:

Enfermedad de Alzheimer, terapias no farmacológicas, neuroplasticidad, petrogénesis, responsividad, reserva cognitiva.

Alzheimer's disease, non pharmacological therapies, neuroplasticity, retrogenesis, responsivity, cognitive reserve.

1. Introducción

Nadie discute la importancia de las Terapias no farmacológicas (TNF) en el tratamiento de la EA, ni que su aplicación es el mejor complemento a los tratamientos farmacológicos, a pesar de la diversidad,

variabilidad y falta de consenso de este tipo de enfoques.

Somos conscientes de la dificultad diagnóstica en demencias; la información sobre las bases biológicas y genéticas disponible no permiten asegurar la certeza del diagnósti-

co y además no existe tratamiento curativo alguno (Tárraga, 2006). La mejoría clínica de los tratamientos farmacológicos es limitada y se puede ver beneficiada cuando los afectados disponen de espacios activadores, motivantes y estimulantes donde se administran diferentes terapias (Boada, 1998). Ante este panorama, las TNF se convierten un recurso imprescindible a la hora de enfocar la sintomatología que acompaña a la enfermedad de Alzheimer: problemas cognitivos, conductuales y comportamentales, emocionales, de independencia de la vida diaria y relacionales.

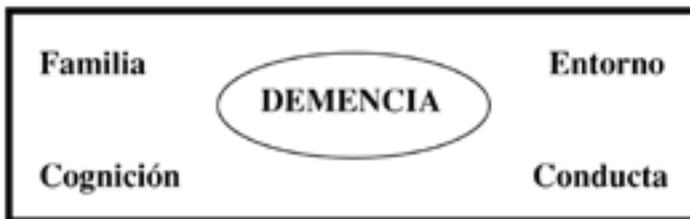
1.1. El Programa de Atención a Afectados de Alzheimer y otras Demencias. Objetivos

En 1992 la asociación COTLAS pone en funcionamiento un programa pionero de atención a familiares con enfermos con

demencia en la comunidad valenciana. El *Programa de Atención a Afectados de Alzheimer y Otras Demencias* nace gracias a una iniciativa de la Universitat de València que propone a COTLAS, una entidad con experiencia en programas de voluntariado, una iniciativa de asesoramiento y apoyo a familias con enfermos de Alzheimer a su cargo.

La finalidad del *Programa de Atención a Afectados de Alzheimer y otras Demencias* de la Asociación COTLAS es dotar de un recurso desde la comunidad a todas aquellas familias con enfermos con demencia a su cargo. Es evidente que si se pretende dar un tratamiento a estas familias, éste debe ser un tratamiento integral, con acciones orientadas tanto al enfermo como al entorno familiar, atendiendo a aspectos clínicos, funcionales, mentales y sociales. (Ver figura 1).

Figura 1. Ámbitos de intervención en demencia a través de TNF



(Barandiarán-Amillano M. En Manubens Bertrán JM, Berthier Torres M, Barquero Jiménez 2002)

Creemos que en el diseño de cualquier tipo de intervención no farmacológica debe contarse con el entorno familiar más próximo. La información que nos ofrecen los cuidadores es de gran importancia clínica. La historia social y familiar del paciente, sus datos biográficos, sus gustos y preferencias, sus competencias y habilidades en las actividades de la vida diaria (AVD), su vida laboral,

son básicos para diseñar programas de intervención personalizados, que nos den garantías de éxito en nuestra intervención.

A los síntomas cognitivos propios de la enfermedad se une otra serie de problemas que afectan globalmente al enfermo y al entorno familiar: sentimientos de inutilidad del enfermo, aislamiento social, dependen-

cia del cuidador principal, desordenes emocionales familiares, reorganización familiar, estrés del cuidador, etc. El tratamiento adecuado de toda esta sintomatología asociada es tan importante como la enfermedad en sí y debe incluirse como base en el diseño terapéutico:

1. Con respecto a los familiares, intentamos que puedan tener apoyo psicológico, que aprendan nuevas estrategias de actuación, que conozcan los recursos existentes y que puedan beneficiarse de un periodo de descarga en el cuidado de su enfermo. De la misma manera, intentamos que el familiar aprenda a convivir con la enfermedad sin ser arrastrado por ella, potenciando la concienciación de la necesidad del autocuidado, así como del de su afectado a lo largo del proceso involutivo de la enfermedad.
2. Con respecto al enfermo, intentamos que en la medida de lo posible mantenga sus capacidades, ya sea a nivel cognitivo, físico y/o psicológico; dotarle de nuevos recursos con el fin de que los efectos de la enfermedad sean lo menos gravosos para él, y aumentar su autoestima. Todo con la intención última de mantener su independencia. Así mismo, intentamos potenciar un estado emocional óptimo, a través de la readaptación de sus familiares-cuidadores a los cambios que se pueden producir en cada fase de la enfermedad.

1.2. Funcionamiento del Programa de Atención a Afectados de Alzheimer y otras Demencias

El *Programa de Atención a Afectados de Alzheimer y otras Demencias* funciona

ininterrumpidamente desde 1992 y se estructura en dos áreas: la Unidad de Estimulación y la Unidad Familiar. Los servicios de Información y asesoramiento, entrada, valoración y seguimiento de casos, atención telefónica; la formación a monitores y/o familiares se coordinan conjuntamente (Ver figura 2):

La Unidad familiar se encarga de la coordinación de aquellos recursos destinados específicamente a cuidadores y/o familiares y a las intervenciones en los domicilios (afectado y cuidador): la estructuración de ambientes, el entrenamiento cognitivo en domicilio, la estructuración ocupacional y los grupos de apoyo psicológico.

La Unidad de Estimulación engloba los talleres de estimulación cognitiva y relacional por las mañanas y el asesoramiento y diseño de programas de estimulación individualizados.

Los recursos no son estancos, sino flexibles. Son las necesidades individuales de cada caso las que determinan el número de recursos destinados y que servicio debe prioritariamente asignarse a las familias, en coordinación con otros recursos sociales existentes en la ciudad de Valencia.

2. Definiendo la terminología

Intervenciones psicoeducativas, intervenciones psicosociales, terapias blandas, tratamientos no farmacológicos... No existe un consenso en cómo denominar a este tipo de intervenciones terapéuticas. Dentro de estos tratamientos se incluyen intervenciones sobre las funciones intelectuales, estimulación física, intervenciones conductuales, sobre el ambiente y el entorno del paciente, así como programas destinados a cuidadores y a la adecuada

comunicación entre enfermo y cuidador/es.

Existen diferentes técnicas de psicoestimulación, pero suelen estar poco estructuradas y diferenciadas, con diversidad de grupos estudiados, deficiente descripción

y defectos metodológicos. La clasificación más utilizada se categoriza siguiendo los criterios de la APA (1997): terapias de enfoque emocional; terapias de aproximación conductual; terapias de enfoque cognitivo; terapias de estimulación; terapias dirigidas a los cuidadores.

Figura 2.



Ante la variedad de estrategias, su falta de coherencia interna y su debilidad metodológica, en el año 2004 se puso en funcionamiento el International Non-pharmacological Therapies Project, un proyecto de cinco años, con la participación de expertos internacionales en la materia y el objetivo final de diseñar un exhaustivo mapa de los tratamientos no farmacológicos, según su grado de eficacia contrastada científicamente. En

2005, la Fundación María Wolf organizó en Madrid el Primer Congreso de terapias no farmacológicas, con el objetivo inicial de consensuar la nomenclatura a utilizar. Para los que tuvimos la suerte de asistir, se evidenciaron desde el principio grandes diferencias en la terminología de uso, según desde que disciplina se partiera. Desde las ciencias sociales defendíamos el término “intervención” como algo más holístico en

el que tienen cabida diferentes enfoques, estrategias, programas y recursos; desde el paradigma médico se insistía en seguir utilizando “terapias no farmacológicas”, al considerar que era el término más utilizado, algo objetivo y admitido social y administrativamente. La mayoría de los asistentes proveníamos de las ciencias sociales, evidenciando el interés y el trabajo que desde este campo se ha hecho por aportar estrategias de afrontamiento no biomédicas a la compleja problemática del Alzheimer. Exponemos alguna de las razones por las que nos oponíamos al término “terapias no farmacológicas”:

- Inferioridad del término al definirlo diciendo lo que no es, en vez de lo que es.
- Consideramos que el lenguaje no es neutral. Utilizar la negación en la propia definición implica considerar este tipo de terapias como secundarias.
- Al hablar de terapia, hablamos de desequilibrio, mal funcionamiento y los enfoques psicosociales que están en la base de la mayoría de los programas existentes intentan escapar de la etiqueta de la discapacidad como objetivo de su intervención.
- Es un término clásico de las ciencias médicas, que quizá no reconoce el esfuerzo de las ciencias sociales, que es el campo de actuación de este tipo de intervenciones. Los enfoques psicosociales se han desmarcado del modelo sanitario centrado en el deterioro y cuyo objetivo es curar o compensar déficits, orientándose hacia las emociones, sin olvidar las capacidades cognitivas y funcionales residuales, lo que favorece una intervención más adecuada (Tárraga, 1998).

- Parece seguir existiendo un problema de definición de rol profesional, de barreras a la multidisciplinariedad y de status que es necesario romper.

Muchos seguimos prefiriendo usar intervención integral o psicosocial, pero el término consensuado definitivamente ha sido el de “terapias no farmacológicas”. Se ha definido como: *“Intervención no química, teóricamente sustentada, focalizada y replicable, realizada sobre el paciente o el cuidador y potencialmente capaz de obtener un beneficio relevante”* (Muñiz y Olazarán. En AFAL Contigo, 2009, pág. 21).

Como aspectos positivos de la definición podemos destacar las implicaciones éticas y políticas del término, ya que al considerarse las intervenciones como terapéuticas pueden ser “recetadas” como un tratamiento rehabilitador más desde los servicios sanitarios. Además, el hecho de que se considere que están teóricamente sustentadas, focalizadas y puedan ser replicables, les da un espacio reconocido dentro del campo de intervención de las demencias.

Como aspectos negativos, tal como se expresa en el manual del Programa de Actuación Cognitiva integral en Demencias (PACID) del Centro de Referencia Estatal para la enfermedad de Alzheimer, *“no parece muy afortunada la definición del objetivo final de las TNF. Se aduce que estas terapias son “realizadas sobre el paciente o el cuidador y son potencialmente capaces de obtener un beneficio relevante”. El objetivo de toda terapia, sea farmacológica o de intervención psicológica, no es que pueda ser “potencialmente” capaz, sino que debe ser demostrada su eficacia por medio de los procedimientos científicos al uso antes de aceptar la misma como terapia”* (García, 2011. pág. 10).

3. Principios y modelos teóricos

Existe evidencia científica de la capacidad de regeneración de las neuronas lesionadas y la posibilidad de establecer conexiones nuevas. Sabemos que en el cerebro adulto se forman neuronas nuevas a partir de células madre o astrocitos. Ese punto de partida científico de neurogénesis y plasticidad neuronal está en la base de todos los programas de intervención cognitiva y funcional en la enfermedad de Alzheimer.

Las personas con Alzheimer mantienen cierta plasticidad cognitiva -definida como la capacidad que tiene el cerebro para adaptarse a las situaciones nuevas y restablecer el equilibrio alterado después de una lesión- o de aprendizaje en fases leve y moderada de la enfermedad, limitada pero existente. En esa plasticidad neuronal influyen tanto factores biológicos que tienen que ver con el proceso de envejecimiento como factores ambientales relacionados con el entorno (Calero, 2000; Fernández-Ballesteros, 2003).

3.1. Teorías que nos acercan al conocimiento de la enfermedad de Alzheimer

Algunas teorías son controvertidas al intentar explicar la importancia de variables extrínsecas en la aparición y/o evolución de la enfermedad. Uno de los factores de protección/riesgo que más polémica levanta es la educación o grado de escolarización. Las *Teorías de la reserva cerebral* sugieren que personas con menor nivel educativo, analfabetas o con menos logros educativos o laborales, comenzarán a expresar características clínicas de la enfermedad de Alzheimer con un grado de deterioro neuronal menor a la gente con niveles educativos más altos. La aparición en diferentes

estudios de individuos sin demencia cuyo estudio histopatológico implicaría criterios para diagnosticarla, se explicaría, según Yaakov Stern, gracias a la existencia de una reserva cerebral en forma de habilidades cognitivas que permitirían a algunas personas tolerar mejor los cambios patológicos en el cerebro (Calero y Navarro, 2006).

Al parecer la educación implica mayor conectividad neuronal en las primeras etapas de la vida, más estimulación mental y neuronal y menos factores de riesgos ambientales: mejor nutrición, salud,.. (Carnero, 2000).

Otras hipótesis, como las del *Brain Battering* también valoran la importancia del nivel educativo y del estatus socioeconómico en la expresión de la demencia: “... las personas con niveles educativos más altos y estatus socioeconómico más elevado están menos expuestas a agresiones repetidas de toda índole contra la salud, gozan de un estilo de vida más saludable y reciben cuidados médicos de mayor calidad. Todo ello consigue que sus cerebros sean más sanos, especialmente con menos lesiones de pequeño vaso que tanto contribuye a la aparición de distintos procesos neurodegenerativos” (Rodríguez y Sánchez, 2004, pág.177).

¿Estamos hablando de educación formal, o de mantenerse activo independientemente de la escolarización? ¿Es posible que algunos de estos estudios tengan errores de muestra? ¿No será que las pruebas cognitivas utilizadas para estudiar estos factores están muy influenciadas por el nivel educativo? Afirmaciones como que “*el analfabetismo es uno de los factores de riesgo de mayor relevancia al hablar de demencias*” (Carnero, 2000) nos parece, como mínimo arriesgado, al dar tanta importancia a la

educación como factor clave de protección ante la aparición de este tipo de patologías. Lo que se considera relevante en estas conclusiones son los factores sociales que acompañan o provocan un bajo nivel de escolarización – por ejemplo, el estilo de vida, la salud o condiciones socioeconómicas adversas- y no tanto los conocimientos adquiridos de manera formal.

Ante afirmaciones tan tajantes, es inevitable que aparezca en mi memoria el recuerdo de algunas mujeres mayores que forman parte de mi niñez, que han cuidado de su familia, han criado a sus hijos, que han trabajado de sol a sol, activas desde muy jóvenes, sin estudios, pero con una vitalidad y lucidez envidiables. Estoy convencido que su cerebro ha debido afrontar situaciones muy complicadas durante su vida y que su capacidad de reserva cerebral, no dependía del nivel educativo. Creemos que es una visión simplista de lo que debemos considerar “estar activo”.

Otro aspecto importante en la base de las TNF es el concepto de *Psicoestimulación*. Lluís Tàrraga la define como “*estimulación organizada, lo más individualizada posible y, por lo tanto, adecuada a las capacidades funcionales residuales que le permitan su ejercicio y el “despertar” de aquellos olvidos abandonados*” (Tàrraga, en Fernández Ballesteros R, 2003, pág. 306).

Dos aspectos a destacar en esta definición, que nos parecen importantes: por un lado la influencia de la memoria biológica y por otro, las influencias ambientales. Las causas del deterioro cognitivo son orgánicas, propias de la evolución de la enfermedad y de nuestras características biológicas, pero también funcionales, por la ausencia de uso de una determinada función cognitiva.

Tengamos en cuenta, que no siempre resulta sencillo dilucidar qué capacidades se han perdido por causa del deterioro neuronal y cuáles pueden ser reversibles al deberse a la falta de uso (Requena, 2003). Hay evidencias que apoyan que en enfermos con Alzheimer existe cierta capacidad de plasticidad neuronal que sería “dependiente del uso”, es decir debe existir una interacción activa con el entorno para que esa plasticidad sea posible. (Redolat y Carrasco, 1998). Por tanto, en toda intervención intentaremos favorecer esa capacidad neuronal de adaptación al cambio, diseñando estímulos, estudiados para cada caso individual, para facilitar la expresión de las capacidades intelectuales, la expresión de emociones, y las posibilidades relacionales de una manera integral. Las funciones emocionales, anímicas intervienen de manera decisiva en el comportamiento humano; no podemos separar los sentimientos y emociones de las capacidades propiamente dichas. De ahí la importancia de los enfoques individuales de cualquier estrategia terapéutica y de potenciar la autoestima, a través de técnicas de validación.

El *Estudio Longitudinal sobre envejecimiento de Honolulu* (Balfour, 2001), demostró que la actividad intelectual, la actividad física y la participación social eran factores clave para minimizar el riesgo de sufrir una demencia. En él se insiste en la importancia de realizar actividades que implique cierto esfuerzo mental, ya sea intelectual o de ocio a lo largo de la vida como factores de protección a la posible aparición de una demencia. Otra visión de lo que se considera “estar activo” más amplia y menos dependiente del factor cultural.

Si los conceptos de neuroplasticidad y psicoestimulación están en la base del diseño

de los programas de intervención -al aumentar la esperanza de que la estimulación programada, graduada, continua, flexible e individualizada se pueda traducir en una beneficiosa neurogénesis en el cerebro de los enfermos con Alzheimer-, algunos modelos teóricos explicativos de la evolución de la enfermedad nos permiten diseñar las tareas de estimulación más adecuadas a cada caso.

Quizás el *Modelo de Retrogénesis* desarrollado por Reisberg (1999) sea el más utilizado. Esta teoría involutiva del anciano con demencia facilita un modelo teórico que expresa como se sucede de manera secuencial la desintegración de las funciones cognitivas que se han ido desarrollando a lo largo de toda la vida y nos permite establecer los programas terapéuticos específicos de estimulación más adecuadas en cada fase de la enfermedad. El modelo predice cuáles son los cambios que se producen a lo largo de la evolución de la enfermedad, de una manera exhaustiva, indicando que funciones cognitivas se mantienen y cuáles se deterioran, para trabajar las capaci-

dades residuales de los afectados. Como ya expresaba Ajuriaguerra: “*el proceso involutivo de la EA se produce mediante un retroceso que va desde el adulto consciente, controlado, hasta convertirse en un feto, rígido mediante reflejos desconexos y arcaicos*” (Tárraga, 1998. pág. 52). La involución cognitiva sigue el camino inverso a la formación de la inteligencia que en su momento describió Piaget .

Las bases científicas de este modelo se han ido demostrando con el avance de la investigación en neurociencias y actualmente existe hallazgos neuropatológicos que apoyan esta teoría de la involución. El trabajo desarrollado desde el modelo de Retrogénesis aporta la escala clínico-evolutiva más utilizada para evaluar el grado de deterioro, La *Global Deterioration Scale* (GDS) de Reiberg (1982) y otra de evaluación de las capacidades funcionales, el FAST (*Functional Assessment Staging*) de Reisberg (1988); un sistema de clasificación basado en el nivel funcional y en las actividades de la vida diaria. (Ver figura 3)

Figura 3. Correspondencia entre los estadios del GDS y el FAST, su edad equivalente y los periodos de involución

Estadio GDS y FAST	Fase Clínica	Edad equivalente	Periodo involutivo de la inteligencia
1. Sin déficit cognitivo	Normal	Adulto normal	Operaciones formales
2. Déficit cognitivo muy leve	Olvido senil benigno	Anciano normal	Operaciones formales
3. Déficit cognitivo leve	Deterioro cognitivo leve	Adulto joven	Operaciones formales
4. Déficit cognitivo moderado	EA leve	De adolescente a niño de 7 años	Operaciones formales/concretas
5. Déficit cognitivo moderadamente grave	EA moderada	De 7 a 5 años	Inteligencia preoperatoria
6. Déficit cognitivo grave	EA moderadamente grave	De 5 a 2 años	Inteligencia preoperatoria/ inteligencia sensoriomotora
7. Déficit cognitivo muy grave	EA grave	De 2 años a neonato	Inteligencia sensoriomotora

Adaptación de Tárraga L (2003)

Desde el *Programa de Atención a afectados de Alzheimer y otras Demencias* de COTLAS destacamos también el *Modelo de Responsividad* desarrollado por la fundación Maria Wolff en el año 2000. Un modelo muy útil por su implicación práctica, al demostrar que algunas variables como la motivación, el ocio o el afecto son básicos en la implementación de programas no farmacológicos, algo que tenemos muy claro desde hace años, pero que agradeceremos tenga un referente teórico demostrable. Este modelo predice que la tasa de respuesta a una terapia no farmacológica depende del grado de deterioro y expresa qué tipo de TNF tienen más efectividad a lo largo de la evolución de la enfermedad. Después de centrar el trabajo de la investigación en evaluar diferentes funciones, el modelo concluye que las actividades motoras tienen un beneficio directo sobre el resto de funciones cognitivas, ya que es la intervención más “responsiva” a lo largo de la enfermedad. Concluye también que a medida que avanza la enfermedad es más efectivo trabajar sobre el afecto, la conducta y el área motora que sobre las funciones cognitivas. (Olazarán y Muñiz, 2004).

3.2. Modelos de atención integral centrados en la persona con demencia

En el día a día del trabajo terapéutico, a veces nos preguntamos si no estaremos dejando un poco de lado a los propios afectados, si no estamos excesivamente preocupados por el deterioro cognitivo y obviamos, sin pretenderlo, las variables personales e individuales. Tendemos a “etiquetar” al enfermo por el hecho de serlo y suele ser difícil que lo incorporemos en la toma de decisiones de cualquier programa terapéutico. Si pretendemos promocionar su independencia, debemos hacerles partícipes, den-

tro de sus posibilidades, en los diferentes procesos de toma de decisiones. Esa posibilidad de elección, a veces simple, es un fantástico recurso a la hora de implementar actividades concretas y ayuda a evitar ciertas reacciones catastróficas a la hora de plantear a un enfermo la realización de actividades de estimulación. Es el enfermo el que decide, percibe que sigue manteniendo cierto control sobre su vida, no percibe la tarea como una imposición y se siente más motivado para realizarla.

¿Hasta que punto debemos -nosotros como terapeutas, como cuidadores -adaptarnos a las necesidades individuales de los usuarios? ¿No nos hemos centrado en exceso en ver la enfermedad desde un punto de vista biomédico, quizás reduccionista?

Como profesionales necesitamos revisar nuestros modelos de atención en demencia, partiendo siempre desde la dignidad del enfermo. Es muy importante intentar empatizar con la persona afectada, tener en cuenta sus necesidades, sentimientos, desarrollar su individualidad y autonomía. Y debemos reconsiderar la importancia del entorno social en la reducción de la discapacidad y de las alteraciones conductuales (Martínez, 2010).

En la última década han resurgido los modelos de comunicación y de atención centrada en la persona, iniciados en los 70 y 80 de siglo pasado con la psicología humanista. Desde esta corriente filosófica y psicológica se entiende al individuo dentro de un contexto; se defiende la capacidad de elección humana, su creatividad y la búsqueda de la autorrealización. La terapia se entiende como un proceso de relación y de comunicación en el que el papel del terapeuta es facilitador, lo que hoy consideramos el “principio activo”, aportando el cli-

ma adecuado para centrarnos en la persona como un todo. (Rogers, 1981). En el caso de las demencias, esos principios de validación se fundamentan en la dignidad de la persona, buscan facilitar la independencia y restaurar la autoestima, siempre con la empatía como mecanismo clave para reducir la ansiedad y el estrés ante las tareas, aumentando de esa manera la autoconfianza (Feil, 1993).

Estos principios renovados, algunos surgidos de las limitaciones detectadas en la atención ofrecida en los centros gerontológicos, pueden y deben ser aplicables en cualquier tipo de intervención, individual o grupal, formal o informal. Hablamos de búsqueda del bienestar subjetivo; el respeto y apoyo a las propias decisiones como principio de independencia; la búsqueda de entornos físicos y sociales facilitadores; integridad e individualidad; respeto a la intimidad e privacidad; la protección de la identidad personal y el fomento de participación y la inclusión social.

Uno de los modelos más reciente basado en esos principios es el *Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer*, desarrollado por Yanguas y colaboradores. Considera que, desde el principio de dignidad a cualquier persona, la atención a estos enfermos debe afrontarse desde dos ejes: la prevención y rehabilitación de todas las capacidades; y la integración y la participación como eje de la intervención. (Yanguas, 2007).

A destacar el *Modelo de Atención centrada en la persona con demencia* desarrollado por Kitwood (1997) y la importancia que se da a los entornos validantes y estimulantes. Un modelo de atención individual que explica cómo los entornos sociales invalidantes pueden aumentar la progresión de

los cambios neuropatológicos, al no permitir desarrollar al máximo las capacidades residuales de los individuos y dando lugar a una espiral de declive. El modelo insiste también en la importancia de mantener la identidad, en que muchas alteraciones conductuales son la respuesta al malestar que sienten los individuos por la falta de comprensión a sus necesidades individuales. Esa inadecuada atención puede significar un menor rendimiento a la competencia esperada según el nivel evolutivo de la enfermedad. (Fernández y Vila, 2012).

4. Las terapias no farmacológicas

Cualquier programa de psicoestimulación integral debe ser flexible, dinámico, continuo, sencillo y útil a cada etapa de la enfermedad. (Franco y Orihuela, 1998). Para garantizar el éxito hay que tener en cuenta los principios de constancia, flexibilidad y personalización. Como hemos indicado, el gran reto de los programas de intervención psicosocial, para ser aceptados definitivamente como recursos terapéuticos válidos, es demostrar su efectividad sobre las funciones cognitivas. ¿La estimulación cognitiva produce mejoras sobre las capacidades intelectuales y funcionales de los enfermos con demencia? ¿Pueden modificar positivamente el curso de la enfermedad? El interés demostrado por estos enfoques en los últimos años facilitará el estudio de los programas existentes y las técnicas utilizadas. (AFAL, 2006). Y esperamos que en los próximos años despierte el interés por su investigación y dispongamos de datos más fiables sobre su eficacia.

El objetivo primordial de todos estos enfoques es mantener y estimular las capacidades residuales del individuo, intentando fomentar el mayor grado de autonomía posible, ralentizando o minimizando el de-

clive. Y sabemos que su eficacia sobre el comportamiento, el estado anímico de los afectados y las emociones es a veces sorprendente.

Es sobre los factores ambientales donde está demostrado que es posible incidir desde las intervenciones no farmacológicas. Las técnicas de comunicación y validación se hacen imprescindibles en los programas educativos destinados a familiares y cuidadores, al facilitar el día a día y ayudar a prever las molestas reacciones catastróficas que pueden acompañar al comportamiento de los enfermos. Si el conocimiento de la enfermedad, su sintomatología, su posible evolución y trastornos asociados son básicos para que el entorno del enfermo vaya adaptándose de la mejor manera posible, sobre todo en fases iniciales, no debemos menospreciar la importancia de incluir estrategias de comunicación en los recursos de apoyo y autoayuda familiar.

Consideramos oportuno hacer una reflexión sobre lo que desde la Asociación COTLAS entendemos debe ser la psicoestimulación desde un punto de vista integral, independientemente del tipo de intervención terapéutica en la que se incluya. Nuestro modelo se basa en algunas claves sencillas aplicadas en el diseño de actividades de la Unidad de Estimulación:

- Debemos plantear la estimulación desde un enfoque amplio, hay que tener en cuenta que es una enfermedad progresiva en la que el deterioro mental evoluciona de manera inexorable. Pero hay muchos factores relacionados con la capacidad cognitiva: atención, motivación, entornos estimulantes, la comunicación, evitar el aislamiento. Y todos estos factores deben tenerse en cuenta en el diseño de actividades. El bene-

ficio se observa en el nivel de interés de los usuarios, en su capacidad relacional, en su nivel de independencia y autonomía, facilitando el cuidado y el día a día del enfermo.

- Nuestra experiencia nos indica que los problemas de los que más se quejan los cuidadores y familiares no son precisamente los memorísticos, sino los trastornos emocionales y conductuales, que desestructuran el ambiente familiar. Por eso, es muy importante incluir en los diseños terapéuticos estrategias de apoyo a esos problemas mentales, afectivos y de conducta que son propios del proceso de adaptación tanto del enfermo como de los cuidadores. Cortar con el aislamiento de los enfermos, trabajar la comunicación y las relaciones sociales y fomentar su sentimiento de utilidad, pueden ayudar a evitar reacciones catastróficas.
- Siempre que la estimulación se pueda enlazar con actividades a nivel grupal y/o social, los beneficios terapéuticos se multiplican. Relacionarse con otros dota al afectado de un entorno propio distinto al familiar, posibilidades de comunicación, aprendizaje por imitación, le afloran sentimientos de pertenencia, se motiva, encuentra afecto entre sus compañeros y se siente útil. El trabajo en grupo tiene beneficios diferentes a la terapia individual y deben ser complementarios. Es el ambiente adecuado para trabajar actividades de socialización y reaprendizaje de normas que se pueden ir perdiendo.
- También se debe trabajar sobre aspectos de la vida cotidiana, diseñando programas que incluyan aquellas actividades que el sujeto realiza habitualmente, co-

munes y con las que se tiene que enfrentar todos los días: aseo personal, vestirse, comer, hacer la compra, ocio y tiempo libre.

Para aplicar adecuadamente un programa de psicoestimulación es necesario conocer en profundidad el estado físico, cognitivo y emocional del enfermo. Hay que conocer que capacidades están alteradas y cuales preservadas. La evaluación neuropsicológica, por tanto, es clave para obtener un perfil cognitivo sobre el que desarrollar actividades específicas.

Pero para garantizar su validez y aumentar su eficacia debemos diseñar programas que fomenten la participación activa de los usuarios, que les mantengan vinculados a su entorno social y familiar, que posibiliten las relaciones sociales y les hagan sentirse útiles. Trabajar la identidad, la motivación, la pertenencia a un grupo ayuda a evitar situaciones catastróficas en el entorno del cuidado. En definitiva, intentar mejorar la calidad de vida de los enfermos y de los cuidadores. (Peña-Casanova, 1999).

No es objetivo de esta reflexión describir con detalle las diferentes TNF, pero consideramos relevante destacar el mapa consensuado en el *Proyecto Internacional de Terapias no farmacológicas* (NPT Project), ya que, como novedad, aporta por primera vez un grado de recomendación a cada enfoque terapéutico.

La revisión de 1313 estudios científicos permitió por primera vez estructurar de manera científica nuestro campo de intervención, siguiendo los criterios de la medicina basada en la evidencia. La relevancia de cada intervención se evaluó teniendo en cuenta los siguientes dominios: Calidad

de vida, Cognición, Actividades de la vida diaria, Conducta, Afectividad, Dominio físico-motor, Bienestar y calidad de vida del cuidador, Institucionalización, Costes. Se clasificaron las terapias según fueran dirigidas a los profesionales, a los cuidadores u orientadas al enfermo:

- a- *Las terapias orientadas al trabajo con cuidadores* se consideraron las de máxima recomendación posible y se las denominó grado A. Las estrategias hacia el entorno del enfermo son las más estudiadas y las que más tiempo vienen utilizándose. Todos los programas que trabajamos desde un enfoque integral incluimos este tipo de técnicas en nuestros programas: apoyo al cuidador, grupos de autoayuda y ayuda mutua, educación y entrenamiento sobre situaciones problemáticas y el estrés propio del cuidado; asesoramiento y gestión de los recursos formales e informales existentes.
- b- En cuanto a las *TNF orientadas al enfermo*, aquellas intervenciones multicomponente se consideraron las más eficaces. (Ver figura 4). El grado de recomendación de algunas terapias no es superior porque existen muy pocos estudios que puedan refrendar su eficacia real, sobre todo teniendo en cuenta la importancia que sigue teniendo la función cognitiva en la evaluación de los programas de intervención en demencias. Esperamos que en poco tiempo, el interés por evaluar este tipo de programas crezca, dispongamos de recursos para la investigación, empecemos a compartir información y podamos hacer estudios fiables y replicables que aumenten su grado de recomendación.

Figura 4. TNF orientadas al enfermo y grado de recomendación

Estimulación cognitiva	B	Intervenciones conductuales	B
Entrenamiento cognitivo	B	Intervenciones sensoriales	C
Entrenamiento AVD	B	Terapia de luz	C
Reminiscencia	C	Relajación	B
Validación	C	Masaje y tacto	B
Musicoterapia	B	Arteterapia, terapia con animales, recreativa	C
Apoyo y psicoterapia	C	Intervenciones multicomponente	B++

Adaptación propia a partir de: Mapa de TNF para demencia tipo Alzheimer.

Guía de iniciación técnica para profesionales. Muñiz y Olazarán, 2009

Algunos beneficios que aportan este tipo de intervenciones psicosociales, desde las conclusiones del NPT Project: en fases iniciales pueden mejorar la cognición y la capacidad funcional; tienen efectos sobre el estado de ánimo; reducen la aparición de la depresión; evitan problemas de conducta, lo que incide en una menor sobrecarga de los cuidadores; generan bienestar en el enfermo; favorecen su autoestima y sus relaciones sociales; suelen ser muy bien acogidos por la mayoría; evitan o posponen el ingreso en residencias; son fácilmente aplicables en residencias y en el entorno del enfermo; reducen el coste económico de los cuidados.

Hay que admitir la limitación del tratamiento farmacológico en las enfermedades degenerativas, no siempre su respuesta es la esperada. Aproximadamente, sólo entre un 10 y un 15% de enfermos consiguen resultados relevantes sobre la función cognitiva con las medicaciones (Spector, 2003). Sin olvidar la aparición con frecuencia de efectos secundarios invalidantes: mareos, debilidad, náuseas o vómitos, cansancio,

insomnio, estreñimiento o diarreas. En este sentido, las TNF son el tratamiento más eficaz para garantizar la mejora de la calidad de vida en los pacientes y en los cuidadores, tanto formales como informales. No hay ningún fármaco que tengan efectos positivos tan variados, con efectos secundarios tan limitados y a tan bajo coste. (Muñiz y Olazarán, 2009)

Algunas investigaciones avalan la eficacia de programas de estimulación, incluso en personas con fases avanzadas de la enfermedad. Las investigaciones del Instituto Gerontológico Matia-INGEMA para la adaptación del método Montessori, indican la eficacia de estas intervenciones sobre las alteraciones de la conducta, el fomento de la autonomía, una actitud más activa por parte de los usuarios y mayor bienestar subjetivo al sentirse partícipes de una actividad. También observaron beneficios en el lenguaje, la memoria y algunas funciones aritméticas. (Buiza, Etxeberria, Yanguas, Palacios, Yanguas y Zulaica, 2004).

El trabajo realizado en la Unidad de Estimulación del *Programa de Atención a*

Afectados de Alzheimer y otras Demencias nos ha permitido constatar la importancia de las relaciones sociales en la enfermedad y estos años nos han enseñado que es más importante intentar estimular globalmente a los enfermos que centrarse en exceso en las actividades para la memoria. De esta manera, podemos trabajar aspectos motivacionales, de autoestima, conductas sociales, que son muy importantes pero que quedan enmascarados ante las repercusiones de otro tipo de síntomas.

El trabajo en grupo nos aporta beneficios que van más allá de las propias actividades. Los enfermos no sólo se sienten útiles al realizar las actividades por sí mismos, sino que crean un ambiente propio de trabajo, con una serie de relaciones interpersonales independientes de las que encuentran en su ambiente familiar. El avance de la enfermedad lleva consigo un aislamiento progresivo del enfermo que nosotros intentamos frenar, ofreciéndole un espacio nuevo de convivencia y posibilidades de relación, además de la terapia cognitiva.

Siempre orientados al enfermo los beneficios que un diseño como el de nuestro programa aporta, son:

1. Intervenimos estimulando a nivel físico, cognitivo, social, de manera continuada y siguiendo unos patrones fijos, incluso rutinarios, durante diez meses al año, de lunes a viernes ininterrumpidamente.
2. La estructura de los talleres y los horarios introducen a los enfermos en un entorno de trabajo poco variable que facilita su participación y evita problemas de desorientación.
3. Las actividades se revisan continuamente, adaptándolas a la evolución de la enfermedad de los usuarios para evitar situaciones de ansiedad ante las tareas. Se trata de intentar que sigan activos aunque vayan perdiendo habilidades.
4. El estar activo facilita la convivencia familiar y el esfuerzo que requiere la realización de algunas actividades les ayuda a descansar.
5. Se incide prioritariamente en actividades cotidianas, insistiendo en aquellos aspectos, respuestas con las que los usuarios deben enfrentarse continuamente, procurando fomentar su autonomía personal.
6. Los usuarios cortan con los lazos de dependencia familiar y crean un espacio de relaciones propio y distinto al habitual, rompiéndose así el aislamiento que la enfermedad acarrea.
7. Trabajamos la autoestima y los sentimientos de utilidad de los usuarios, que perciben que todavía son capaces de hacer muchas cosas; que pueden y que se les deja hacer. Así intentamos garantizar una actitud activa ante las tareas propuestas.
8. Se relacionan con otras personas, lo que les mantiene vinculados a su entorno. En los locales de la Asociación COTLAS se convive al mismo tiempo con colectivos muy distintos: niños, personas mayores, personas con discapacidad.
9. Esa convivencia del día a día con otros colectivos ayuda a entender mejor este tipo de enfermedades y mejora la imagen social de los enfermos,
10. Los mismos familiares aprenden estrategias aplicables a su propio entorno, además de proporcionarles un tiempo de respiro.

5. Conclusiones

Siempre hemos considerado la psicoestimulación cognitiva un medio más dentro de un enfoque de terapia integral y multidisciplinar, no un fin en sí mismo. Sabemos como influyen en el proceso de aprendizaje las variables motivacionales y emotivas, pero parece que se nos olvida a la hora de implementar programas terapéuticos en demencia. Si algo nos han enseñado las investigaciones en el campo de las demencias es la importancia de la memoria afectiva. Todos necesitamos sentirnos útiles, valorados y socialmente capaces; una cosa es la desestructuración cognitiva y otra la percepción subjetiva de ese deterioro. Intentar mantener el interés por el entorno, por relacionarse y comunicarse con otros genera una actitud positiva que facilita aplicar actividades de estimulación, tanto por el interés generado por la actividad en sí como por una actitud activa y de implicación del afectado. Siempre intentando ofrecer espacios estimulantes y motivantes en el que los usuarios se sientan seguros.

Desde la Asociación COTLAS seguiremos avalando la eficacia de los programas de intervención psicosocial, porque nuestra experiencia diaria así nos lo indica.

Referencias

- AFAL (2006). Los cuidados formales a un enfermo de Alzheimer. El Gerocultor, Caja Madrid, Madrid.
- AFAL Contigo (2009). Tratamientos y terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer. Aula Diez. AFAL, Madrid.
- APA (2007). Practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. *American Journal of Psychiatry*, 164 (12 suppl), 5-56.
- Balfour et al (2001). The effect of social engagement and productive activity on incident dementia. The Honolulu Asia Aging Study. *Neurology*, 56: A239.
- Barandiarán-Amillano, M. (2002). Programas de psicoestimulación cognitiva en las demencias. En J.M. Manubens, M. Berthier, S. Barquero (Eds). *Neurología conductual: fundamentos teóricos y prácticos* (307-319). Barcelona: Pulso ediciones.
- Boada M, y Tárraga L. (1998). El tratamiento longitudinal de la enfermedad de Alzheimer. *Continua Neurológica*, 1 (1): 82-106.
- Boada, M. y Tárraga L (2000). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias y su tratamiento integral. En: R. Fernández-Ballesteros, *Gerontología Social* (547-579). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Buiza C, Etxeberria I, Yanguas J, Palacios V, Yanguas E, y Zulaica A. Una alternativa de intervención para personas con deterioro cognitivo severo: el método Montessori. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 39 (2sup) 119.
- Calero, M.D. Navarro, E., Arrendó, M.L., García-Berben, T.M., y Robles, P. (2000). Estimación del potencial de rehabilitación en ancianos con y sin deterioro cognitivo asociado a demencias. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 35(2), 44-50.
- Calero, MD. y Navarro, E. (2006). La plasticidad cognitiva en la vejez: técnicas e Evaluación e Intervención. Barcelona: Octaedro.
- Carnero C. (2000). Education, Dementia and cerebral reserve. *Rev neural*, 31, 584-92.
- Feil N. (1993) "The validation breakthrough: simple techniques for communicating with people with "Alzheimer's-type dementia". Baltimore, Health Promotion Press
- Fernández, E. y Vila, J. (2012). Hacia un modelo de atención centrada en la persona. *Nosotros los Mayores del siglo XIX*, nº 139.
- Fernández-Ballesteros R, Izal M, Montorio I, González JL. y Díaz P. (1992). Evaluación e intervención en el funcionamiento cognitivo. La memoria. En: R. Fernández-Ballesteros, M. Izal, I. Montorio, JL. González y P. Díaz-Veiga. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez* (75-109). Barcelona: Martínez Roca.
- Franco MA, y Orihuela T. (1998). Programa AIRE. Sistema multimedia de evaluación y entrenamiento cerebral. Valladolid: Entrás.
- García, M. y Carro, J. (2011). Programa de Activación cognitiva Integral en Demencias (PACID). Centro de Referencia Estatal de Atención a personas con Enfermedad de Alzheimer. Madrid: IMSERSO.
- Kitwood T. (1997). Dementia reconsidered: the person comes first. Buckingham: Open University Press.
- Martínez, T. (2010) La atención gerontológica centrada en la persona. Documentos Bienestar Social nº 76. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.

- Muñiz R. y Olazarán J. (2009). Mapa de TNF'S para demencias tipo Alzheimer. Guía de Iniciación Técnica para profesionales. Extraído del Documento preparado para el CRE de Atención a Personas con EA y Otras Demencias de Salamanca www.crealzheimer.es/...01/terapias_no_farmacologicas/index.htm.
- Olazarán J, Muñiz R, Reisberg B, Peña-Casanova J, del Ser T, Cruz-Jentoft AJ, Serrano P, Navarro E, García de la Rocha ML, Frank A, Galiano M, Fernández-Bullido Y, Serra JA, González-Salvador MT, y Sevilla C. (2004). Benefits of cognitive-motor intervention in MCI and mild to moderate Alzheimer disease. *Neurology*, 63(12), 2348-2353
- Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, y Muñiz R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A Systematic Review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178.
- Peña-Casanova, J. (1999). Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer: fundamentos y principios generales. Programa Activemos la Mente. Barcelona: Fundació La Caixa.
- Redolat R. y Carrasco MC. (1998). ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas al envejecimiento? *Anales de Psicología*, 14, 1, 45-53
- Reisberg B. (1988). Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacological Bulletin*, 24: 653-659.
- 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 (9), 1136-1139.
- Reisberg, B., Franssen, E.H., Hasan, S.M., Monteiro, I., Boksay, I., Souen, L.E., et al (1999a). Retrogenesis: clinical, physiologic, and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's and other dementing processes. *European Archives of Psychiatric and Clinical Neuroscience*, 249 (Suppl 3), 28-36.
- Rodríguez M. y Sánchez JL (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de Psicología*, 20 (2), 175-186.
- Rogers, C. y Rosenberg R. (1981). La persona como centro. Barcelona, Herder.
- Spector A., Thorgrimsen, L., Woods, B., Royan, L., Butterworth, M., y Orrell, M. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 183, 248-254
- Stern Y. (2002). What is cognitive reserve?. Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 448-460.
- Tárraga L. (1998). Terapias blandas: programa de Psicoestimulación Integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 27(1), s51-s62.
- Tárraga, L. (2006). Tratamiento no farmacológico de las demencias. En R. Alberca R y S. López-Pousa, *Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias*. Madrid. Editorial Médica Panamericana.
- Tárraga, L. y Boada, M. (1999). *Volver a empezar*. Barcelona: Fundación ACE y Glosa Editores
- Tárraga, L. (1994). Estrategia no farmacológica del deterioro cerebral senil y demencia. *Medicine*, 6, 44-53.
- Tárraga L. (2003). Tratamientos Psicoestimulación. En R. Fernández-Ballesteros y J. Díez Nicolás. Libro Blanco de la EA y trastornos afines. Edit Médica Panamericana: 305-323.
- Tárraga L. y Boada M. (2003). Cuadernos de repaso: ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer en fase moderada. Fundación ACE. Institut Català de Neurociències aplicades. Glosa S.L.
- Yanguas J. et al. (2007). Modelo de atención a las personas con enfermedad de Alzheimer. Madrid. IMSERSO. Colección Documentos. Serie Documentos técnicos, nº 21011.

Fecha de recepción: 28/09/2012
 Fecha de aceptación: 30/10/2012

La relevancia de la inteligencia emocional en la prevención del consumo de alcohol

Dr. Álvaro García del Castillo-López

Universidad Miguel Hernández. Departamento de Psicología de la Salud

Dr. Jose Antonio García del Castillo Rodríguez

Universidad Miguel Hernández. Departamento de Psicología de la Salud

Dr. Juan Carlos Marzo Campos

Universidad Miguel Hernández. Departamento de Psicología de la Salud

resumen/abstract:

El consumo de alcohol por parte de jóvenes y adolescentes es uno de los temas más relevantes en los contextos preventivos. Actualmente las prevalencias de consumo de alcohol en este sector poblacional, en comparación con otras sustancias psicoactivas, alcanzan los valores más altos. La búsqueda de nuevas formas de prevenir los consumos abusivos y problemáticos es una constante que nos lleva a estudiar nuevas variables desde los planteamientos clásicos para intentar aumentar la efectividad de las acciones preventivas. En este sentido, uno de los constructos más vanguardistas que se han introducido en este ámbito es el de la inteligencia emocional. En este trabajo se realiza una revisión sobre el estado actual del consumo de alcohol de adolescentes y jóvenes asociado al papel que puede jugar la inteligencia emocional en la prevención.

Young people and adolescent alcohol consumption is one of the most relevant issues in preventive contexts. Nowadays, alcohol consumption prevalence in this population, compared to others psychoactive substances, reach the highest values. Searching of new prevention of abusive and problematic consumptions is a constant that lead us to study new variables from classical approaches, in an attempt to increase preventive actions' effectiveness. In this sense, one of the most avant-grade constructs introduced in this field is emotional intelligence. In this paper we do a revision about the current status of alcohol consumption between young people and adolescents associated to the role of emotional intelligence in a prevention context.

palabras clave/keywords:

Alcohol, adolescentes, jóvenes, prevención, inteligencia emocional.

Alcohol consumption, adolescents, young people, prevention, emotional intelligence.

1. El consumo de alcohol en España

En España el consumo de alcohol goza de una amplia tradición cultural, estando siempre presente en celebraciones y actos sociales. Desde las edades más tempranas se asocia con estados de alegría y felicidad, justificando su consumo en determinadas ocasiones especiales. Según la clasificación

de Elzo, Laespada y Pallarés (2003) se pueden establecer tres etapas en la evolución del alcohol consumido en España a partir de los años 50; una primera etapa de 1950 a 1975 con un incremento sustancial del consumo a partir de 1961 hasta alcanzar el máximo nivel en 1975, con una ingesta de 14,2 litros de alcohol de media per cápita.

La segunda etapa comprendería los años de 1975 a 1981, con un consumo estable de alcohol. Por último, la tercera etapa correspondería a la comprendida entre el año 1981 hasta la actualidad, notándose un descenso en el consumo.

El consumo de alcohol es un tema de estudio con un alto índice de preocupación para la comunidad científica, siendo las investigaciones sobre el alcohol las de más larga tradición en España (Camacho, 2001). Las bebidas alcohólicas y su consumo se han ido convirtiendo con el paso de los años en elementos socialmente aceptados y, en ocasiones, ha llegado incluso a formar parte de la insignia representativa de una región, localidad o zona geográfica (Pascual, 2007). Desde una vertiente epidemiológica, los cambios en los consumos de alcohol hacen que sea necesario profundizar en determinadas áreas básicas de conocimiento, destacando, entre otras, aquellas que van dirigidas a buscar las diferencias de consumo entre la población general y colectivos concretos (por ejemplo los adolescentes), los perfiles de los consumidores y sus patrones de consumo así como identificar consumidores abusivos (Sánchez, Pérez, Castellano, y Del Río, 2003)

Los últimos datos de la encuesta EDADES recogidos en el informe del Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía (OEDT, 2011) muestran que la prevalencia del consumo de alcohol obtiene el valor más alto con un 94 % de la población que reconoce haber consumido alcohol al menos una vez en la vida (Tabla 1). La comparación con el resto de las sustancias hace que este dato sea realmente significativo; la distancia porcentual con la siguiente sustancia de mayor consumo, el tabaco, se sitúa en un 19,2 % por lo que el alcohol es, con diferencia,

la sustancia más accesible y más consumida por la población. En relación a la prevalencia de consumo en los últimos doce meses, el alcohol vuelve a ser protagonista alcanzando el valor máximo en comparación con el resto de sustancias evaluadas. El 78,7% de la población española encuestada reconoce haber consumido alcohol durante el último año (Tabla 2), dato que nuevamente resulta significativo al compararlo con la siguiente sustancia de mayor consumo declarado, el tabaco, alcanzando en esta ocasión una diferencia de 35,9 puntos porcentuales (OEDT, 2011). Estos datos revelan que el consumo de alcohol es uno de los principales problemas de salud pública que existen actualmente en España, ya que se mantienen tasas de consumo elevadas a lo largo del tiempo (Sáiz et al., 1999; Torregrosa, Inglés, Delgado, Martínez-Monteagudo, y García-Fernández, 2007).

Tabla 1. Prevalencia del consumo de drogas alguna vez en la vida (%)

	2009
Alcohol	94,2
Tabaco	75
Cannabis	32,1
Tranquilizantes	11
Cocaína en polvo	10,2
Hipnosedantes	13,4
Somníferos	6,3
Éxtasis	4,9
Alucinógenos	3,7
Anfetaminas/speed	3,7
Cocaína base	0,9
Inhalables	0,6
Heroína	0,6

Fuente: Adaptación del informe EDADES (OEDT 2011)

Tabla 2. Prevalencia del consumo de drogas en los últimos 12 meses (%)

	2009
Alcohol	78,7
Tabaco	42,8
Cannabis	10,6
Hipnosedantes	7,1
Tranquilizantes	5,5
Somníferos	3,6
Cocaína en polvo	2,6
Éxtasis	0,8
Anfetaminas/speed	0,6
Alucinógenos	0,5
Cocaína base	0,1
Heroína	0,1
Inhalables	0,0

Fuente: Adaptación del informe EDADES (OEDT, 2011)

En abril de 2010 se publicaron los resultados del barómetro solicitado por la Comisión Europea y realizado por *TNS Opinion & Social* en el que se recogen las actitudes de los ciudadanos europeos hacia el alcohol. En este estudio se destaca la posición que ocupa Europa con el resto de continentes en lo que a consumo de alcohol se refiere, ostentando el primer puesto al contar con la mayor tasa de consumo de alcohol per cápita. El consumo de alcohol es el tercer factor de riesgo relacionado con el riesgo hacia la salud, siendo la causa de 195.000 muertes al año y generando un coste económico de billones de dólares por año (TNS Opinion & Social, 2010b). En relación al consumo de alcohol durante el último mes, España supera la media europea con un 90% de personas que declaran haber consumido alcohol, siendo del 88% la media del resto de países del continente. Como muchos autores han señalado previamente,

las tasas de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas son muy elevadas en Europa y, particularmente, España es uno de los países donde el consumo de alcohol es uno de los más elevados y donde se inicia a edades más tempranas (Elzo et al., 2003; Farke y Anderson, 2007; Sáiz et al., 1999; Secades, 1998; Torregrosa et al., 2007).

1.1. Adolescentes, jóvenes y consumo de alcohol

El consumo de alcohol cobra mayor relevancia cuando la población implicada son adolescentes y jóvenes en edad escolar. Los datos del barómetro europeo de 2010 reafirman la tendencia de consumo que se advierte desde los años ochenta en edades escolares (Mendoza, 1987) como precursor de las conductas de los jóvenes. En este sentido, los datos del barómetro europeo señalan que el 3% de las personas entre 15 y 24 años ha consumido alcohol de forma diaria durante el último mes, un 23% ha consumido entre 2 y 3 veces por semana durante el último mes y un 32 % ha consumido una vez a la semana en los últimos treinta días (TNS Opinion & Social, 2010a).

El problema más representativo del alcohol como sustancia adictiva, en comparación con el resto de sustancias, es la aceptación social y cultural de la que goza en España, gracias a su asociación con situaciones que normalizan y justifican su consumo. Esta laxitud normativa consigue que se generalice el problema a cualquier contexto y rango de edad sin que exista conciencia de los riesgos reales para la salud derivados de un consumo inadecuado o excesivo (Naimi, Nelson, y Brewer, 2010) y que la percepción de riesgo sea muy baja entre los adolescentes y los jóvenes. La normalización del consumo de alcohol se ve acompañada,

en muchos casos, del modelado al que están expuestos los jóvenes de las conductas de consumo, tanto a nivel social como familiar. Los adolescentes que tienen amigos o hermanos consumidores de alcohol, tienen una mayor probabilidad de acabar consumiendo (Espada, Pereira, y García-Fernández, 2008).

Como podemos observar en la Tabla 3 a tenor de los últimos datos disponibles, existe un aumento en la prevalencia del consumo de alcohol durante el último año en España por parte de adolescentes y jóvenes de entre 14 y 18 años de cerca del 1% con respecto a años anteriores y un aumento del 4,5% en el consumo de alcohol durante el último mes, mientras que la edad media de inicio en el consumo ha disminuido entre el 2006 y el 2010 de los 13,8 años de media a los 13,7 (OEDT, 2011).

Tabla 3. Evolución de la prevalencia del consumo de alcohol en población española entre 14 y 18 años (%)

	2009	2010
Durante el último año	72,9	73,6
Durante el último mes	58,5	63

Fuente: Basado en ESTUDES (OEDT, 2011)

Con la introducción de los nuevos patrones de consumo, se crean tendencias, costumbres y modas que pueden generar una mayor peligrosidad, sobre todo en las poblaciones más vulnerables, donde se suman la baja percepción de riesgo y la permisividad hacia el consumo. En los últimos años el consumo de alcohol se ha caracterizado fundamentalmente entre los adolescentes y jóvenes, por una alta ingesta en un corto período de tiempo, por lo general agrupado en el fin de semana, que ha sido etiquetado por el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* como *binge drinking*. Este

patrón de consumo ha sido definido como la ingesta de 5 o más bebidas en el caso de los hombres, o 4 o más en el caso de las mujeres, en el plazo de dos horas, de manera que se alcanza una concentración de alcohol en sangre de 0,08 grs./l. o superior (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2004). Esta forma de beber conlleva la consecuencia de que en el año 2010 los jóvenes españoles entre 14 y 18 años se han emborrachado alguna vez en la vida en un 52,9 % y un 35,6% lo ha hecho durante el último mes, siendo los estudiantes entre 17 y 18 años los que han realizado un mayor consumo durante los últimos 30 días (OEDT, 2011).

Los cambios en los estilos de consumo pueden tener una posible explicación basada en la transición social que se está experimentando en España, dado que estamos pasando en pocos años de un consumo tradicional centrado fundamentalmente en el consumo de alcohol a nivel familiar acompañando a las comidas, a un consumo por parte de la población más joven asociado al ocio, mayoritariamente durante los fines de semana, que puede llevar en ocasiones a la intoxicación etílica (Gual, 2006). Como señalan Salamó, Gras y Font-Mayolas (2010), tenemos un alto índice de consumidores de alcohol entre la población joven y adolescente que está muy por encima del umbral de riesgo alto para la salud, hecho que se evidencia más en las chicas que en los chicos por la metabolización alcohólica.

El cambio de patrón de consumo, además de evidenciarse en el contexto y en las cantidades, lo hace también en el cambio de tendencia en el consumo de determinadas bebidas (Tabla 4). En los últimos años se ha pasado a un menor consumo de bebidas

como el vino por parte de los jóvenes y a un mayor consumo de bebidas de mayor graduación como los combinados o los licores fuertes fundamentalmente concentrado durante los fines de semana (OEDT, 2011).

Tabla 4. Evolución de la prevalencia del consumo de alcohol en población española entre 14 y 18 años en función del tipo de bebida consumida durante el último mes (%).

	2008	2010
Consumo algún día de viernes a domingo		
Combinados	54,0	50,3
Cerveza	28,6	30,0
Licores frutas	20,8	23,7
Licores fuertes	25,1	18,3
Vino	17,0	17,3
Aperitivos	8,4	9,4
Consumo todos los días de viernes a domingo		
Combinados	28,1	25,4
Cerveza	13,4	16,5
Licores fuertes	9,3	8,3
Vino	4,6	6,9
Licores frutas	5,5	5,2
Aperitivos	2,9	4,8

Fuente: Basado en ESTUDES (OEDT, 2011)

Estas conductas de consumo concentrado de alcohol durante los fines de semana también se dieron a conocer a partir de mediados de los años noventa como el fenómeno del *botellón*, que algunos autores definen como la costumbre que adoptan los jóvenes de reunirse en lugares públicos en los que mantienen contactos sociales entre sí y consumen bebidas alcohólicas compradas en supermercados o tiendas en las que dispensan este tipo de bebidas (Gómez-Fraguela, Fernández, Romero, y Luengo, 2008). Este modelo de ocio combina la tradición festera propia de la cultura mediterránea, caracterizada por las actividades al aire libre,

con la tradición anglosajona de consumo breve e intenso que busca conseguir cuanto antes los efectos euforizantes del alcohol (Calafat et al., 2005). Los estudios que han analizado este fenómeno destacan la facilidad que tienen los jóvenes, al margen de su edad, de conseguir alcohol y el elevado porcentaje de ellos que practican de manera habitual el *botellón*. Del mismo modo, se confirma la relación entre la práctica del *botellón* y los problemas relacionados con el abuso de alcohol, el consumo de otras drogas y la realización de actos vandálicos (Cortés, Espejo, y Giménez, 2008; Gómez-Fraguela et al., 2008).

2. Inteligencia emocional y consumo de alcohol

El estudio de la inteligencia emocional como una inteligencia más allá del concepto de cociente intelectual, fue desarrollado por Salovey y Mayer cuando acuñaron el término en 1990, definiéndolo como “la capacidad de controlar los sentimientos propios y de los otros, discriminarlos y usar esa información para guiar el pensamiento y las acciones de uno mismo” (p. 189). Bajo esta concepción se diferenciaban dos tipos de procesamiento de la información afectiva en función de dos niveles: un nivel interpersonal y un nivel intrapersonal (Salovey y Mayer, 1990), compartiendo la visión de Gardner de la inteligencia social (1983).

Con la obra de Goleman *Emotional Intelligence* en 1995, el concepto de inteligencia emocional (IE) se popularizó a nivel internacional, promoviendo el interés de la comunidad científica, ampliando las fronteras y ámbitos en los que poder desarrollar y estudiar este constructo. El éxito de este libro y la consecuente fama que contrajo el término hizo que algunos investigadores

añadiesen conceptos al constructo original. Este hecho, según mencionan determinados autores, ha confundido el campo de estudio de la IE al mezclar conceptos que no se corresponden con la definición original (Mayer, Salovey, y Caruso, 2008), por lo que recomiendan que se utilice el término IE únicamente para referirse a “las capacidades en la intersección entre las emociones y la inteligencia, específicamente limitada a la serie de capacidades relacionadas con el razonamiento de las emociones y el uso de las emociones para mejorar el razonamiento” (Mayer et al., 2008, p. 514).

Desde esta perspectiva los autores van perfilando la definición inicial del concepto de IE como consecuencia de las críticas recibidas por algunos sectores y la proliferación de nuevas definiciones e instrumentos de medida. En este sentido, Mayer y Salovey dan una nueva definición del concepto de IE tras revisar su definición original: “La inteligencia emocional implica la habilidad para percibir y valorar con exactitud la emoción; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos cuando éstos facilitan el pensamiento; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional, y la habilidad para regular las emociones que promueven el crecimiento emocional e intelectual” (Mayer y Salovey, 2007, p.32). En el estudio de la IE actualmente encontramos dos perspectivas diferentes, los modelos de habilidad y los modelos mixtos, que difieren entre sí fundamentalmente por los elementos o dimensiones que se incluyen en cada uno de ellos y en la manera de medir el constructo (Mayer, Salovey y Caruso, 2000). En los modelos de habilidad se entiende la IE como una inteligencia estándar y se propone su medida a través de tests de habilidad o ejecución con criterios de corrección basados en res-

puestas correctas e incorrectas (Extremera, Fernández-Berrocal, Mestre y Guil, 2004; Mayer, Salovey y Caruso, 2004) mientras que en los modelos mixtos se combinan capacidades mentales con rasgos de personalidad y diferentes competencias como perseverancia u optimismo (Brackett et al., 2011) y se miden a través de cuestionarios de autoinforme.

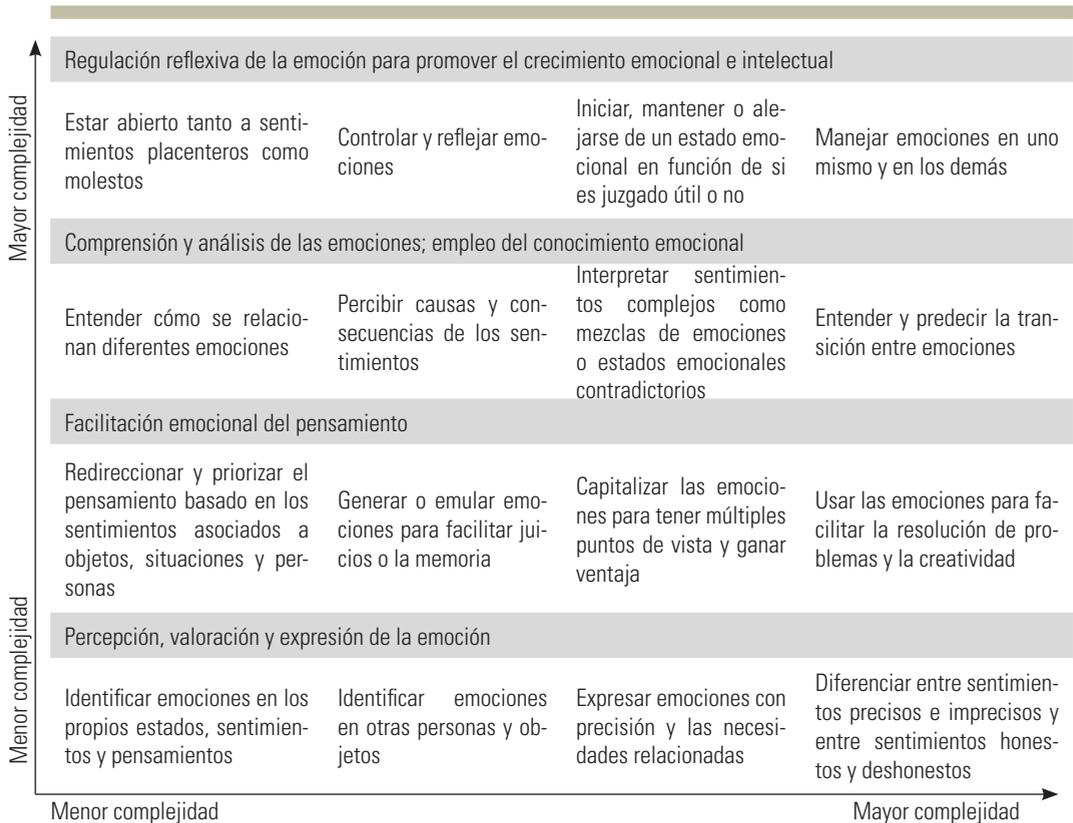
Como podemos observar en la definición de IE de Mayer y Salovey, se distinguen cuatro habilidades diferentes que se corresponden con las cuatro “ramas” de su modelo (Mayer y Salovey, 1997). Según este planteamiento, las habilidades emocionales se pueden disponer en un continuo en función del grado de dominio de determinadas habilidades. En el modelo cada rama está formada por una serie de habilidades que conforman el global de la IE. Cada una de las ramas evoluciona en una dirección particular y las habilidades de las que se compone se organizan en función de su complejidad (Salovey, Detweiler-Bedell, Detweiler-Bedell, y Mayer, 2008) desde habilidades relativamente sencillas hasta otras más complejas (ver Figura 1).

Desde la rama menos compleja (percepción, valoración y expresión de la emoción) a la más compleja (regulación reflexiva de la emoción para promover el crecimiento intelectual y emocional) se van desarrollando las diferentes habilidades que componen el constructo de la IE y que han demostrado ser necesarias para afrontar de manera exitosa diferentes situaciones de la vida diaria de las personas. En este sentido, el manejo adecuado de las emociones, en función de la situación en la que nos encontremos, puede suponer el pilar fundamental sobre el que se articula el constructo de la IE. En contextos de consumo, se han encontrado evidencias

que justifican la necesidad de atender a las variables de carácter emocional, puesto que pueden llegar a ser factores de inicio

en el consumo de sustancias psicoactivas como el alcohol (Moral, Rodríguez, y Sirvent, 2005).

Figura 1. Modelo de cuatro ramas de inteligencia emocional



Fuente: Basado en Salovey, Detweiler-Bedell, Detweiler-Bedell, y Mayer (2008)

Desde que Freud estudiara la relación de las emociones con el consumo de sustancias adictivas en 1930, la investigación de este fenómeno se ha mantenido hasta nuestros días. Desde la perspectiva de las teorías psicoanalíticas se entendía que las personas consumían sustancias para poder regular sus emociones (Kun y Demetrovics, 2010) en línea con los postulados de Wurmser (1974), que justificaba el consumo de sustancias como consecuencia de la incapaci-

dad de regulación de las emociones. Conforme ha ido avanzando la investigación, las evidencias empíricas han acompañado a estos planteamientos demostrando que existen relaciones entre el consumo de sustancias y los problemas de regulación emocional. En este sentido, varios autores han realizado estudios de comorbilidad identificando desórdenes del estado de ánimo basados en la desorganización de la regulación emocional (Brooner, King, Kidorf,

Schmidt, y Bigelow, 1997; Christenson et al., 1994; Fernández-Berrocal y Extremera, 2002; Merikangas y Gelernter, 1990).

Como podíamos observar en la Figura 1, existen diferentes ramas que comprenden distintas habilidades en el constructo de IE (Mayer y Salovey, 2007) que, a la vista de lo expuesto en este artículo, están íntimamente relacionadas con el consumo de sustancias como el alcohol. En el nivel más elemental del modelo encontramos la percepción emocional como un conjunto de habilidades que van desde la identificación de emociones hasta la distinción entre sentimientos. En el caso concreto del consumo de alcohol, se han encontrado evidencias de dificultades en el reconocimiento emocional en población con problemas de alcoholismo (Oscar-Berman, Hancock, Mildworf, Hutner, y Weber, 1990) que se mantenían incluso tras un tratamiento de desintoxicación, fundamentalmente en el reconocimiento facial de las emociones (Kornreich, Blairy, Philippot, Dan et al., 2001). Del mismo modo se ha encontrado que altos consumos de alcohol interfieren en el correcto reconocimiento emocional, afectando consecuentemente al funcionamiento normal del individuo y a sus relaciones interpersonales, lo que en última instancia puede afectar a su satisfacción con las relaciones sociales y a su bienestar general (Riley y Schutte, 2003). En las ramas de facilitación emocional del pensamiento y empleo del conocimiento emocional, también podemos encontrar relaciones con el consumo de alcohol en varios estudios que han demostrado que las personas que consumen grandes cantidades de alcohol tienden a sobreestimar la intensidad de las emociones negativas (Foisy et al., 2007; Kornreich, Blairy, Philippot, Hess et al.,

2001; Philippot et al., 1999; Townshend y Duka, 2003). Por último, en relación con el nivel más elevado del modelo, las personas que realizan consumos abusivos de cualquier sustancia suelen tener problemas para manejar adecuadamente sus emociones (Kassel, Stroud, y Paronis, 2003; Novak y Clayton, 2001). Los estudios que han analizado esta relación en población joven y adolescente muestran que los jóvenes con bajos niveles de IE suelen ser más impulsivos y manejar peor sus emociones, hecho que puede aumentar el riesgo de consumo, mientras que los jóvenes que disponen de buenas habilidades emocionales realizan un menor consumo de sustancias (Austin, Saklofske, y Egan, 2005; Ruiz-Aranda et al., 2010; Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello, y Extremera, 2006; Trinidad y Johnson, 2002).

Analizando el papel de la IE en áreas específicas y conductas objetivas de adolescentes y jóvenes se encuentran relaciones significativas con el consumo de drogas ilegales y alcohol. Más allá de los registros de autoinforme que formularon preguntas generales o poco específicas, cuando se le preguntó a los jóvenes por conductas objetivas, externas y observables relacionadas con su entorno, tales como “¿cuántos paquetes de tabaco fumaste la semana pasada” en lugar de “¿te gusta fumar?” se encontró una relación negativa entre la IE y el uso de drogas ilegales, consumo de alcohol, conducta desviada y relaciones negativas con los amigos (Brackett, Mayer, y Warner, 2004), siendo más significativa en hombres que en mujeres. Siguiendo este planteamiento, la importancia de la IE en los contextos de promoción y prevención de la salud es más que evidente. En estudios en los que se ha analizado el papel de los factores

de atención, claridad y reparación emocional a través de cuestionarios que miden la inteligencia emocional percibida, como el *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS), se han encontrado evidencias significativas de la relación entre la IE y aspectos relacionados con la salud (Woolery y Salovey, 2004).

Como se puede comprobar, el estudio de la IE y el consumo de drogas no tiene una larga trayectoria y se encuentra en pleno desarrollo. En un reciente meta-análisis de Peterson, Malouff y Thorsteinsson (2011) en el que se analizaron 11 estudios sobre IE y consumo de alcohol, se encontraron relaciones significativas entre un bajo nivel de IE y consumo, así como problemas relacionados con el alcohol, señalando el papel facilitador que tiene la IE para entender el problema del consumo excesivo de alcohol (Schutte, Malouff y Hine, 2011). En los estudios más actuales se encuentran evidencias significativas que identifican la IE como un factor de protección ante conductas de consumo de sustancias como el alcohol, formando parte de un sistema integrado de diferentes variables psicosociales como la percepción de apoyo social, la resistencia a la presión de grupo o la percepción de riesgo que en última instancia explican el consumo de alcohol de jóvenes y adolescentes (García del Castillo-López, 2011). Estos resultados señalan la necesidad de continuar avanzando en esta dirección para poder definir un ámbito teórico óptimo de la prevención del consumo de drogas.

3. Conclusiones

El campo de las adicciones es dinámico y cambiante, sujeto a la evolución de la sociedad, la introducción de nuevas sustancias o a los cambios en los patrones y há-

bitos de consumo. El objetivo fundamental de los planes y programas de prevención debe ser la eficiencia en la reducción de las tasas de prevalencia del consumo, para lo cual se deben revisar y actualizar de manera constante, adaptándose a las nuevas realidades sociales. La prevalencia del consumo de drogas tanto legales como ilegales continúa siendo demasiado alta, las consecuencias del consumo tanto a nivel psicosocial como a nivel orgánico suelen ser muy dañinas, además de las altas tasas de morbilidad y mortalidad que llevan asociadas. En este marco contextual, la prevención del consumo de drogas es una de las mejores opciones para hacer frente al problema y evitar en la medida de lo posible su extensión. Con el paso de los años nos encontramos con que el número de nuevos consumidores de estas sustancias crece progresivamente, desde consumos puntuales y experimentales a consumos más estables y problemáticos, por lo que la perspectiva del tratamiento es importante pero no es la mejor solución, ya que si no conseguimos evitar que aumenten las tasas de prevalencia y por tanto que aparezcan nuevos casos, estaremos trabajando con medidas paliativas pero no preventivas.

Tras la asunción por parte de nuestros jóvenes, del sistema anglosajón de consumo concentrado de alcohol en poco tiempo, la sociedad está empezando a normalizar este tipo de práctica, fundamentalmente durante los fines de semana y festivos señalados. Los estudios que han analizado el efecto de las emociones sobre el consumo de sustancias muestran la relevancia de las variables de tipo emocional en estos contextos. A pesar de ser un constructo relativamente reciente, la IE ha demostrado ser un conjunto de variables importante que puede explicar y/o modular el consumo de sus-

tancias como el alcohol (Canto, Fernández-Berrocal, Guerrero, y Extremera, 2005; Fernández, Jorge, y Bejar, 2009; García del Castillo-López, 2011; Limonero, Tomás-Sábado, y Fernández-Castro, 2006; Trinidad, Unger, Chou, Azen, y Johnson, 2004). En base a los resultados obtenidos hasta la fecha, es necesario seguir desarrollando investigaciones en este campo que contribuyan a fortalecer las potenciales relaciones entre la IE y las adicciones, de manera que se puedan diseñar y desarrollar programas preventivos que contemplen la práctica emocional como una herramienta fundamental para desarrollar las competencias básicas que forman parte del constructo de la IE y puedan configurarse como factores de protección en el consumo y/o abuso de sustancias psicoactivas como el alcohol.

Referencias

- Austin, E. J., Saklofske, D. H., y Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, *38*, 547-558.
- Brackett, M. A., Mayer, J. D., y Warner, R. M. (2004). Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour. *Personality and Individual Differences*(36), 1387-1402.
- Broner, R. K., King, V. L., Kidorf, M., Schmidt, C. W., y Bigelow, G. E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 71-80.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernández, C., Franco, M., et al. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, *17*(3), 193-202.
- Camacho, J. M. (2001). Implicaciones de la investigación en la prevención de las drogodependencias: el caso del alcohol. En J. A. García-Rodríguez y C. López (Eds.), *Manual de estudios sobre alcohol* (pp. 61-83). Madrid: EDAF.
- Canto, J., Fernández-Berrocal, P., Guerrero, F., y Extremera, N. (2005). Función protectora de las habilidades emocionales en las adicciones. En R. Martínez y G. Mira (Eds.), *Psicología social y problemas sociales* (pp. 583-590). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Cortés, M. T., Espejo, B., y Giménez, J. A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la práctica del botellón. *Psicothema*, *20*(3), 396-402.
- Christenson, G. A., Faber, R. J., de Zwaan, M., Raymond, N. C., Specker, S. M., E Kern, M. D., et al. (1994). Compulsive buying: descriptive characteristics and psychiatric comorbidity. *Journal Of Clinical Psychiatry*, *55*, 5-11.
- Elzo, J., Laespada, M. T., y Pallarés, J. (2003). *Más allá del botellón: análisis socioantropológico del consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Espada, J. P., Pereira, J. R., y García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, *20*(4), 531-537.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Mestre, J. M., y Guil, R. (2004). Medidas de evaluación de la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *36*(2), 209-228.
- Farke, W., y Anderson, P. (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. *Adicciones*, *19*(4), 333-340.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2002). La inteligencia emocional como una habilidad esencial en la escuela. *Revista Iberoamericana de Educación*, *29*, 1-6.
- Fernández, B., Jorge, V., y Bejar, E. (2009). Función protectora de las habilidades emocionales en la prevención del consumo de tabaco y alcohol: una propuesta de intervención. *Psicooncología*, *6*(1), 243-256.
- Foisy, M. L., Kornreich, C., Fobe, A., D'Hondt, L., Pelc, I., Hanak, C., et al. (2007). Impaired emotional facial expression recognition in alcohol dependence: do these deficits persist with midterm abstinence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *31*, 404-410.
- García del Castillo-López, A. (2011). Elaboración de un modelo psicosocial multidimensional explicativo del consumo de alcohol desde la inteligencia emocional. (Tesis no publicada). Universidad Miguel Hernández.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books.
- Gómez-Fraguela, J. A., Fernández, N., Romero, E., y Luen-go, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, *20*(2), 211-217.
- Gual, A. (2006). Alcohol in Spain: is it different? *Addiction*, *101*(8), 1073-1077.
- Kassel, J. D., Stroud, L. R., y Paronis, C. A. (2003). Smoking, Stress, and Negative Affect: Correlation, Causation, and Context Across Stages of Smoking. *Psychological Bulletin*, *129*(2), 270-304.

- Kornreich, C., Blairy, S., Philippot, P., Dan, B., Foisy, M., Hess, U., et al. (2001). Impaired emotional facial expression recognition in alcoholism compared with obsessive-compulsive disorder and normal controls. *Psychiatry Research*, 102, 235-248.
- Kornreich, C., Blairy, S., Philippot, P., Hess, U., Noel, X., Streel, E., et al. (2001). Deficits in recognition of emotional facial expression are still present in alcoholics after mid-to long-term abstinence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 533-542.
- Kun, B., y Demetrovics, Z. (2010). Emotional Intelligence and Addictions: A Systematic Review. *Substance & Use Misuse*, 45, 1131-1160.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., y Fernández-Castro, J. (2006). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema*, 18, 95-100.
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (2007). ¿Qué es inteligencia emocional? En J. M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Eds.), *Manual de inteligencia emocional*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. (2000). Models of Emotional Intelligence. En R. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence* (pp.396-420). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. (2004). Emotional Intelligence: Theory, findings and implications. *Psychological Inquiry*, 15, 197-215.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. (2008). Emotional Intelligence: New Ability or Eclectic Traits?. *American Psychologist*, 63(3), 503-517.
- Mendoza, R. (1987). Consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles. *Comunidad y drogas*, 5-6, 83-102.
- Merikangas, K. R., y Gelernter, C. S. (1990). Comorbidity for alcoholism and depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 613-632.
- Moral, M. V., Rodríguez, F. J., y Sirvent, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. *Adicciones*, 17(2), 105-120.
- Naimi, T. S., Nelson, D. E., y Brewer, R. D. (2010). The intensity of binge alcohol consumption among U.S. adults. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(2), 201-207.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2004). *Task Force Report on Binge Drinking*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Novak, S. P., y Clayton, R. R. (2001). The influence of School Environment and Self-Regulation on Transitions Between Stages of Cigarette Smoking: A Multilevel Analysis. *Health Psychology*, 20(196-207).
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, OEDT (2011). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Oscar-Berman, M., Hancock, M., Mildworf, B., Hutner, N., y Weber, D. A. (1990). Emotional perception and memory in alcoholism and aging. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 14, 383-393.
- Pascual, F. (2007). Aspectos antropológicos del consumo de bebidas alcohólicas en las culturas mediterráneas. *Salud y Drogas*, 7(2), 249-262.
- Peterson, K., Malouff, J., y Thorsteinsson, E. B. (2011). A Meta-Analytic Investigation of Emotional Intelligence and Alcohol Involvement. *Substance Use & Misuse*, 46(14), 1726-1733.
- Philippot, P., Kornreich, C., Blairy, S., Baert, I., Den Dulk, A., Le Bon, O., et al. (1999). Alcoholics' deficits in the decoding of emotional facial expression. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23, 1031-1038.
- Riley, H., y Schutte, N. S. (2003). Low emotional intelligence as a predictor of substance-use problems. *Journal of Drug Education*, 33, 391-398.
- Ruiz-Aranda, D., Cabello, R., Salguero, J. M., Castillo, R., Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2010). *Los adolescentes malagueños ante las drogas: la influencia de la inteligencia emocional*. Málaga: GEU.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., y Extremera, N. (2006). Inteligencia emocional percibida y consumo de tabaco y alcohol en adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 223-230.
- Sáiz, P. A., González, M. P., Jiménez, L., Delgado, Y., Liboreiro, M. J., Granda, B., et al. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11(3), 209-220.
- Salamó, A., Gras, M. E., y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22(2), 189-195.
- Salovey, P., Detweiler-Bedell, B.T., Detweiler-Bedell, J. B., y Mayer, J. D. (2008). Emotional Intelligence. En M. Lewis, J. M. Haviland-Jones y I. Feldman (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp.533-547). New York: The Guilford Press.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Sánchez, L., Pérez, B., Castellano, M., y Del Río, C. (2003). Epidemiología del alcoholismo: prevalencia y patrones de consumo. En E. García, S. Mendieta, G. Cervera y J. R. Fernández (Eds.), *Manual SET de Alcoholismo* (pp. 49-88). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Secades, R. (1998). *Alcoholismo juvenil*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hine, D. W. (2011). The association of ability and trait emotional intelligence with alcohol problems. *Addiction Research & Theory*, 19(3), 260-265.

TNS Opinion & Social. (2010a). *Special Eurobarometer 331. EU Citizen's Attitudes towards alcohol*. Brussels: Comisión Europea.

TNS Opinion & Social. (2010b). *Standard Eurobarometer 74. Spain Report*. Brussels: Comisión Europea.

Torregrosa, M. S., Inglés, C., Delgado, B., Martínez-Monteagudo, M. C., y García -Fernández, J. M. (2007). Frecuencia del consumo de drogas legales: Diferencias de edad en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 32(2), 181-195.

Townshend, J. M., y Duka, T. (2003). Mixed emotions: alcoholics' impairments in the recognition of specific emotional facial expressions. *Neuropsychologia*, 41, 773-782.

Trinidad, D. R., y Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*(32), 95-105.

Trinidad, D. R., Unger, J. B., Chou, C., Azen, S. P., y Johnson, C. A. (2004). The protective association of emotional intelligence with psychosocial smoking risk factors for adolescents. *Personality and Individual Differences*, 36, 945-954.

Woolery, A., y Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and physical health. En I. Nyklicek, L. R. Temoshok y A. Vingerhoets (Eds.), *Emotional expression and health: biobehavioral perspectives on health and disease prevention* (Vol. 6, pp. 154-168). New York: Harwood Academic Publishers.

Wurmser, L. (1974). Psychoanalytic consideration of the etiology of compulsive drug use. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 22, 820-843.

Fecha de recepción: 13/12/2011
Fecha de aceptación: 12/09/2012

Actituds i pràctiques lingüístiques de la joventut valenciana*

Violant Estreder i Ortí

Institut Universitari d'Investigació de Psicologia dels Recursos Humans, del Desenvolupament Organitzacional i de la Qualitat de Vida Laboral (IDOCAL) - Universitat de València. Correu electrònic: yolanda.estreder@uv.es

Marc Antoni Adell i Cueva

Universitat de València. Adreça postal: Departament de Psicologia Social. Facultat de Psicologia. Universitat de València. Correu electrònic: marc.adell@uv.es

resumen/abstract:

Nosaltres hem investigat les conductes lingüístiques dels joves estudiants universitaris i el seu posicionament envers la llengua, la seua pràctica i l'estatus atorgat. La mostra poblacional ha estat de 204 joves estudiants –entre 19 i 32 anys–, majoritàriament xiques i d'origen valencianoparlant en una meitat. Dels principals resultats de la nostra investigació destaquem que, la pràctica del valencià per part dels joves es detecta com a millorable. Altrament, les actituds dels joves estudiants envers el valencià no són negatives, mentre que sí que és notable el nombre dels que troben dificultats en l'exercici lingüístic. Complementàriament suggerim tota una bateria de mesures en l'afavoriment de la presència normalitzada de la llengua, a tots els àmbits de relació.

We have studied the linguistic behavior of young university students and their position toward the language, their practices and the status of the language. The sample was 204 young university students –their age ranged from 19 until 32 years old–, the vast majority of them were women and half of them had as mother language the Valencian. Our results showed that, the practices that young people have of the Valencian language could be improved. Otherwise, the attitudes from young university students towards Valencian language are not negative, but a lot of them have some difficulties to use the Valencian language. Additionally, we suggest some measures to favor the normalization of Valencian language to the whole sphere of the relationships.

palabras clave/keywords:

Connexament de la llengua, capacitat lingüística, actituds, pràctica lingüística, normalització.

Knowledge of the language, linguistic capacity, attitudes, linguistic practice, normalization.

Introducció

Quin és el posicionament dels joves valencians en relació a la llengua? Quina és la seua actitud? Quina sensibilitat hi presenten els nostres estudiants, ara que for-

ma part dels *curricula* oficials? Al respecte les investigacions s'han anat succeint i ja constitueixen un *corpus* de doctrina psicològica, pedagògica, sociològica i lingüística, notable (Adell, 2004). Nosaltres hem

* La investigació descrita en el present article ha estat becada per l'Acadèmia Valenciana de la Llengua –AVL–, en la convocatòria de 12 de gener de 2009, de la Presidència de l'Acadèmia Valenciana de la Llengua, per la qual es convoquen beques per a la realització de treballs d'investigació lingüística sobre el valencià. [2009/373]-.

investigat les conductes lingüístiques dels jòvens estudiants universitaris i el seu posicionament envers la llengua, la seua pràctica i l'estatus atorgat.

Les actituds lingüístiques són les opinions, idees i prejudicis que tenen els parlants pel que fa a una determinada llengua i que es manifesten en forma de comportaments. Mitjançant l'anàlisi de la conducta dels usuaris d'aquella llengua, és possible posar de manifest el seu posicionament últim –és a dir les seues actituds- i, per tant, la seua valoració respecte a un determinat codi lingüístic, en un context concret i en un moment temporal específic, en el nostre cas ara i ací.

Al respecte i quan parlem de jòvens, podem considerar que la joventut és el període evolutiu comprès entre la pubertat i l'edat adulta. Cronològicament, se situaria –segons l'ONU (1983)- entre 15 i 24 anys. Nosaltres, però, valorant el pas del temps transcorregut des d'aquella data, el context occidental i mediterrani del nostre territori i l'especificitat d'un jovent extravertit i comunicatiu, focalitzarem els límits del nostre estudi entre els 19 i els 32 anys. I això, específicament, per abastir des de l'any següent a la majoria d'edat -18 anys- i la trentena, com a referent contrastat de l'edat fins la qual, majoritàriament –dos de cada tres-, els nostres jòvens romanen fortament vinculats al nucli familiar dels pares i, paral·lelament, només un 40 % d'aquells jòvens que viuen a casa dels seus pares, manifesta tindre una relació afectiva estable.

Justificació

No hi ha cap dubte que el foment de la investigació de l'univers sociolingüístic, tot i no ser una pòlissa d'assegurança de la recuperació, normalització i dignificació de la nostra llengua, pot afavorir-ho substancialment: primer perquè el coneixement –contrastat- de la realitat esdevé la prime-

ra premissa per intervenir-hi, si –com és el cas- resulta del tot millorable, i la segona perquè qualsevol actuació que es dissenye s'haurà d'adequar a les característiques del context a millorar: no hi ha estratègies universalment vàlides.

Altrament entenem que, tot i els efectes del pas del temps i els condicionaments –econòmics, socials, culturals, afectius, polítics...- que envolten a l'ésser humà, l'etapa de la joventut esdevé significativa en el posterior desenvolupament de l'individu i de la mateixa societat. És a dir, segons quina joventut tenim ara així serà el món del futur. De manera que si detectem el seu posicionament i les pràctiques subsegüents, també en matèria lingüística –com és el nostre cas- podem albirar un futur o un altre, en la pervivència de la nostra llengua.

Objectius

En aquesta etapa vital –la joventut-, la dinàmica relacional que es genera amb l'entorn sociocultural cobra especial relleu, destacant el llenguatge i la seua funció comunicativa com apunten Vygotsky i Piaget (Adell, 2006), que defensen que les funcions mentals superiors s'originen i consoliden a partir de les interaccions amb els altres habitants del context sociocultural. Aleshores el pensament, com a construcció social, té en el llenguatge la referència immediata d'una cultura, que va interioritzant mitjançant l'ús d'aquell llenguatge Així el llenguatge esdevé, alhora, un mitjà de comunicació i integració social i una eina d'organització del pensament. Pensament, llenguatge i acció en interacció progressiva que constitueixen els referents bàsics del desenvolupament i maduració de la persona. Per això l'objectiu general i prioritari de la nostra investigació, s'adreça a detectar aquells paràmetres comunicatius i

d'inserció col·lectiva dels nostres jóvens –i jóvens estudiants-, des de la dimensió sociolingüística.

Específicament, a més, ens proposem:

- Establir el perfil psicològic promitjat dels jóvens valencians dels nostres dies.
- Detectar l'ús de la llengua, en els diferents àmbits de relació: de grup, de parella, acadèmic o d'estudis, lúdico-recreatiu, laboral...
- Ajustar la dimensió emocional o psicoafectiva, arran de la consolidació de la llengua pròpia.
- Obtindre la personalitat lingüística modelada dels nostres jóvens.
- Oferir, a la societat en general i als responsables polítics i culturals, una bateria de propostes per assegurar el grau d'autoestima suficient, com per a contribuir a la normalització del valencià, en els àmbits de relació, on els jóvens tenen presència i protagonisme.

Decurs de la investigació

Vegeu-la en l'esquema:



Metodologia

Mostra

La mostra es troba formada per 204 jóvens universitaris, d'edats entre 19 i 32 anys. En concret, dues tercers parts de la població enquestada (65%) es troba entre els 19 i els 23 anys, doncs correspon al segment més nombrós en època d'estudis reglats. La resta dels jóvens es troben entre els 24 i els 28 anys (29%) i una mínima part d'aquestos (6%) entre els 29 i els 32 anys.

La condició de gènere –**sexe**- esdevé una variable important, a l'hora de reflexionar sobre les conductes –també lingüístiques- dels nostres jóvens estudiants. Entre aquests hi ha una majoria de dones, que representen el 78% de la mostra enfront del 22% dels homes. Són, doncs, dades aleatòries, no proporcionals. I això no només per la major accessibilitat a la població de jóvens estudiants enquestats, sinó per la disponibilitat d'elles –i això ja comença a ser significatiu-, més favorable, en prestar-se a ser preguntades.

Considerant el **lloc de naixement** dels jóvens, hem trobat que la meitat de la població investigada procedeix de la zona valencianoparlant de la Comunitat Valenciana. Els nascuts en la zona castellanoparlant representen un 27%, del total així com el 21% ho són d'altres llocs (Tenerife, Navarra, Albacete, Conca i, fins i tot, Eslovènia o Alemanya...).

Pel que fa a la proporció de parlants, vegem que la discrepància entre els nascuts en territori valencianoparlant (50%) i els que es declaren pròpiament com a tals (32%) no és difícil d'entendre atès que, òbviament, en la zona de parla valenciana no tots són parlants de valencià. Els “altres” idiomes

esmentats (representen el 3% del total) són: alemany, danès, eslovè i portuguès.

Procediment

Seguint les pautes suggerides en el projecte –decurs de la investigació– es va realitzar el present estudi de les actituds de la joventut davant l'ús del valencià, en les tres fases diferenciades següents:

- A.- Fase d'informació. L'arreglada de dades es va poder realitzar mitjançant aplicacions individuals del qüestionari –intervenció indirecta– i entrevistes personals –intervenció directa–.
- B.- Fase d'anàlisi estadística de les dades i resultats.
- C.- Fase de diagnòstic i elaboració de propostes. Redacció de conclusions de la informació i realització de les propostes de millora subsegüents.

Descripció dels instruments

Les variables estudiades han estat mesurades mitjançant una sèrie d'ítems, que s'han elaborat expressament per al present estudi, a partir dels models del *Servici d'Investigació i Estudis Sociolingüístics de la Generalitat Valenciana* i la *Real Academia Galega*.

Grau de coneixement de valencià. Els subjectes havien de respondre en quina mesura entenen, saben parlar, llegir i escriure en valencià, des de l'1 "Gens" fins al 5 "Totalment".

Llengua vehicular dels estudis. Es preguntava directament als subjectes per la pràctica vehicular del valencià a la Universitat. L'escala de resposta era des del valencià, al castellà, l'ús indistint d'ambdues llengües o una altra llengua diferent a aquestes.

Llengua vehicular habitual en altres àmbits de relació, com ara a casa, al carrer, amb els amics, a l'àmbit professional/laboral, a l'àmbit educatiu i amb persones que no coneix.

Satisfacció en l'ús del valencià. La pregunta què se'ls plantejava als joves era: En general, se sent satisfet en utilitzar el valencià? L'escala de resposta era des de l'1 "Gens" fins al 5 "Totalment".

Dificultats per a parlar el valencià. L'escala de resposta a aquesta qüestió era dicotòmica de "Sí" o "No trobe dificultats per a parlar el valencià".

L'aprenentatge del valencià per part dels castellanoparlants. Es preguntava directament als joves castellanoparlants per la seua actitud envers l'aprenentatge del valencià. L'escala de resposta era dicotòmica de "Sí" o "No".

Es preguntava directament als joves per la seua actitud envers la **generalització del bilingüisme**. L'escala de resposta era dicotòmica de "Sí" o "No".

Se'ls plantejava directament als joves si **s'usa prou el valencià en els àmbits oficials i els informals de relació i oci**. L'escala de resposta era de "Sí", "No" i "No sap/No contesta".

Els subjectes havien de respondre si els **agradaria que s'utilitzara més freqüentment el valencià en els següents àmbits de comunicació:** relacions personals, àmbit professional / laboral, àmbit educatiu, àmbit institucional i a l'oci / temps lliure. L'escala de resposta era des de l'1 "Gens" fins al 5 "Totalment".

Anàlisi estadística

La present investigació es basa en un estudi de camp. S'ha emprat un disseny transversal d'arreglada de les dades.

Es realitzaren diversos anàlisi descriptius amb el programa SPSS per a obtenir mitjanes i percentatges relatius a les variables d'interès. Els resultats es varen obtenir per a la mostra total, i per a cadascun dels grups definits, a partir de las variables demogràfiques considerades com a rellevants. Addicionalment, i per tal de contrastar alguns del resultats dels joves enquestats, hem realitzat la prova T per a mostres independents –per comparar les mitjanes en

funció del sexe-, i l'ANOVA –per comparar les mitjanes en el coneixement del valencià per llengua materna i per la llengua que parlen generalment a casa-.

Resultats

Ús del valencià entre els joves

La Taula 1 mostra les dades resultants en relació a les competències lingüístiques investigades.

Taula 1. Grau de coneixement del valencià per part dels joves

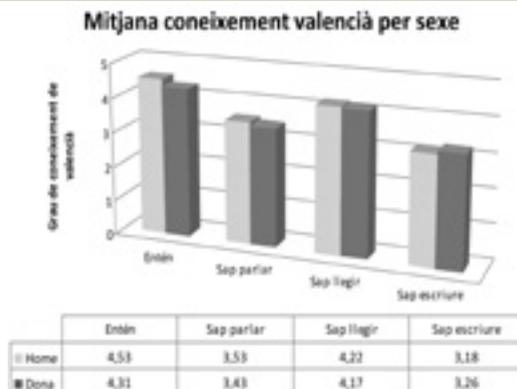
	Gens	Un poc	Bé	Molt bé	Totalment
Entén	1,5%	6,4%	12,3%	14,7%	65,2%
Sap parlar	13,7%	14,2%	21,1%	14,7%	36,3%
Sap llegir	3,9%	6,9%	13,7%	18,1%	57,4%
Sap escriure	18,1%	9,3%	26,0%	23,0%	23,5%

El primer nivell de coneixement del valencià –entendre'l- és el què es troba amb els valors més alts -com és lògic d'altra banda-. El segon esgraó –parlar- denota ja una certa dificultat i això en els diferents nivells de detecció. Més favorable resulta l'esgraó de llegir, que no el de parlar, doncs es tracta d'una activitat lingüística “passiva”, com la

d'entendre –així com la d'escriure i parlar són “actives”-. Finalment les xifres, en el nivell de més dificultat –escriure- denoten la proporcionalitat esmentada.

Aquelles dades, però, globals de la mostra que hem analitzat, podrien oferir algunes matisacions interessants, en esbrinar-les per subgrups o variables, com sexe i llengua materna.

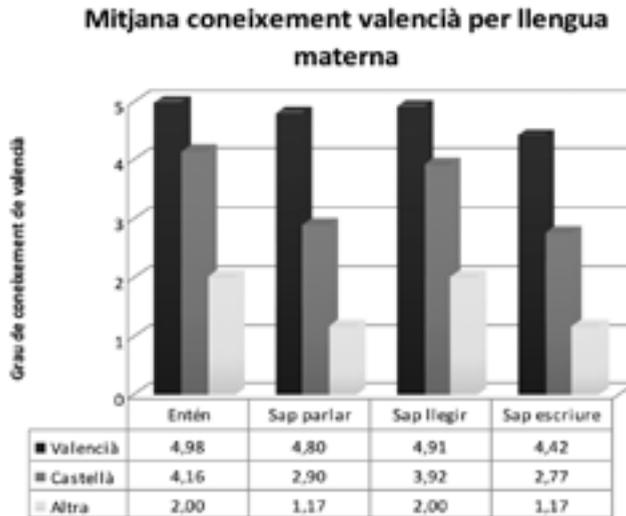
Figura 1. Dades de coneixement del valencià per sexe



A la Figura 1 podem trobar què l'interès, no és tant per les diferències que estadísticament no són significatives, entre joves estudiants -xics i xiques-, sinó per la progressiva tendència a l'igualitarisme, en una capacitat –la lingüística- que, històrica-

ment, ha primat les dones, i que ara i en la nostra investigació només mantenen en la competència escriptora i molt lleugerament –3,26 contra 3,18, en els valors promitjats de l'escala d'1 a 5: “gens”, “un poc”, “bé”, “molt bé”, “totalment”-..

Figura 2. Dades de coneixement del valencià per llengua materna



Ara les diferències que trobem hi són i és del tot lògic (vegeu Figura 2): la llengua de la llar –anomenada convencionalment “materna”- té el seu efecte, especialment en la dimensió comunicativa oral i receptiva –entendre- que, en els cas dels valencianoparlants, s’acosta al 100% –4,98 en una escala de 5,00-. També en les altres dimensions es puntua alt –un pèl més modest en escriure- i en la proporció habitual: entendre i llegir per damunt de parlar i escriure.

En el cas dels castellanoparlants resulta de molt d’interès destacar que, tot i la influència de la llar, reconeguda per les investigacions (Loscertales, 1995; Musitu i al., 1995) no resulta definitiva a l’hora de

condicionar l’adquisició d’una altra llengua. Així la dimensió relacional i comunicativa entre amics i companys, a més de la clara influència de l’escolarització en valencià, permeten assolir als castellanoparlants un nivell molt satisfactori en el grau d’enteniment de la nostra llengua –4,16 en una escala de 5,00-, encara que més modestos en els altres tres –parlar, llegir i escriure- i sempre en la proporció indicada: la comunicació receptiva o passiva sempre per damunt de l’activa.

Ús general del valencià

Encara que hi està relacionat, la competència lingüística no sempre es trasllada a

conducta. Per això, ara, esbrinarem l'ús que se'n fa de la nostra llengua per part del col·lectiu de jòvens estudiants inves-

tigats, per confirmar com s'aplica el valencià "après", en la comunicació habitual.

Taula 2. Llengua vehicular dels estudis

Llengua vehicular dels estudis...	Valencià	Castellà	Indistintament	Altra
En la universitat	28,7%	62,9%	6,4%	2,0%

Aquest resultat de la pràctica vehicular del valencià, en els estudis dels nostres jòvens (vegeu Taula 2) –una escassa tercera part del col·lectiu i això acumulant el concepte "indistintament"– demostra que la nostra llengua, com a eina curri-

cular vehiculadora, encara es troba lluny d'una pretesa normalitat: que al territori del valencià –on és llengua pròpia i oficial–, només una tercera part dels jòvens l'empren en els seus estudis, és preocupant.

Taula 3. Llengua vehicular en diferents àmbits relacionals

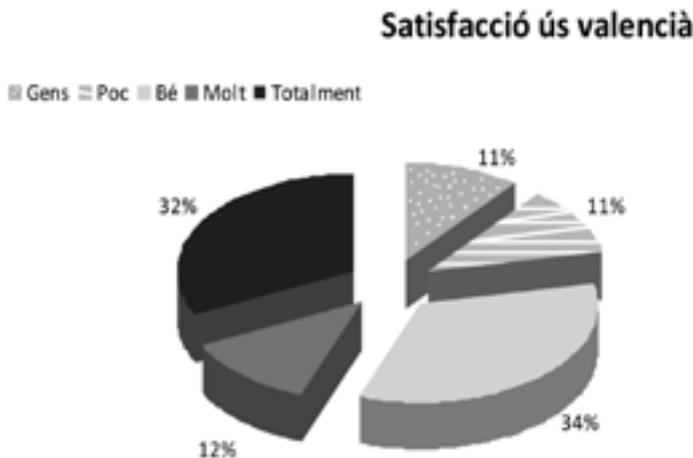
Quina llengua parles generalment...	Valencià	Castellà	Indistintament
A casa	27,5%	65,7%	5,9%
Al carrer	18,6%	66,7%	14,7%
Amb els amics	20,2%	66,5%	13,3%
Àmbit professional / laboral	16,5%	70,6%	12,9%
Àmbit educatiu	22,0%	66,0%	12,0%
Amb persones que no coneix	8,0%	75,1%	16,9%

A la Taula 3 es mostren els resultats de la dimensió comunicativa ordinària –*Quina és la teua llengua vehicular habitual?*– en els diferents àmbits de relació. Es veuen, doncs, les diferències significatives en funció de l'àmbit de referència: òbviament el què resulta més afavorit –estrictament, perquè sempre es pot matisar si acumulem l' "indistintament"– és l'àmbit familiar i, des d'aquest punt de vista, la llar manté

la seua influència (27,5%). Segueix l'ús de la llengua, com a eina de comunicació, en l'àmbit educatiu (22,0%) que, a bon segur, es beneficia d'aquella –encara que modesta presència curricular del valencià a la carrera. I encara podria ser homologable al familiar, si consideràvem l' "indistintament", la qual cosa abonaria la seua importància, a l'hora d'afavorir els usos lingüístics, entre els nostres jòvens. Amb els amics aquella co-

municació habitual se situa al 20,2% i amb un reforç interessant de l'“indistintament”, segurament perquè bona part dels amics solen ser companys i aleshores, en un context educatiu favorable, es pot recuperar l'ús de la llengua, que al carrer resulta més problemàtic. Justament, a continuació, segueix l'ús al carrer (18,6%) amb també l'“indistintament” reforçador, en funció de com es desenvolupa la conversa o si es detecta la condició de valencianoparlant de l'altre. Ara ve l'àmbit professional/laboral i un reforç de l'“indistintament”, no tan consistent, perquè els contextos de treball solen presentar fins i tot característiques tècniques en el llenguatge, que els sol fer més tendents a la castellanització.

Figura 3. Satisfacció amb l'ús del valencià



És de l'ordre d'un terç de la mostra (32%) que se situa al capdamunt de la satisfacció en l'ús del valencià, als que si afegim el nivell “molt” (12%) s'acosta discretament a la meitat del col·lectiu investigat. Si encara sumem els qui es confessen raonablement satisfets (“bé”: 34%) resulta que favorablement satisfets hi són quasi el 80%, que

Finalment hi ha l'ús –minso- del valencià amb persones desconegudes (8,0%), per allò de la regla “de cortesia” –malentesa, òbviament- tot i que presenta el reforç més consistent de l'“indistintament”, segurament perquè en funció de com es desenvolupa la conversa o si es detecta la condició de valencianoparlant de l'interlocutor, es canvia de llengua.

Actitud dels joves envers el valencià

Les pràctiques lingüístiques es troben molt condicionades per les actituds adoptades envers la llengua. Comencem per la **dimensió afectiva** en l'ús del valencià (vegeu Figura 3).

no és poc, atès que el 65% del col·lectiu és castellanoparlant. Poc més d'un deu per cent confessa absència total de satisfacció.

Altrament, la percepció de trobar -o no- **dificultats** en l'exercici lingüístic habitual pot esdevenir un fre –o un afavoriment- en aquella pràctica

Cal observar que la resposta del no (57%) entre els joves investigats resultaria molt positiva, en relació al posicionament envers l'ús de la llengua. Tot i que un 43% dels que troben dificultats no deixa de ser preocupant.

L'actitud envers l'**aprenentatge** del valencià, per part dels castellanoparlants, esdevé la peça clau, per implementar les ofertes i garantir l'eficàcia de l'aprenentatge.

Així, que no arribe a 1/4 (15%) del 65% de castellanoparlants de la mostra, els qui es mostren remisos a l'aprenentatge del valencià, és una dada important, perquè això vol dir –obviament– que 3/4 d'aquell col·lectiu castellanoparlant hi estan d'acord.

I ara comentarem què pensen de la presència igualitària i alternativa del valencià o siga del **bilingüisme**. A la pregunta "Generalització del bilingüisme?", trobem una certa disfunció –encara que menuda– entre els qui estan a favor d'aprendre el valencià (85%) i els que ara es mostren favorables al bilingüisme (79%). Vol dir que aquell 6%

podrien estar a favor d'una presència del valencià, encara que "diglòssica", és a dir en inferioritat de tracte envers el castellà, que el bilingüisme equivalent i equilibrat no accepta. Podria ser, perquè una tal opinió pot trobar-se, fins i tot, en valencianoparlants.

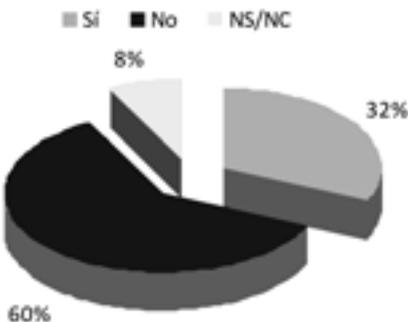
Com a resum del què hem estat analitzant, es podria concloure que les actituds dels joves estudiants envers el valencià no són negatives: mantenen un nivell de satisfacció en l'ús del valencià, notable –considerant els diferents gradients de les respostes–. En canvi sí que és notable –pròxim a la meitat del col·lectiu investigat– el nombre dels que troben dificultats en l'exercici lingüístic en valencià.

Valoració pels joves, de la presència del valencià

Abordem, ara, l'aplicació d'aquell posicionament o actitud envers el valencià, referit o aplicat a altres situacions, com els diferents àmbits de relació (vegeu Figura 4).

Figura 4. S'usa prou el valencià en els àmbits oficials?

S'usa prou el valencià en els àmbits oficials?

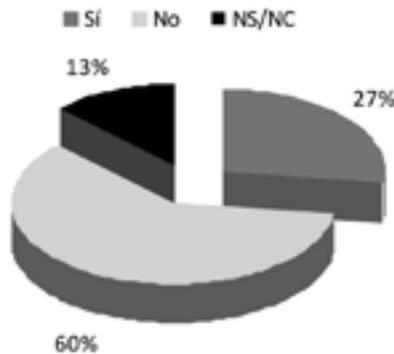


La percepció majoritària, doncs, del col·lectiu de jòvens estudiants investigats (60%) percep que no s'usa prou el valencià, als àmbits oficials, pràcticament el doble dels qui diuen que sí.

I si creuen que s'usa prou en els àmbits **informals** de relació i d'oci, (vegeu Figura 5), trobem que ara i en els àmbits gens formals –bé que de relació i comunicació, també– es manté la proporció (60%) i encara disminueix els que pensen que sí (abans 32% i ara 27%).

Figura 5. S'usa prou el valencià en els àmbits informals de relació i oci?

S'usa prou el valencià en els àmbits informals de relació i oci?



Anem ara a comentar el que satisfaria als nostres enquestats, en els cinc se-

güents **àmbits** de comunicació (vegeu Taula 4).

Taula 4. Grau de satisfacció en l'ús de la llengua en diferents àmbits de comunicació

T'agradaria que el valencià s'utilitzara més freqüentment en...	Gens	Un poc	Bé	Molt	Totalment
Relacions personals	20,0%	16,5%	26,5%	13,0%	24,0%
Àmbit professional / laboral	25,0%	11,0%	28,0%	13,5%	22,5%
Àmbit educatiu	25,6%	9,0%	22,6%	15,1%	27,6%
Àmbit institucional	24,6%	10,6%	20,1%	16,1%	28,6%
Oci / temps lliure	24,0%	14,0%	24,0%	17,5%	20,5%

Amb alguna matisació, una quarta part del col·lectiu –menys en l'àmbit de les relacions personals– no es mostren favorables en l'augment de la freqüència del valencià

i això no és contradictori amb els posicionaments majoritàriament favorables trobats i analitzats abans. Es tracta d'una cautela o de la valoració de què la situació –per a

aquella quarta part dels enquestats-, ja està bé i el valencià ja és prou present.

En canvi i per a la resta –les $\frac{3}{4}$ parts del col·lectiu de jòvens investigats-, la situació és millorable i hi estan d'acord en que es millore, bé que en diferents graus, especialment en els àmbits institucional i educatiu.

Consideracions finals

Perquè, justament, és en aquest itinerari cap a la maduresa dels nostres jòvens que cobra especial relleu l'adquisició del pensament formal en relació a la llengua (Piaget, 1965). Així, no només comencen a ser capaços d'operar amb proposicions abstractes, elaborar supòsits i processar hipòtesis, sinó que arriben a pensar el propi pensament (Clemente, 1996). A més, el desenvolupament cognitiu es troba estretament lligat al desenvolupament lingüístic i a la integració social, de manera que es pot parlar de construcció social de la ment com a interiorització del context, també lingüístic (Vygotsky, 1981). Aleshores, l'entorn sociològic i cultural juga un paper determinant, a l'hora d'explicar els comportaments lingüístics dels nostres jòvens, que estan conformant la seua personalitat en creixement i que tenen, com un referent de les seues conductes lingüístiques, la imitació de models.

Al respecte els autors estan d'acord a destacar, precisament, la importància del llenguatge, en la dinàmica relacional (Vygotsky, 1981) i la seua dimensió comunicativa. Piaget (1965) ja havia defensat que les funcions mentals superiors s'originen i consoliden a partir de les interaccions amb els altres, en contextos comunicatius i lingüístics rics. Aleshores el pensament, com a construcció social, té en el llenguatge la referència immediata d'una cultura, que

va interioritzant-se mitjançant el seu ús. Així el llenguatge esdevé, alhora, un mitjà de comunicació i integració social i una eina d'organització del pensament, doncs. L'expressió lingüística, però, no s'esgota en la dimensió cognitiva, sinó que abasta tot l'espectre de la personalitat, emocionalitat inclosa (Goleman, 2000). Aquestes dues dimensions –cognitiva i afectiva– són indestruïbles d'un referent contextual ó sociocultural. Pierre Furter (Blat Gimeno, 1984), encunya el terme d'*educogènia* en referir-se a la capacitat d'influència educativa global d'un determinat entorn, mesurada per la influència del context social, la llengua de l'entorn, els mitjans de comunicació i culturals, les institucions i l'acció educativa de la família. I en aquell conjunt cabria interpretar que els comportaments lingüístics originen ó reforcen la identificació contextual ó sociocultural (Adell, 1986). Així el comportament lingüístic de les persones, és un dels mitjans més significatius per a categoritzar-les (Ib.). Heus ací la importància del tema, en el nostre context i amb referència als nostres jòvens, doncs l'opció lingüística i la seua virtualitat comunicativa no és una qüestió menor.

Propostes d'intervenció

Resta, encara, molt de camí a fer: en la investigació i en l'afavoriment de la presència normalitzada de la llengua, a tots els àmbits de relació. Pel que fa a la nostra investigació, no cal dir que caldrà seguir aprofundint el ventall d'àmbits—acadèmics, lúdics, professionals, culturals, socials, polítics, econòmics, religiosos... —, dels nostres jòvens i comparar les diferents situacions que es donen arreu del territori, així com esbrinar les perspectives de futur esperables per a una llengua minoritària,

com la nostra, en un context cada vegada més global. Pel que fa a l'afavoriment de la presència habitual, caldrà bastir de polítiques lingüístiques coherents, que reforcen i incentiven l'acció callada del context familiar. Caldrà, així mateix, desenvolupar mitjans de comunicació de qualitat informativa, lúdica i d'ètica contrastada, que recuperen la confiança de la ciutadania, massa decebuda pels "programes-fem" i *media* venuts al poder. Caldrà millorar el sistema educatiu per donar resposta adient a les interpel·lacions del món d'avui, tot incorporant la nostra llengua com una eina fonamental de formació. Caldrà perdre-li la por al món global i fomentar, també, el coneixement i ús de llengües franques d'abast universal —castellà, anglès... —, sense renunciar a les arrels i les pràctiques lingüístiques pròpies. Sobre tot, però, caldrà donar confiança als valencianoparlants per consolidar una autoestima lingüística precària i recuperar el tresor de la cultura del país en la llengua del país.

Al respecte proposem algunes accions específiques, des d'angles diversos bé que convergen, com ara:

- **Intervencions institucionals:** resulta evident que les entitats públiques oficials —Ajuntaments, Diputacions, Generalitat, Parlament, AVL...— tenen un paper fonamental —i la pròpia legislació els la reconeix i insta— en la recuperació de l'ús de la llengua pròpia de la Comunitat Valenciana i de la seua dignificació, especialment detectat per la població jove. I això cal fer-ho per la via legislativa, però sobre tot per la via exemplificant dels que tenen poder i presència pública. Cal legislar a favor de la llengua, amb pautes de recolzament i ajut també econòmic —beques d'estudi— i de garantia que cap ciutadà valencianoparlant —ni que siga jove es-
- **Intervencions socioculturals:** la terminologia acadèmica i científica no ha de ser patrimoni de les llengües grans —anglès, castellà...—. La riquesa i varietat de vocabulari i d'expressió, cal generalitzar-la a tots els àmbits de relació i les institucions educatives —universitat inclosa—, culturals —biblioteques, cases de cultura, associacions lúdiques i esportives, grups scouts etc.— han de donar carta de naturalesa al valencià. Només aleshores els jòvens aniran entrant en el coneixement i l'ús no només de les dimensions acadèmiques de la llengua, sinó en les culturals i d'abast social, amb tota normalitat.
- **Intervencions associatives:** la participació dels grups socials de caràcter associatiu —especialment els de la joventut—, en la recuperació i normalització del valencià, tenen una intervenció clau en el procés de dignificació del valencià. I això des de dues vessants: per iniciativa pròpia, afavorint i recolzant la presència de la llengua al món de les activitats lúdiques i d'oci i instant a les

Altrament aquelles intervencions no han de descurar la formació per garantir un nivell competencial adient, en la llengua pròpia, tot afavorint una dimensió relacional cultural i educativa —i normalitzada— en valencià. I això mitjançant cursos, trobades, xerrades, concursos, exposicions...i amb estil i manera atractives... i en valencià.

autoritats acadèmiques i educatives a fer el mateix, amb un aixopluc consistent a les iniciatives socials de promoció de la llengua. Cap ciutadà –i menys els jòvens- ha de sentir-se desemparat del seus propis col·lectius i associacions ni de les autoritats responsables.

- **Intervencions normatives:** és evident que el sistema educatiu necessita un marc normatiu obert i afavoridor de la presència del valencià a les aules. Això ja és un lloc comú, en qualsevol reflexió al voltant del tema. També en el nostre cas i per raons òbvies: la infantesa –i la joventut en el nostre cas- es troben en procés de formació i d'atenció educativa personalitzada. Per tant la normativa escolar ha de ser sensible a tot això i a l'afavoriment de la creació de llocs de treball docents, on la competència en valencià siga garant del bilingüisme desitjable a les nostres escoles i universitats.

I per promocionar, multidisciplinàriament, una política educativa coherent i il·lusionada alhora, no està de més recordar les respostes qualitatives dels enquestats que hem analitzat, sense oblidar la necessària consolidació de l'autoestima dels parlants, en posar a disposició els recursos educatius adients, donant confiança i normalitat al context i afavorint un clima de proximitat i calidesa –és a dir de qualitat humana- en la relació educativa.

Cal, doncs, una voluntat política clara dels nostres governants i una progressiva sensibilització ciutadana i democràtica també en les institucions educatives –incloent-hi la universitat- per a recuperar el nostre patrimoni lingüístic. La nostra investigació ha volgut contribuir –encara que modestament- a detectar, en primer lloc, la situació, sense defugir les mancances, en

el context de relació i comunicació dels nostres jòvens estudiants. I a afavorir, també, l'ús normal de la nostra llengua, en els contextos acadèmics, així com a l'hora de fer efectiu el dret, envers la seua recuperació i garantir-ne l'ús, en un àmbit de tant de ressò social, ciutadà i econòmic, com és l'educatiu o escolar –també universitari-. Esperem haver-hi col·laborat.

Referencias

- Adell, M.A. (1986). Llenguatge i comunicació. Bases psicològiques en l'aprenentatge de la llengua. *Revista de Psicologia y Pedagogía Aplicadas*, 32, 7-26. València.
- Adell, M.A. (2004). Els adolescents i la llengua. *Anuari de Psicologia*, 9 (1), 69-83. València. SVP.
- Adell, M.A. (2006). *Estrategias para mejorar el rendimiento académico de los adolescentes*. 2ª edició. Madrid. Piràmide.
- Blat, J. (1984). *El fracaso escolar en la enseñanza primaria. Medios para combatirlo*. UNESCO. París.
- Clemente, A. (1996). *Psicología del desarrollo adulto*. Madrid. Narcea.
- Goleman, D. (2000). *Intel·ligència emocional*. Barcelona. Kairòs.
- Loscertales, F. (1995). La imagen social de la educación. La psicología social de la educación ante los protagonistas de la educación y de la enseñanza. Vega, M.T. i Tabernero, M.C. (1995): *Psicología Social de la Educación y de la Cultura, Ocio, Deporte y Turismo*. Salamanca. Eudema.
- Musitu, G. et al. (1995). Estilos de socialización y valores en la adolescencia. Un análisis transcultural de sus interrelaciones. Vega, M.T. i Tabernero, M.C. (1995): *Psicología Social de la Educación y de la Cultura, Ocio, Deporte y Turismo*. Salamanca. Eudema.
- ONU: Asamblea General de las Naciones Unidas (1983). NY.
- Piaget, J. (1965). *El lenguaje y el pensamiento del niño pequeño*. Buenos Aires. Paidós.
- Vigotsky, L. (1981). Pensamiento y palabra. *La adquisición del lenguaje. Infancia y Aprendizaje*. Madrid. Pablo del Río.

Fecha de recepció: 30/01/2012
 Fecha de aceptació: 26/11/2012

Sexualidad en la mujer adulta mayor

Iracy Llinares Alves
Psicóloga-Sexóloga. Consulta privada

resumen/abstract:

El presente artículo describe un estudio de caso según la clasificación propuesta por Montero y León (2002), y siguiendo las normas para la redacción de casos clínicos de Buela-Casal y Sierra (2002). Se presenta el caso de una mujer de 67 años que acude a consulta privada en Sexología para atender a la vivencia de su sexualidad. Se recogen los datos en la evaluación a través de entrevista. La elección del tratamiento se basa en el trabajo sobre la percepción y la actitud en torno al adulto mayor y la sexualidad, y prácticas a desarrollar por parte de la paciente. La terapia se lleva a cabo a través de trece sesiones, de una hora de duración una vez por semana. El seguimiento consiste en la comunicación telefónica una vez cada quince días durante tres meses. El motivo de consulta tiene que ver con conocer cómo vivir la sexualidad, por lo que el diagnóstico establecido está relacionado con el abordaje de emociones, pensamientos y creencias, experiencias vividas, motivación y afectividad, información y educación sexual en la etapa evolutiva del adulto mayor, para la consecución de una mayor calidad de vida sexual, en concreto, y calidad de vida en general. La razón de ser de este artículo, es la divulgación de un caso clínico que plantea la atención a una demanda sexológica, transmitiendo de esta forma la importancia que representa el trabajo de los profesionales de la Psicología y de la Sexología en un tema tan relevante como es la Salud Sexual.

The present article describes a study of a case according to the classification proposed by Montero and León (2002), and following the rules for the redaction of clinic cases by Buela-Casal and Sierra (2002). Here it is presented the case of a 67 years old woman who attends to consultant for therapy about her sexuality. The facts are collected in the evaluation through interview. The choice of the treatment is based on the work on the perception and the attitude about grown adults and their sexuality, and practices for developing by the patient. The therapy is carried forward thirteen sessions, one hour each session once a week. The continuation consists on the telephonic communication once every fifteen days during three months. The reason for this 67 years old woman seeking advice is so she can learn and experience her sexuality, expressed, through her emotions, thoughts and beliefs, her own lived sexual experiences, motivation and affectivity, receiving information and sexual education at the grown adult stage, for obtaining the highest quality of sexual life, in concrete, and quality of life in general. The reason for creating this article, is to have knowledge of a clinic case which proposes the attention to a sexual request, communicating by this way the importance which represents the work carried out by the professionals in Psychology and Sexology in a such a relevant subject, as Sexual Health.

palabras clave/keywords:

Adulto mayor, educación afectivo-sexual, bienestar bio-psico-social, salud sexual.
Grown adult, affective-sexual education, bio-psycho-social wellbeing, sexual health.

Identificación de la paciente

Mujer de 67 años, viuda desde hace 7 años. La relación comenzó cuando ella tenía 17 años y se mantuvo durante 43 años. Su ma-

rido era 6 años mayor. Tres hijos, varones de 49, 45 y 41 años, el mayor con dos hijos, el mediano con dos hijas y el más joven con dos hijas. Con estudios básicos y ama de casa. Nivel socio-económico medio-alto, el

marido trabajó como director comercial de una empresa multinacional. Vive sola en un piso céntrico de ciudad y con una pensión de viudedad.

Análisis del motivo de la consulta

La paciente acude a consulta relatando la siguiente experiencia: Explica haber conocido hace seis meses a un hombre de 73 años con quien desea mantener relaciones sexuales. Comenta no sentirse preparada y desconocer cómo actuar, considera no haber disfrutado anteriormente en sus relaciones sexuales con su marido, y ahora le ha surgido la posibilidad y el deseo de mantener relaciones sexuales y se siente “perdida”. Para entender el significado de estas consideraciones acerca de la ausencia de disfrute, y de dudas e inseguridad en las expectativas, y miedos y preocupación que le llevan a consultar, se realiza el estudio de la historia sexual anterior de la paciente. Se le pregunta por dos aspectos esenciales de la sexualidad a lo largo de la vida: el autoconocimiento sexual y las relaciones sexuales experimentadas. La información obtenida señala que existe, por un lado, desconocimiento del funcionamiento de la respuesta sexual humana y, por otro lado, ansiedad por el rendimiento, que correlaciona con la falta de conocimiento. Por tanto, hay problemas en las distintas fases de la respuesta sexual, en la excitación y en el orgasmo. Así mismo, ha experimentado falta de libido como consecuencia de la asociación de la situación sexual con la ausencia de placer sexual, pero no se establece falta de deseo sexual como motivo de consulta, pues el tipo de problema sexual actual deriva de una historia sexual en la que no ha existido una satisfactoria vivencia de la sexualidad, no por falta de deseo de experimentar placer con el sexo, sino debido a una falta de

una adecuada educación afectivo-sexual y de conocimiento del funcionamiento del comportamiento sexual humano.

Historia del problema

La definición del concepto de Salud Sexual descrita por la Organización Mundial de la Salud en 1974 es la siguiente: “La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad; no se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad, sino de bienestar armonioso personal y social.” Para especificar el origen y la evolución del problema en salud sexual, se analiza la historia personal de la paciente. La experiencia de la paciente comenzó a ser desadaptativa en el momento en el que, por un lado, muestra una falta de autoconocimiento sexual, donde la práctica de la masturbación no resulta ser algo que correspondía llevar a cabo a la mujer como práctica sexual desde el punto de vista cultural, contribuyendo así al desconocimiento de su anatomía sexual y del funcionamiento de su propia respuesta sexual y, por otro lado, con su pareja sexual durante 43 años, sus relaciones sexuales se circunscriben a la realización del coito vaginal, donde la función reproductiva de la sexualidad resulta ser uno de los dos motivos de las relaciones, siendo el otro motivo el placer sexual del hombre, desempeñando la mujer un rol pasivo, donde el desconocimiento de diferentes prácticas sexuales, sin el logro de placer sexual por parte de la mujer, han contribuido al tedio y rutina sexuales. De esta manera, se compone la descripción de la historia del problema como consecuencia de la falta de educación sexual desde el comienzo de las primeras experiencias en torno a la sexualidad, y que con el transcurso de los años ha

evolucionado de tal forma que cabe añadir el desconocimiento de los cambios en la vivencia de la sexualidad producidos por la edad, con lo cual el diagnóstico tiene que ver con problemas de salud sexual cuya etiología está vinculada a la inexistencia de una adecuada información sexual: Por tanto, la definición de Salud Sexual cobra especial relevancia en el abordaje de la concepción de la sexualidad perteneciente al momento concreto cultural y social de la historia personal del caso descrito en este trabajo.

Análisis y descripción de las conductas problema

Para tratar el contenido del comportamiento de vida de la persona sexualmente sana, se analiza la diferente naturaleza de las diversas conductas problema: Las respuestas cognitivas, son los pensamientos y las creencias erróneas en torno a la sexualidad, adquiridos a lo largo de los años; - los roles socio-culturales de género aprendidos, donde la sexualidad se sitúa como una dimensión desconocida que se ha vivido asociada a situaciones de escasa satisfacción sexual y que conlleva, para la paciente, la manifestación en el momento del acercamiento sexual, de respuestas motoras y fisiológicas que se componen de aspectos como la aceleración del ritmo cardíaco y sudoración que se describen como ansiedad y nerviosismo, donde conductualmente el acercamiento se torna en alejamiento y detención de la situación sexual. Las respuestas emocionales tienen que ver con sentimiento de culpabilidad al detener la situación sexual, y sentimiento de frustración. El objetivo a nivel cognitivo es desmontar los razonamientos basados en el desconocimiento y estereotipos y se establece que la sexuali-

dad deje de ser una realidad desconocida para la paciente. El objetivo a nivel motor y fisiológico es eliminar las sensaciones desagradables de las experiencias sexuales basadas en el miedo al rendimiento y la ansiedad en la expectativa, a través de la auto-relajación y el autoconocimiento, y con la creación de encuentros íntimos con la pareja planteando situaciones tanto de masajes como de caricias donde asociar la sexualidad con bienestar del propio cuerpo, y percibir como agradable y satisfactorio el contacto con el cuerpo de la pareja. El objetivo a nivel emocional se alimenta de la ya existencia de deseo sexual, contando con un punto de partida esencial y positivo de generación de autoconfianza, y relacionando la eliminación del freno psicológico, que es el que le impide actuar como le gustaría, con el análisis de las emociones vinculadas que dificultan el hecho de dejarse llevar y sentir. Como metáfora, no sólo es como subir el Himalaya (escalar un Himalaya psicológico), sino que, además, una vez arriba, contemplar el paisaje.

Establecimiento de las metas y los objetivos terapéuticos

En el presente caso clínico, se han definido dos momentos para el logro de los objetivos: a corto y a largo plazo. A corto plazo es el objetivo que se establece alcanzar a lo largo del desarrollo de las sesiones: La mejora en la vivencia de la sexualidad. A largo plazo es la meta-objetivo: El bienestar o mayor calidad de vida de la persona que acude a consulta. Se considera que ambos objetivos están correlacionados, donde la promoción de la salud sexual en la atención en consulta clínica implica la mejora del bienestar bio-psico-social y afectivo-emocional de la persona, que se consigue como

consecuencia y se vive fuera de la consulta, información obtenida a través de los registros de seguimiento de lo trabajado en las sesiones. Para la meta a corto plazo, la situación actual y objeto de tratamiento es aprender a expresar su sexualidad en cómo siente, piensa y actúa, y se comprende la sexualidad como dimensión fundamental y un elemento constitutivo de la salud en general como meta a largo plazo.

Selección del tratamiento más adecuado

Para la decisión del tratamiento, se consideró consultar bibliografía sobre sexualidad en el adulto mayor.

La psicóloga y gerontóloga Cristina Rodríguez Benito (2008) en su artículo *La sexualidad en el anciano*, destaca los siguientes aspectos a tener en cuenta:

“Factores relacionados con la edad”:

Para analizar el desempeño de la función sexual según los cambios que se experimentan con la edad, se le pregunta a la paciente por la vivencia de su sexualidad a lo largo de su vida y en cuanto a su relación de pareja. La paciente advierte de la existencia de la posibilidad de no haber tenido nunca un orgasmo, y describe retraso en la excitación, con mayor necesidad de estimulación genital, y una disminución de la lubricación vaginal, aproximadamente desde que cumplió los 55 años, coincidiendo con la menopausia.

“Factores médicos”:

- Fármacos que pueden causar disminución de la libido.
- Enfermedades que pueden causar disfunción.

- Cirugías.
- Barreras físicas (por ejemplo, catéteres).
- Disminución en la movilidad.
- Cambios en la imagen corporal (por ejemplo, mastectomía, amputación de extremidades).
- Depresión, que puede llevar a pérdida de interés en el sexo.

Este es otro de los apartados básicos a tener en cuenta, y así se le transmite a la paciente, para observar posibles parámetros médicos que puedan estar afectando a la función sexual. Según los datos que aporta sobre la historia clínica de salud en general desde el punto de vista del médico de atención primaria, no se han detectado factores de este tipo que puedan estar influyendo en el desarrollo de la experiencia sexual de la paciente.

“Factores psicosociales”:

- No tener pareja.
- Pérdida de privacidad.
- Condición social (desempleo, jubilación, institucionalización, etc.).

La situación personal actual de la paciente tiene que ver con haber iniciado hace seis meses una relación sentimental y por tanto, se abordan los aspectos afectivos, de comunicación y entendimiento, intimidad, motivaciones y expectativas, con el objetivo de conocer la experiencia y dinámica de la relación de pareja.

Junto a estos factores, en su artículo la autora aporta la siguiente reflexión: “Además de los motivos expuestos, la sexualidad puede verse disminuida durante la vejez debido al gran desconocimiento y la des-

información que existe sobre el envejecimiento en general y la sexualidad en particular. Por ello, es imprescindible que tanto los mayores como la sociedad en general, reciban la formación adecuada que les permita romper con los prejuicios y tabúes que giran en torno a este aspecto y les permita un pleno disfrute de la sexualidad en todas y cada una de las etapas de la vida, incluyendo la vejez. No hay que olvidar que la sexualidad no se trata solo de hablar de coito, sino que a través de besos, caricias, se establecen relaciones afectivas esenciales para el desarrollo psicoafectivo del anciano, fomentando su autoestima, sintiéndose querido y en definitiva, haciéndole la vida más agradable.”

En este sentido, según el catedrático de Psicología de la Sexualidad Félix López Sánchez (2005) de la Universidad de Salamanca, hay muchas personas mayores que no pueden o no quieren coitar, y no por ello no tienen sexualidad. Para explicar que la sexualidad no se puede reducir sólo a genitalidad, ideó la metáfora de la capitalidad, donde plantea que el ser humano es corporal, y que existe una geología interna, de células y hormonas, y externa, la piel y sus terminaciones nerviosas. Todo el cuerpo es un radar. La metáfora consiste en ilustrar que el cuerpo es como un mapa. Hay unos órganos sexuales primarios que son los genitales y que representan la capital de ese mapa sexual. La capitalidad de la sexualidad está en los genitales, pero para cada persona, la capitalidad puede no ser lo más importante, o puede que según la persona va avanzando en edad, lo más interesante son otros aspectos, recorrer antes e incluir otras áreas del mapa. Existen los órganos sexuales secundarios o zonas erógenas que el autor denomina zonas turísticas privilegiadas, y para conocerlas hay que hablar,

no hace falta la Guía Michelin, sino que basta con hablar. Por tanto, más allá de la supuesta capital y de las supuestas zonas turísticas, hay todo un mundo de posibilidades a explorar. En las personas mayores, el gusto por las caricias no disminuye, ser acariciado o acariciar, no se pierde e incluso se llega a incrementar.

Aplicación del tratamiento

El total de las trece sesiones se organiza en tres bloques de acciones.

En las primeras cuatro sesiones, la concreción del trabajo consiste en la recogida de datos, entrevista, y establecimiento de los objetivos específicos: Ahora mismo, la paciente reclama ya vivir lo que aún no es capaz, siendo primordial en estas sesiones iniciales que la paciente viva como propio el proceso que ha comenzado, siempre y cuando el profesional sepa adaptarse al ritmo de este proceso. La toma de consciencia que tiene lugar en estas primeras sesiones por parte de la paciente, es requisito pero sólo es un paso del recorrido objetivo. La demanda supone el análisis de la experiencia sexual vivida, acceder al mundo emocional, y entender pensamientos y creencias en torno a la edad del adulto mayor y la sexualidad, planteamiento de mitos y realidades, estudio de las dudas, ideas y desinformación, y cómo estas concepciones tienen su reflejo en la vida diaria.

En las siguientes cinco sesiones, se emprende un plan práctico de ejercicios a realizar a nivel individual por parte de la paciente: Se trabaja a nivel sensorial, con el aprendizaje de la relajación y la respiración con música, así como la percepción de sensaciones a nivel experiencial, de autoconocimiento de la propia sexualidad, autoconcepto y autoimagen. Se obtiene un buen resultado en la

práctica del trabajo relacionado con la piel: En la ducha, la persona se aplica un gel aromático directamente sin esponja para favorecer la percepción de la piel y experimentar con los sentidos. En Sexología, cada vez se le está otorgando mayor importancia a la piel como fuente de satisfacción sexual.

En las últimas cuatro sesiones, se observa que el aumento del autoestima y de la automotivación facilitan la consecución del deseo de compartir la vivencia de la sexualidad con la pareja. Se incorpora el masaje como elemento de comunicación, y se avanza en la realización de prácticas sexuales, así como el desarrollo de las caricias como expresión de contacto y la experimentación de placer sexual.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad del tratamiento

Se valora en cada sesión la percepción que tiene la paciente de la utilidad de las sesiones, utilidad entendida como repercusión en cómo se siente, si se están produciendo cambios, y qué cree que está consiguiendo. La eficacia y la efectividad del tratamiento se observan si la paciente encuentra útil lo que se está trabajando en las sesiones, cuya secuencia la marca cómo van interactuando las actuaciones que se van dedicando a cada área que se aborda en cada encuentro. En las primeras sesiones tiene mayor peso las preguntas de evaluación de la apreciación, aceptación y captación de los nuevos aprendizajes, necesarias para avanzar en pasos posteriores en los que se requiere de la paciente una implicación conductual. Cuando se le indica la realización de ejercicios, se registra en qué medida se están llevando a cabo y si se están haciendo adecuadamente, comprobando si se han aprendido los procedimientos, y si la

paciente valora de forma positiva la modificación y la adquisición de los nuevos comportamientos. La persona efectúa un auto-registro de la conducta el mismo día de su desempeño en las siguientes tres áreas: sentir, pensar y hacer. Escribe su vivencia en cómo se siente con la experiencia y las sensaciones percibidas, qué pensamientos tiene sobre la nueva situación y su significado, y qué y cómo lo ha hecho. La aplicación de este tipo de análisis permite señalar los cambios que se van observando en las respuestas objeto de tratamiento.

Seguimiento

El seguimiento para la comprobación del alcance de los resultados y la durabilidad de los cambios tras la intervención, consiste en la comunicación telefónica una vez cada quince días durante tres meses. La paciente establece contacto siguiendo el plan programado con la auto-observación del proceso una vez finalizada la terapia en consulta, y manteniendo el compromiso de continuar informando sobre los objetivos trabajados en las sesiones. Uno de los temas planteados en consulta, es el hecho de que la mujer adulta mayor, se encuentra con una realidad de querer hablar de sexualidad y no tener con quién hacerlo. Las conversaciones tenían una duración de entre 20 y 30 minutos, donde la paciente explica cómo siente la evolución de la actitud hacia la sexualidad y las prácticas aprendidas, generándose la manifestación del aspecto creativo y de complicidad con su pareja. El seguimiento sirvió para evidenciar que la educación sexual llevada a cabo en el ámbito de la terapia sexual, contribuye al incremento de la satisfacción sexual y del sentimiento de seguridad en sí misma, donde la paciente ha incorporado conocimien-

tos y experiencias a su realidad, obteniendo como resultado cambios positivos perdurables y observables en sentimientos, emociones, pensamientos y creencias.

Observaciones

Las conclusiones que se pueden derivar a raíz de este caso clínico, tienen que ver con haber constatado los beneficios de llevar a cabo sesiones de educación sexual dirigidas a la persona adulta mayor. Se han observado cambios en las percepciones y actitudes en torno a la sexualidad, mejora en el autoestima y autoconocimiento, y la inclusión de nuevos comportamientos en cuanto a la relación de pareja y un incremento del placer sexual. La paciente ha adquirido un rol activo y protagonista de su salud sexual, consiguiendo que la persona tome la iniciativa y las decisiones con respecto a la promoción de su propia sexualidad, basadas en la información proporcionada y en el derecho de la recepción de una adecuada educación afectivo-sexual. Una de las bases fundamentales del estudio del comportamiento sexual humano es enunciar que el ser humano es un ser sexuado desde que nace hasta el final de su vida. Por tanto, se establece la recomendación de divulgar la atención de la salud sexual en esta etapa evolutiva: No sólo supone añadir vida a los años, sino añadirle también vida sexual a los años de vida. En conmemoración de la declaración del año 2012 como Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional.

International Journal of Clinical and Health Psychology, 2, 505-510.

Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 525-532.

Rodríguez Benito, C. (2008). *La sexualidad en el anciano*. Instituto Europeo de Formación y Consultoría.

López Sánchez, F. y Olazábal Ulacia, J.C. (2005). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.

Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/topics/sexual_health/es/

Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional: <http://europa.eu/ey2012/>

Fecha de recepción: 26/03/2012
Fecha de aceptación: 15/11/2012

Referencias

Montero, I. y León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud /*

Entrevista a Dirk Jarré

Por Sacramento Pinazo



Dirk Jarré es Presidente de la Federación Europea de Personas Mayores. EURAG-Europe. Director del Departamento internacional de la Asociación alemana para el bienestar público y privado y Secretario General del Comité Nacional alemán del Consejo Internacional para el bienestar social, Vicepresidente de la Plataforma Social de ONG's Europeas.

Es profesor de Política Social Comparada en la Johannes Kepler (Universidad de Linz, Austria). Universidad de Ciencias Aplicadas.

P. Como presidente de la Federación Europea de Personas Mayores, ¿cómo definiría la vejez?

R. Empecemos con esa frase conocida que dice: “La edad es un estado mental. Si no la tienes presente no te afectará”. Esta frase pone énfasis en el hecho de que realmente no existe nada que pueda ser denominado “vejez” o “los viejos”. Comenzamos a envejecer en el momento en que nacemos y seguimos envejeciendo a lo largo del ciclo vital hasta que nos morimos. Identificar a “los mayores” como un grupo a parte depende de cómo percibimos la estructura de nuestras sociedades y el status de cada uno de los grupos de personas.

P. Usted forma parte del grupo de expertos en envejecimiento que ha elaborado el Plan internacional de las Personas Mayores, Madrid 2002 y se ha reunido en todas las diferentes

sesiones celebradas al respecto desde entonces, ¿cuáles son las grandes temas que se han debatido en la última de las reuniones de Naciones Unidas, la Conferencia Ministerial celebrada en Viena el pasado mes de septiembre de 2012? ¿Cómo ve el futuro de nuestras Sociedades con respecto al envejecimiento?

R. El título de la Conferencia Ministerial “Asegurar una Sociedad para todas las edades” ciertamente nos invita a reflexionar sobre la orientación actual de nuestra sociedad y su posible futuro. Nos anima a pensar en las condiciones en las que queremos vivir en el futuro y cómo queremos que vivan las siguientes generaciones.

Parecería una banalidad recordar que el envejecimiento es un proceso vital que comienza con el nacimiento y termina cuando dejamos este mundo. Y por ello, insisto en que no hay nada que sea “los viejos” o “la vejez”. Las personas mayores son miembros de muchos grupos sociales diferentes al igual que ocurre entre los jóvenes o las personas de mediana edad. Consecuentemente, un lema como el de “una Sociedad para todas las edades” es un importante objetivo a alcanzar aunque no debería ser necesario decirlo. ¿Deberíamos decir también algo así como “alcanzar una sociedad para todos los sexos”? ¿“una sociedad para todos los colores”? ¿“una sociedad para todas las discapacidades”? ¿“una sociedad

para todas las pobrezas”? ¿No será que definiendo a las sociedades con estos atributos inconsciente e incluso inintencionadamente estamos introduciendo un elemento discriminador? ¿No sería mejor desear una sociedad que reconociese de manera igualitaria, acomodase, respetase y honrase a las personas en sus diferentes situaciones vitales sin subrayar ningún atributo específico?

Existe consenso sobre todo esto que he mencionado. Es evidente que necesitamos cambiar hacia una Sociedad más inclusiva. Pero esto no es algo que debe llegar por parte de los Gobiernos únicamente; es una responsabilidad conjunta de todos los actores de una democracia representativa y participatoria, todos los ciudadanos.

P. Mucho se ha hablado en este Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional; participaste hace poco en Zaragoza en la conferencia de clausura del Año Europeo, ¿qué significa para usted “envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional”?

R. Sin duda, vivimos en tiempos de grandes cambios. Hay un tremendo cambio científico y tecnológico, otros cambios fruto de la globalización, nuevas maneras y nuevos modos de comunicarse que modifican nuestras vidas, una movilidad muy grande y nuevos patrones de migraciones que cambian las estructuras sociales, cambios demográficos y, por último, aunque no menos importante, profundos cambios sociales causados en los últimos veinte años por el creciente reconocimiento de los derechos fundamentales y derechos sociales. Para tener una visión social adecuada, necesitamos tener presentes las necesidades básicas y fundamentales de las personas,

tanto las materiales como las no materiales. Entre las necesidades básicas hay que considerar, la seguridad y más en detalle, ambientes seguros sin contaminación ambiental, alimentos saludables sin componentes tóxicos, seguridad en el transporte y en las vías públicas, pero también seguridad económico-financiera a todas las edades, adecuados servicios sociosanitarios y otros servicios de apoyo, servicios educativos accesibles y de calidad a lo largo de la vida. Pero también el aprendizaje es importante para mantenerse activo. Tal y como decía Hannah Arendt: “El aprendizaje y el entendimiento comienzan en el nacimiento y terminan con la muerte”. Y también Goethe dijo algo al respecto: “Estar activo es la principal prioridad del ser humano”. Todo esto es totalmente cierto incluso para personas de avanzada edad, tal y como aseguraba el genial Cicerón en su obra *De Senectute*.

Por ello, condiciones excelentes de aprendizaje, condiciones excelentes de trabajo, remuneración adecuada al trabajo realizado es algo muy importante para las personas. Pero incluso un alto nivel de reconocimiento de otras actividades sociales o comunitarias (de apoyo a la familia, en la comunidad, en el cuidado o apoyo a otros, actividades creativas o culturales) es indispensable y motivador para el sentimiento de utilidad del ser humano. A través de estas contribuciones, las personas pueden experimentar que realmente están integradas en la sociedad y a su vez, proporciona sentido de importancia al ser humano y bienestar. Y esto es aún mayor cuando la sociedad reconoce en su totalidad la interdependencia entre las edades y los estadios vitales (aprender, trabajar, aprender de nuevo, ser voluntario, etc) y permite y apoya fácilmente las transiciones a lo largo del ciclo vital.

Amor y apoyo emocional, contacto físico y cuidados, vivir en condiciones de seguridad, aumentar las perspectivas vitales y la oportunidad de intercambiar experiencias, opiniones, conocimientos, recibir respeto y reconocimiento personal, tener la posibilidad de participar en la sociedad en acciones dotadas de sentido y significado... todos estas variables psicológicas, afectivas y sociales, crean y mantienen el tejido social, la cohesión y la solidaridad. Sin ellos, no hay sociedad ni comunidad. Y esto es válido para todas las edades y todos los momentos evolutivos.

P. ¿Cómo ve la Sociedad a las personas mayores?

R. En nuestra sociedad las personas mayores son percibidas principalmente como “viejas, frágiles y olvidadizas” y lo que es peor consideradas como dependientes y como una carga, y no como un valor para la comunidad. Sus muchas capacidades, sus conocimientos y su experiencia acumulada y puesta a prueba durante una larga vida, son apenas reconocidos a pesar de ser una extraordinaria riqueza para la sociedad.

Impedir o no impulsar la participación activa de las personas mayores en el desarrollo de la sociedad es simplemente algo nada razonable. Además de que constituye una ofensa a los derechos fundamentales y erosiona la cohesión de la sociedad, esta actitud se vuelve, al final, muy costosa porque simplemente destruye los recursos más preciados. Las personas mayores son un bien que debemos cuidar.

Cuando no se enseña a los jóvenes o cuando ellos no comprenden el beneficio de la solidaridad con las personas mayores en base a un interés común que permita mejorar las condiciones de vida para todos, crecientes

tensiones pondrán en peligro su propio futuro. Buscar el bienestar de las generaciones mayores y rendirles agradecimiento por lo que han conseguido en el pasado no sólo es una obligación moral sino que es, definitivamente, la estrategia más recomendable a largo plazo para buscar el propio bienestar. Todos seremos viejos alguna vez.

P. Y cómo se autoperciben las personas mayores?

R. En general, a las personas mayores no les gusta ser juzgadas y percibidas en función de su edad; bueno, esto mismo pasa con los jóvenes. A todos les gusta que se les considere como “personas normales” con el mismo valor que cualquier otra persona. No quieren caridad sino que se tengan en cuenta sus derechos, que son los propios de cualquier ser humano. Las personas mayores detestan ser segregadas por su edad, ser discriminadas, ser marginadas o excluidas de la sociedad, sin mencionar el ser tratadas de manera negligente o ser maltratadas. Las personas mayores tienen los mismos derechos fundamentales, las mismas necesidades, sueños, deseos o miedos que los demás; desean que la sociedad les de el mismo valor que a cualquier otra persona en otro momento evolutivo; desean que la Sociedad en general entienda que la dignidad humana no declina con la edad ni disminuye ni desaparece.

P. ¿Y qué hay de los derechos de las personas mayores? En España tenemos grupos de psicólogos, docentes e investigadores que están trabajando mucho para evitar el maltrato a las personas mayores y mejorar el buen trato.

R. La *Carta de Derechos Fundamentales* de la Unión Europea dice: “*Se prohí-*

be toda discriminación ejercida por razón de sexo, raza, color, origen étnico o social, características genéticas, lengua, religión o creencias, opiniones políticas o de cualquier otro tipo, pertenencia a una minoría nacional, patrimonio, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual”. Además de esta sentencia encontramos en la *Carta* un párrafo que es el más importante para lo que estamos hablando ahora: “*La Unión Europea reconoce y respeta los derechos de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural*”. Esta frase simple pero muy significativa estipula en un texto jurídico fundamental un importante concepto para políticas que modelan el futuro de la sociedad europea. Combina las connotaciones centrales de independencia y participación en referencia a las personas mayores. Resaltar específicamente a las personas mayores en esta *Carta* indica con claridad que evidentemente prevalecen problemas de discriminación, marginación e incluso exclusión para este grupo de personas en las sociedades europea. Si no, no habría necesidad de mencionarlo específicamente.

También el Consejo de Europa en Estrasburgo examinó ya en 1994 los problemas que las personas mayores tienen que afrontar y, consecuentemente promulgó directrices para mejorar la calidad de sus condiciones de vida: “*Vivir más tiempo no tiene por qué significar una disminución en el disfrute de la vida (...). La sociedad tiene que asegurar que las personas mayores puedan tener una vida con el máximo de autonomía, considerando sus discapacidades. Las personas mayores tienen el mismo derecho a la dignidad humana que los otros miembros de la sociedad. Por lo tanto tienen los*

mismos derechos y obligaciones que los demás. En particular necesitan mantener su derecho a la autonomía y a tomar decisiones de manera adecuada en relación a las diferentes etapas del envejecimiento”.

En crisis

Coordinado por: María Cortell y Carmel Ortolá

Javier Frère López

Psicoanalista. Psicólogo Clínico. Co-director de la Fundación Psicoanalítica/Madrid 1987

Francisco Gómez Bertomeu

Psicólogo. Especialista en Psicoterapia por la EFPA. Docente de la AMAB(Associació Mediterrània d'Anàlisi Bioenergètica)

Àngel Martínez Moreno

Psicólogo Clínico. Director de ADUMA Psicología. Profesor de Psicología Social en la Universitat València

Ximo Tárrega Soler

Psicólogo Clínico. Director del Centre Gestalt Psicoterapia i Formació. Didacta del I.F.G.T.

Esta sección plantea a diversos especialistas preguntas acerca de temas actuales que están siendo objeto de discusión en nuestra sociedad. Se ha realizado a través de la red y por ello las intervenciones de nuestros invitados aparecen por orden alfabético.

En este espacio de Debat, al filo de que Informació Psicològica deje de construirse como un objeto en papel, en un momento social presidido por los cambios de paradigma económico y de las relaciones sociales, políticas y personales en nuestra sociedad, hemos querido reflexionar sobre la crisis. A falta de un nombre que desde la historia denomine a esta época contemporánea nuestra, parece que La Crisis en mayúscula patrocine el lema de nuestro tiempo.

La Crisis para algunos, dibuja, más que designa, un período donde se hallan alteradas las relaciones de producción, de demanda y de consumo, sea por el agotamiento del modelo, sea por las volteretas en los zocos financieros, sea por ambos. Las personas

pasan a ser objeto de intercambios que son extraños a sus condiciones o conductas de esfuerzo o de prudencia. Pasan a ser un objeto anónimo en transacciones extranjeras a la propia relación de producción, quedando afectados los valores de confianza en que se sostienen las relaciones sociales.

Se corre el riesgo de atribuir a la Crisis el aumento o mudanza de ciertas patologías psíquicas. Algunos medios de comunicación señalan que aumenta la enfermedad mental como efecto colateral de la Crisis en forma de abandono de enfermos y deficientes mentales, o con el aumento de depresiones o ataques de ansiedad.

Otros expertos desde la psiquiatría dicen que dicho aumento es sólo un disfraz de las secuelas que marcan sobre las vidas de las

personas los vendavales neoliberales. Se puede explicar sin acudir a nuevas patologías que el temor a perder un empleo y con ello poner en juego el mantener a la familia o no, el pago de la vivienda o no, a riesgo de quedar excluido socialmente o al amparo de la caridad familiar, produzca temor, miedo, angustia...

Algunos colegas nos hablan desde la intimidad de sus gabinetes de las nuevas formas de ejercer la clínica, en número de sesiones y frecuencia de éstas y se preguntan si las herramientas epistemológicas son permeables a estos cambios y si vamos produciendo teóricamente sobre esta clínica de nuevo formato. También desde la práctica institucional se analizan los nuevos paradigmas en la relación asistencial y cómo en el ámbito de la asistencia pública no hay filosofía de la acción, sino de economía de la actividad, cómo el modelo de fidelidad, confianza y conversación en el trato con los pacientes se ha ido desplazando a modelos de encuentro donde lo propio subjetivo quede borrado en aras de formularios y taxonomías de eficacia no demostrada¹. Hay autores que expresan cómo en ese ámbito hospitalario e institucional el enfoque socrático de búsqueda de un cierto saber sobre uno mismo está en peligro de desaparición.

Bajo estos interrogantes hemos preguntado a cuatro psicólogos que desde el Psicoanálisis, el Análisis Bioenergético, la Psicología Social y la Terapia Gestalt nos aporten sus puntos de vista y den luz sobre las sombras de estas preguntas que esbozan nuevas temáticas que, esperamos poder seguir debatiendo.

¹ Ubieta, Pardo, José Ramón, Papeles del Psicólogo, 2012. Vol.33(2), pp.101-108

1.

¿Consideras que la actual situación socio-económica en la que nos hallamos inmersos incide en el aumento de las presentaciones sintomáticas relativas a la angustia, el estrés y la ansiedad? En su caso, ¿De qué modos?

Javier Frère

En mi experiencia, y en la del grupo de profesionales con el que trabajo habitualmente, no registro un aumento significativo de nuevas demandas de tratamiento debidas a síntomas como los descritos en la pregunta. Sí, en cambio, se nota un aumento de la aparición de rasgos ansiosos en los tratamientos en curso, muy directamente vinculados a la actual situación socio-económica.

Claro está que ante esta pregunta cabe preguntarse a su vez si se trata de un verdadero problema psicológico o la cuestión entra de lleno en el terreno de la sociología o la política (en su sentido más amplio). ¿Tiene alguna funcionalidad política la alarma y el miedo que la situación socio-económica genera en la población? No voy, sin embargo, a eludir la cuestión y trataré de ceñirme al ámbito psíquico específicamente.

Es necesario puntualizar que la ansiedad es una respuesta comprensible, pero ineficiente ante un peligro o ante un revés de la vida. Habría que diferenciarla de la angustia, señal que no engaña respecto de que algo nos concierne y nos plantea una cierta problemática. En el caso de la ansiedad, se trata de la prisa por resolver un asunto que puede no tener resolución inmediata y supone un mecanismo de defensa, contra la angustia, que impulsa a la inhibición del sujeto. Para decirlo en palabras sencillas:

una cosa es pre-ocuparse y otra ocuparse del problema.

Hay, además, un elemento del que se habla poco en este tipo de situaciones, se trata de la culpa que una circunstancia de pérdida del empleo, por ejemplo, genera. Es habitual que el sujeto se sienta culpable de lo sucedido o de su dificultad para encontrar un nuevo empleo; aún en casos en los que está claro que la causa del despido no se encuentra en un mal desempeño del trabajador.

Aquí es imprescindible diferenciar la culpa de la responsabilidad. Puede que el despido se haya producido por el cierre de la empresa, aún así el paciente manifiesta que debería haberlo previsto y haber buscado otra posibilidad laboral, por ejemplo. Es interesante señalar que siempre es fácil decir algo así *a toro pasado*, pero, más allá de poder analizar si hubo señales que no tuvo en cuenta, lo que está claro es que la persona en cuestión es responsable de lo que le ha pasado, aunque no sea culpable. Esto es: ante el hecho, él es responsable, pero en el sentido de que debe responder de ello; tendrá que hacerse cargo y tomar los recaudos necesarios.

Frente a la culpa, y más si esta es injustificada, siempre cabe defenderse de ella; pero la mera defensa no la aplaca, la engorda y, lo que es peor, termina impulsando a la impotencia y, finalmente, a la depresión. Es esencial distinguir en la culpa el esbozo de responsabilidad que contiene y dirigir al paciente en ese sentido, pues la simple desculpabilización no suele tener los efectos esperados.

Francisco Gómez

Incrementando la sensación de soledad, de indefensión, de frustración que altera

el sistema vincular de la persona. Todos estos sentimientos nos provocan un estrés emocional. Si este estrés es continuado nos produce una alteración en el sistema inmunológico y como consecuencia pueden aparecer y aparecen enfermedades psicopatológicas, desde un catarro hasta un cáncer.

Sabemos que el miedo paraliza, cierra y tensa al individuo y todas sus fibras, reacción saludable narcisista (nos apartamos para cuidarnos). Si esta reacción persiste en el tiempo se convierte en una forma de “estar en la vida”; es decir lo que en un principio era saludable se transforma en una situación generadora de mayor angustia, mayor aislamiento, mayor soledad y mayor impotencia.

Àngel Martínez

Para contestar esta pregunta es necesario comenzar recordando que las personas somos seres fundamentalmente adaptativos. Reaccionamos ante el entorno y respondemos utilizando preferentemente alguna de las alternativas de que disponemos en nuestro repertorio de conducta para adecuarnos a las condiciones que impone el contexto, o bien para modificarlo, en función de nuestros intereses, aspiraciones y objetivos.

Como sabemos, en general las formas de respuesta se encuentran más o menos estandarizadas socialmente desde la infancia a través del sistema educativo y de las prácticas de crianza. Se incorporan y se establecen como programas que determinan nuestras capacidades de respuesta y determinan los límites de nuestra autonomía y capacidad de autogestión. Para que esto sea así es necesario que se mantengan unas condiciones mínimas que, de alguna manera, muestren que esas posibilidades de respuesta sean conocidas y aceptadas y, para

ello, han de haber demostrado su eficacia a lo largo del tiempo.

La situación socioeconómica está cuestionando la validez y utilidad del repertorio de respuestas. En el programa implantado a lo largo de décadas se habían planteado cuestiones del tipo de las siguientes: *si atiendes a tu educación y te esfuerzas en el trabajo obtendrás conocimientos y tendrás unos ingresos que te permitirán progresar social y profesionalmente, accederás a la propiedad de una vivienda, podrás hacer vacaciones, cambiarás de coche, podrás disponer de productos sofisticados de consumo, etc.* De alguna manera la promesa social implícita es: *si te adaptas a los requerimientos de la sociedad entonces no tendrás problemas especiales y podrás progresar casi indefinidamente.*

De esta forma la biografía puede anticiparse y ser planificada y, lo que es más importante, puede progresar hacia lo que la mayoría considera como mejores condiciones de vida para uno mismo y para los hijos.

La crisis rompe estos planteamientos. De esta manera algunos han hablado incluso de “fraude social” al no cumplirse las promesas que, puede que no se hicieran explícitamente por quienes disponían del poder social (político y financiero), pero que dejaron que prosperaran y que se instalaran en las mentes de las personas y en sus prácticas sociales, porque ello respondía a sus intereses.

Además, en la percepción de la gente, el *estado de bienestar* daba por resueltas algunas necesidades personales y sociales al haber generado dispositivos casi automáticos de respuesta a través de los diferentes sistemas de protección social: educación, sanidad, seguridad social y los servicios

sociales fundamentalmente. El cuestionamiento del alcance de estos dispositivos enfrenta a los individuos y colectivos más vulnerables ante la necesidad de generar alternativas, cuando no se había planteado la posibilidad de que esto pudiese ser algún día una exigencia imperativa.

La consecuencia de todo esto es estrés, ansiedad y depresión, y todo ello sobre un trasfondo importante de indefensión. Es decir, que cada vez más personas perciben que no son capaces de provocar lo que quieren que les ocurra, desapareciendo así la sensación de control sobre sus propias vidas.

Todavía mucha gente piensa que las cosas volverán a ser como fueron en un plazo relativamente corto. Así, se aplaza la decisión de asumir la necesidad de modificar las prácticas sociales y las estrategias de gestión personal. Es necesario que se entienda la necesidad de tener que afrontar situaciones inéditas y generar formas de resiliencia adecuadas a los nuevos condicionamientos sociales y ello ha de implicar, necesariamente, la emergencia y desarrollo de nuevas competencias de gestión personal y social.

Ximo Tárrega

Me es difícil aceptar las premisas en las que se plantea la pregunta. En realidad son dos preguntas, de las cuales la segunda se deriva de la primera y tal como están planteadas parece deducirse que se responderá afirmativamente a la primera cuestión. Sabemos por lógica simbólica que podemos llegar a conclusiones falsas si se parte de premisas falsas.

Por otra parte, la formulación pretende establecer una relación de causalidad casi mecánica entre la situación social y el in-

cremento de cuadros ansiosos o productos de estrés.

Lejos de mi formación como psicólogo clínico hacer tales razonamientos. Que nos enfrentemos a un cuadro ansioso y que al desplegar, para mejor comprender, la experiencia de esta persona nos encontremos que la situación socioeconómica le está afectando no nos autoriza a pasar del caso individual a la generalización.

Además la ansiedad, que a mi parecer está teniendo un uso abusivo hasta perder su estatus en la psicopatología, suele estar asociada a otros síntomas configurando síndromes como la depresión, las fobias, la paranoia, la experiencia obsesivo-compulsiva. También nos podemos preguntar si hay más obsesivos es estos momentos o más paranoicos. Porque dada la incertidumbre que puede provocar la actual situación perfectamente pueden surgir comportamientos tendentes a controlar y estructurar, tales como los obsesivos o los paranoicos.

Tampoco estoy de acuerdo en equiparar ansiedad, angustia y estrés pues para mí los dos primeros no son sinónimos del tercero, que es definido en relación a un sobre-esfuerzo a que ha sido sometido el organismo. En este sentido se dice "ha estado sometido a una situación estresante. Entiendo que son términos que están en boca de todos, pero me parece importante especificar su significado.

Donde hay desafío hay ansiedad, forma parte de la condición de libertad del ser humano. La persona sana soporta la excitación y la incertidumbre. Por tanto que la ansiedad-excitación que comporta toda nueva situación sea sana o patológica también depende de la predisposición de la persona aventurarse hacia lo desconocido o

querer aferrarse a un presente y un futuro controlable y predecible. La interrupción del statu quo, puede provocar miedo, interrupción y ansiedad si hay una rigidez neurótica de base.

Por tanto la persona puede deprimirse, obsesionarse, proyectar en los demás sus miedos, encerrarse en casa con agorafobia, o también puede mantener una posición de activa lucha, de movilización y de denuncia de esa situación. Establecidas estas salvedades, si doy por supuesto que la situación actual provoca algo, aunque no sepamos qué exactamente, puedo jugar a "experto" y decir que si la ansiedad es el resultado de la inhibición de la creatividad en el ser humano, y que aparece ante la incertidumbre y el miedo a lo desconocido, la actual situación tiene todas las cartas para que los fabricantes de ansiolíticos se hagan millonarios.

2.

Dado el progresivo aumento de la medicación como propuesta de solución para los malestares psíquicos y de la promoción de ese modelo desde la industria farmacéutica, en tu opinión, ¿Se puede considerar que los modelos terapéuticos basados en la palabra corren el riesgo de convertirse en meras terapias adaptativas?

Javier Frère

Lo primero que habría que decir es que los que se convierten irremediabilmente en una mera terapia adaptativa al sistema socio-económico -que apunta a convertir al trabajador y al ciudadano en la simple pieza de una maquinaria implacable- son los tratamientos que recurren a la medicación exclusivamente. Dicho esto, claro que los

tratamientos basados en la palabra también pueden recorrer ese camino; sobre todo si dejan de tener en cuenta a la palabra.

Todos sabemos lo importante que resulta una medicación en muchas circunstancias graves o urgentes, no es éste el lugar de explicitarlas. Pero suponer que todo trastorno del *espíritu* es consecuencia de un fallo en el funcionamiento neurológico es reducir al sujeto humano a una mera maquinaria bioquímica. Hipótesis que cuadra muy bien con la idea de que cualquier trastorno psicológico es un desperfecto que hay que arreglar de la *Máquina*.

No debería ser necesario aclarar que no estoy proponiendo el retorno al alma inmortal de las religiones. Al contrario, si hay algún lugar en el que el *espíritu* humano se muestra con mayor evidencia material, ése es la palabra. Porque el lenguaje es parte de la materia -como los números, por otra parte-, aunque carezca de sustancia.

La estructura del Lenguaje, que determina en el ser humano su relación al medio al suponer un determinado corte de lo real, impone una estructura lógica que -como el Lenguaje mismo- es exterior al organismo. Estableciendo así un “agujero” que sólo puede ser abordado por la relación al Otro; es decir: al vínculo social. Y éste, no sólo está mediado por la lengua, sino que, el primero y fundamental de los vínculos, la familia, supone ya una estructura lógica viviente, donde el sujeto debe encontrar su propia significación, lo que va a determinar su estructura psíquica.

El Sistema Nervioso humano es el único -hasta ahora- capaz de alojar la estructura compleja que representa un lenguaje que no se agota en la relación entre una palabra y una cosa -entre significante y significado-,

sino que requiere de la relación de una palabra con otra -de un significante con otro significante-; generando así efectos de sentido complejos (metáforas, chistes, poesía, etc.). Un lenguaje en el que siempre es posible decir otra cosa que la que se está diciendo.

De ahí que seguir la dirección que la palabra del sujeto nos señala, es la guía para no perderse en la travesía; será en el despliegue de su palabra donde escucharemos lo más sincero de sus circunstancias personales: sus miedos y sus deseos en el devenir de una existencia sujeta al sexo y a la muerte.

Esto no tiene nada de adaptativo, lo cual no quiere decir que el sujeto no vaya a tener que inscribir esa existencia propia en la estructura simbólica que supone el universo social e histórico que la haya tocado vivir.

Francisco Gómez

En un momento de crisis, el uso de fármacos es una salida momentánea. Enlazando con la respuesta anterior, desde la perspectiva del Análisis Bioenergético el uso de la palabra es solo una parte de la intervención psicoterapéutica que no está desgajada del trabajo corporal energético. Si la persona está contraída, pierde su fuerza y su confianza. Por lo tanto es desde el abordaje psicocorporal que fomentaremos y aumentaremos la creación de drogas endógenas y no exógenas (oxitocina, dopamina, serotonina y la hormona del crecimiento).

Trabajar con la palabra separada del cuerpo no es viable, porque lo que nos pasa nos pasa en el cuerpo (entendiendo este siempre como una unidad psicofísica).

Àngel Martínez

El aumento de la medicación, como estrategia de gestión del malestar psicológico,

se plantea a partir de tres tipos de factores:

En primer lugar el reduccionismo biologicista alentado por la industria farmacéutica.

En segundo lugar la búsqueda de una su- puesta eficiencia por parte de los dispositivos de atención en salud mental que se provoca a partir de que sea más sencillo centrarse en los síntomas y disponer de protocolos y estándares de tratamiento, muchas veces simplifica- dores de la realidad, antes que abordar la complejidad que generalmente sub- yace a las cuestiones vinculadas con la salud mental.

Por último hemos de considerar el desa- rrollo del hedonismo que se ha instala- do en el centro de los valores sociales y que busca eliminar, de forma siste- mática, cualquier tipo de malestar con el mínimo esfuerzo. Y en este aspecto, indudablemente, resulta más fácil ac- ceder a un fármaco que iniciar un pro- ceso de cambio personal que suponga una implicación activa y en ocasiones incómoda.

De esta forma podemos entender que, de manera general, los modelos terapéuticos basados en la palabra tenderán a segmen- tarse y a encontrar su lugar teniendo en cuenta tres tipos de prácticas de atención psicológica:

1.- Se ampliará su uso para situaciones no catalogadas formalmente como psi- copatológicas, y que se vinculan a cri- sis biográficas y al apoyo psicológico en los procesos de toma de decisiones en determinados momentos de la vida de personas y familias.

2.- En los casos de atención psicológica de trastornos formalmente diagnostica- dos que han de ser tratados desde dispo- sitivos formales de asistencia sanitaria se tenderá al abordaje farmacológico y se planteará la intervención psicológi- ca como complementaria. En los casos en que la intervención psicológica sea claramente prioritaria, porque los estu- dios de eficacia resulten incontestables, se planteará en formatos de tratamiento muy estandarizados, tanto en lo que se refiere a las técnicas como en cuanto al número de sesiones que se puedan uti- lizar. En esta línea ya están yendo mu- chas compañías de seguros.

3.- Finalmente, la utilización de metodo- logías basadas en la palabra, en forma- tos más tradicionales, quedará relegada a un número relativamente reducido de persona y colectivos sociales con un nivel cultural superior a la media, en el contexto de cierto ámbito de exclu- sividad, y en dispositivos de atención psicológica privados.

Naturalmente que los dos primeros tipos de prácticas son meramente adaptativos y precisamente por ello son potenciadas des- de las diferentes instancias de poder social.

Ximo Tárrega

No estoy de acuerdo con la formulación de la pregunta pues a mi parecer, da por sentadas determinadas cosas. Por ejemplo, da por sentado que la gente ahora se medica más que antes en detrimento de otros reme- dios. Es un punto de vista.

También podemos considerar que la gente que ahora utiliza los servicios de los psi- cólogos ha aumentado enormemente res- pecto al pasado. Es decir, probablemente, si

consideramos la gente que hace años usaba medicamentos para resolver sus males físicos o psicológicos y la gente que utilizaba un servicio psicológico y lo comparamos con la situación actual, saldría beneficiada nuestra profesión y otras profesiones de ayuda que antes la gente no utilizaba, porque simplemente no estaban implantadas. Cuando yo me licencié, en el año 1980 sólo un 0,11% de los Licenciados en Psicología se dedicaba a la clínica, no había Gabinetes Psicopedagógicos municipales, ni servicios multidisciplinares. Creo que hemos avanzado mucho en ese terreno, aunque aún nos quede por avanzar.

Tampoco estoy de acuerdo con que las terapias de la palabra se consideren meramente adaptativas.

Si hay algo que busca la adaptación para su rápida inserción en el mundo laboral esos son los medicamentos. No hay más que prestar atención a la publicidad de determinados medicamentos, en los que se sugiere la toma de tal o cual compuesto para que la persona pueda seguir con su vida. Algunos de ellos me resultan preocupantes, ya que parecen no plantearse que quizá lo más saludable sea parar y no el seguir activos. Tengo en alta estima a nuestra profesión y considero que hacemos algo más que adaptar a la gente. La palabra es esencial en el ser humano y a través de ella podemos comunicar a otro no sólo nuestros pensamientos, sino también nuestros afectos. Para filósofos como Wittgenstein, Ricoeur o Gadamer el acento se pone en el lenguaje. “Los límites de nuestro lenguaje aportan los límites de nuestro mundo” escribía Wittgenstein. Además aconsejaba que para entender a alguien no hay que quedarse fijado en el significante, ni presuponer que por utilizar un mismo idioma lo entende-

mos, sino que deberemos explorar el significado que la persona da a su experiencia al utilizar tal palabra y no otra. Y que ese significado además de ser subjetivo será provisional, sólo será válido para ese momento concreto. Como escribía Otto Rank para cada paciente singular hemos de construir una terapia a su medida.

Giovanni Jervis, antipsiquiatra italiano, escribía que el “*objetivo de la terapia era encontrar el sentido del aparente sinsentido y el sinsentido de lo que parece tener sentido*”. Encuentro en esta definición un germen revolucionario y no meramente adaptativo, porque invita a cuestionarse las cosas más allá de sus apariencias. Para mi ser psicoterapeuta significa contribuir al cuestionamiento permanente, a ampliar la visión de la realidad y aceptar que no hay una realidad estable a la que adaptarse, sino más bien flexibilizar mi visión del ser humano y del mundo, aceptando que lo que consideramos real es provisorio y en continuo cambio.

3.

Dadas la rapidez y transversalidad del cambio de valores y modelos sociales, y sin menospreciar el riesgo de fuga de los tratamientos psicológicos hacia una pseudo-espiritualidad, según tu criterio, ¿Muestran las teorías clásicas que son suficientes para abordar dichos avatares, o precisaríamos algún avance o cambio en dichos modelos teóricos?

Javier Frère

La pregunta es compleja. Habría que saber qué quiere decirse con teorías clásicas. Pero yo diría que las teorías están siempre en una posición de insuficiencia, más cuando se trata del ser humano. Por eso tie-

nen siempre que avanzar y cambiar. Pero, ¿cómo afectan las transformaciones de los valores y los modelos sociales a la estructura psíquica? Para mi gusto es una pregunta muy difícil.

Para empezar, podría decirse que “valores y modelos” apunta al acervo de los Ideales de las personas. Pero, ¿cómo afecta el modo de producción y reproducción sociales a la estructura psíquica? Pues éste es mucho más inconsciente que el campo de los Ideales.

Un buen trabajo terapéutico producirá la caída de los Ideales, es decir: su localización en un *más allá*. Entre los Ideales puede haber diferencias, de hecho nuestra sociedad moderna ha conseguido que una cierta multiplicidad de Ideales hayan..., bueno, convivido. Claro está, en un equilibrio siempre precario que la crisis vuelve a poner sobre el tapete.

Pero el modo de producción es algo que se da por supuesto, son las reglas del juego; en ese sentido son mucho menos conscientes. ¿Cómo nos afecta un sistema que requiere convertir toda producción humana en una mercancía?, ¿no nos transforma a nosotros mismos en una mercancía? El valor preeminente es el valor dinerario, ése es un valor compartido. Vale lo que se pague por ello; y más allá de ideales más o menos melifluos, todo el mundo cree en él.

Quizás por eso sí haya un riesgo de caer en esa “pseudo-espiritualidad” de la que habla la pregunta. Es el riesgo de caer en una posición histérica (en el sentido que el Psicoanálisis le da), naíf sin duda, al menos en la medida en que no se haga cargo de su participación en lo que denuncia. Pero también es expresión de una verdad que es más difícil de reconocer y de explicar: pre-

cisamente esta reducción de todo valor al de compra-venta.

El problema de la intervención del dinero en los intercambios humanos es delicado. El dinero agiliza y permite una multiplicidad compleja de intercambios que es esencial para el funcionamiento de la economía, nuestras consultas no están fuera de ese intercambio. El problema aparece cuando el sujeto pretende pagar lo que no puede -ni debe- ser pagado con dinero: lo que hay que pagar con palabras, pero con palabras que cuestan. O con presencia, pero presencias que cuestan. Ese coste, que no es en papel moneda, es el que queda oculto -pero vivo- en la mercantilización de la vida cotidiana.

De todas maneras, tengo la impresión de que la actual Crisis, que motiva también este cuestionario, tiene todavía cosas que decirnos en el campo de las transformaciones de los valores y los modelos; sobre dónde han ido a parar ciertos valores y modelos que han sido hasta ahora insidiosamente dominantes.

Francisco Gómez

Desde nuestra óptica nos abrimos para ir incorporando nuevas investigaciones, nuevas formas, de manera que podamos escuchar la demanda del entorno y poder comprender y responder a una realidad cambiante día a día. Si estamos hablando de expandirnos y flexibilizarnos (para contrarrestar los efectos de ese miedo del que hablábamos) eso también hace referencia a la manera de estar disponibles para la incorporación de otros conocimientos sin perder la propia identidad de cada modelo psicoterapéutico.

Quizá esa vuelta a la “pseudo-espiritualidad sea una reacción de la persona a las angustias dominantes como herramienta

más fácil para manejar su incertidumbre colocando la solución en manos de un ser superior (religiones) desconfiando de la propia capacidad para enfrentarlos. Es desde el enfoque psicoterapéutico desde donde debemos trabajar con la persona para que descubra, desarrolle y ponga en marcha sus propios recursos sin invalidar otros apoyos.

Àngel Martínez

La psicología camina inevitablemente hacia la integración. Esto constituye un hecho que cada vez presenta menos dudas para quien trabaja a pie de obra. Las diferentes escuelas en psicología se diferenciaron porque se plantearon preguntas diferentes. En estos momentos, cuando se reformulan las preguntas, se hace más posible que converjan las respuestas.

Entiendo que las teorías clásicas presentan en estos momentos dos focos de riesgo:

Por una parte, efectivamente, la pseudo-espiritualidad, que se ha señalado, que permite la incorporación de para-profesionales (mejor pseudo-profesionales) de la psicología que prometen abordar problemas psicológicos complejos con fórmulas simplificadoras, y por tanto falsas y fraudulentas. Podemos decir que el “mercado” de la atención psicológica se está abriendo para incorporar personas sin preparación que, sin embargo, generan expectativas que en muchas ocasiones superan a las de los profesionales de la psicología.

El segundo factor de riesgo es el biologicismo creciente en el que vive la psicología. Es cierto e innegable que las neurociencias han revolucionado el saber psicológico, pero en ningún caso pueden sustituirlo. Hemos de en-

contrar la manera de que la psicología y la neurociencia se realimenten entre sí como disciplinas científicas que son. Pero caeríamos en el más absurdo de los reduccionismos si cada una de ellas niega a la otra.

Ha de repetirse que los planteamientos de futuro pasan por la integración de los modelos y por la integración también de las neurociencias en el conjunto del saber psicológico disponible. No se trata sólo de una cuestión de eficacia sino también de honra- dez científica y profesional.

Ximo Tárrega

Ya me gustaría aceptar que hay cambios, aparentemente los hay y rápidos: nuevos modelos de pareja y familia, relaciones a través de las redes sociales, acceso a la información de forma rápida e inmediata. Pero hay cosas de fondo que no han cambiado como me gustaría: la desigualdad mujer-hombre sigue persistiendo y es más generalizada de lo que en círculos progresistas se piensa; la diferencia de clases permanece si no se acentúa; la opresión social en cualquiera de sus manifestaciones puebla las noticias; el ecologismo no se instaura como sería deseable; el individualismo prevalece como modelo no sólo en lo social sino en los acercamientos psicológicos. Pueden cambiar los modelos de relación pero en el fondo sigo viendo luchas de poder, opresión, abuso de la fuerza, incomunicación, soledad... Eternos temas de la humanidad. ¿Qué es por tanto lo que está cambiando?

Decimos ¿qué hacemos frente al auge de Internet? ¿se puede hacer terapia on-line?, y cosas por el estilo, pero desde mi punto de vista los temas que han preocupado siempre al ser humano están aquí, la diferencia

es que ahora con el acceso a la información se saben cosas por todo el mundo que antes no se sabían, al mismo tiempo abre otras formas de relación terapéutica que hasta ahora no habíamos contemplado. ¿Pero eso hace que existan nuevas realidades?

Ahora bien, creo que los modelos psicológicos como teorías que son, surgen en momentos históricos concretos y que si han de ser útiles han de estar en continuo cambio porque las ortodoxias son peligrosas en cualquier ámbito, pues no dejan lugar a la diversidad y pluralidad.

No se a qué teorías clásicas se refiere la pregunta, quizás se refiera al primer psicoanálisis o el primer conductismo y tal vez en ese sentido tenga razón. Pero yo prefiero contemplar el cambio que percibo a mi alrededor. Hasta donde llegan mis conocimientos he visto cambios que van desde el conductismo, al cognitivismo hasta llegar al constructivismo y el construccionismo social. Del lado del psicoanálisis, han ido apareciendo a lo largo de los cincuenta últimos años, el psicoanálisis intersubjetivo el psicoanálisis relacional, los aportes del Nicolas Abraham y María Torok en Francia, por citar algunos. Veo en todos estos movimientos un cuestionamiento de “lo que es real”, y un acercamiento hacia la consideración del individuo relacionado con su entorno. También en filosofía, las neurociencias y la neuropsicología. Me parece que hay un cambio desde un paradigma objetivista e individualista hacia una noción de comunidad, de interdependencia del saber, lo que se ha dado en llamar el posmodernismo que subraya la evolución de los contextos.

Después de haber respondido de manera general a preguntas generales, hablemos de algunos principios del paradigma en el que

trabajo, la Terapia Gestalt, pues creo que muestra un acercamiento hacia el ser humano y lo psicológico que evoluciona continuamente. Nuestro self no es una cosa, nuestro Ello, Personalidad y Yo, no son instancias psíquicas, son funciones de lo que llamamos el campo organismo entorno.

La Terapia Gestalt ha desarrollado las ideas de John Dewey y Erwin Strauss a propósito de la experiencia, así como las ideas de campo introducidas en Ciencias Sociales por Kurt Lewin, que nos dice que el principio organizador del campo pertenece y está influido por el campo en el que se encuentra. De un plumazo la supuesta objetividad del observador desaparece, como ha mostrado la física cuántica. Decimos pues que la situación nos crea, a mí y al otro, a la vez yo soy creador de la situación y del otro, del mismo modo que el otro me crea y crea la situación. Como veis, desde este punto de vista, el significado de un hecho depende de la totalidad de hechos coexistentes. Este principio introduce necesariamente la adaptación a las nuevas y cambiantes circunstancias.

Dice la teoría de campo que la experiencia es provisional y cambiante, lo que concuerda con otros avances. Así, sabemos que el concepto de *Homeostasis* como equilibrio estable al que tender, que ha prevalecido durante años, ha sido enriquecido por el concepto de *Alostasis* que habla de equilibrios momentáneos a los que sucede un nuevo desequilibrio. Es decir, la experiencia, incluida la enfermedad cambia permanentemente y evoluciona.

Otro principio dice que la experiencia es singular, que cada situación es única y que las generalizaciones pueden resultar sospechosas, retomando las palabras de Otto Rank, la terapia no puede ser ideológica,

donde hacemos que el paciente entre con calzador en nuestra teoría, la terapia al contemplar lo singular se vuelve verdaderamente dinámica.

Según el principio de contemporaneidad, nuestro famoso *aquí y ahora*, la experiencia presente es la que tiene sentido y me lleva hacia el después. No estamos tan interesados en la repetición del pasado como en la creación, para ello consideramos que la situación paciente terapeuta es única, real y que nos determina, nos crea y que somos co-creadores de esa situación. Es un nuevo enfoque que no pone el acento en lo ya constituido sino en el proceso de construcción de nuestra existencia. Erwin Strauss dirá “la experiencia es sinónimo de experiencia-del-mundo y de experiencia-de-uno-mismo-en-el-mundo. Está orientada en dirección al otro; pero solamente se tiene la experiencia del otro con relación a uno mismo, y viceversa. Esta relación no es un compuesto de dos partes el Yo y el Mundo, sino que existe como un todo”. Creo que esta definición nos protege de quedarnos anclados y permite asumir los cambios sociales.

Por último está el principio de posible relación pertinente, del que se deduce que nada del campo de la experiencia puede ser excluido a priori como no pertinente. Como señala Watzlawick, es imposible no comunicar.

Como se puede deducir de mi respuesta estoy convencido de la evolución de todas las corrientes, desde sus inicios. Evolución que converge, desde distintos enfoques, hacia una consideración del individuo en su entorno.

Podemos mejorar nuestras habilidades cognitivas. Esta es la idea básica que subyace al desarrollo del libro *Mantener la mente activa*. Con una sencilla comparación con la musculatura humana, Terry Horne, Simon Wooton y Susan Greenfield, transmiten a sus lectores que la mente también es ‘entrenable’ si aprendemos cómo hacerlo. Sin embargo, esta concepción no sólo se transmite mediante metáforas simples, sino que, de una forma sencilla, los autores dedican un capítulo a describirnos los entresijos de nuestro cerebro, desde un punto de vista marcadamente neuroquímico.

Una vez aclarado el fundamento teórico de la plasticidad neuronal, el manual se compone de una serie de recomendaciones y ejercicios divididos en tres grandes bloques, según el lugar donde podemos desarrollarlos: casa, trabajo y juego.

En nuestra casa es donde habitualmente nos alimentamos; así que, dentro del bloque del hogar se incluyen unos interesantes textos sobre la influencia de la alimentación en nuestra cognición, y algunas estrategias para adecuar nuestra dieta a sus necesidades. Se enlaza este aspecto con la importancia del ejercicio físico y de la relajación. Los autores acaban este primer bloque analizando otro tipo de conductas ‘domésticas’ que colaboran al buen (o mal) funcionamiento de nuestras neuronas: el sueño; el consumo de alcohol, caféina, tabaco, chocolate y drogas; y el sexo.

Se proponen a continuación algunas actividades que podemos realizar en nuestro entorno más cercano para gestionar nuestro estado de ánimo, mejorar la memoria o desarrollar nuestra inteligencia.

El siguiente bloque se dedica al día a día laboral. El trabajo es un entorno ideal para entrenar habilidades como el pensamiento crítico, el razonamiento numérico o la gestión del tiempo. Sin embargo, también para lidiar con estímulos distractores y destructores como las nuevas tecnologías, la luz artificial, o el cansancio visual.

Mantener la mente activa Retos para nuestro cerebro



Terry Horne, Simon Wooton y Susan Greenfield.
Ediciones Pirámide

Y por último: el juego. ¿Cómo podemos disfrutar de nuestro ocio fortaleciendo nuestro cerebro? Desde el libro se nos ofrecen una gran cantidad de actividades y dinámicas entretenidas para poner en práctica el pensamiento visual, el pensamiento creativo y el pensamiento en voz alta, durante nuestro tiempo libre.

Los autores acaban con un interesante capítulo en el que se adentran en terrenos menos conocidos, acercándonos con un ameno lenguaje, la relación entre cognición y conceptos como ‘ser buena persona’, la corrupción, la justicia social, la inocencia de los niños o la neurociencia de las buenas intenciones.

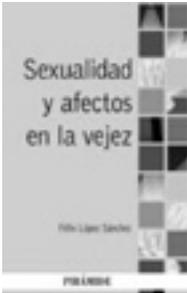
Un interesante manual para todo aquel que quiera mantener su mente activa o enseñar a otros cómo hacerlo. La distinta orientación de cada uno de los autores (expertos en estrategias de pensamiento y neurocientíficos) da al libro un perfecto equilibrio entre teoría y práctica.

Por Patricia Esteban y Victoria García

Envejecimiento Activo

SEXUALIDAD Y AFECTOS EN LA VEJEZ

Félix López Sánchez (Madrid, 2012. Ed. Pirámide)



El Catedrático de Psicología de la Sexualidad, Félix López Sánchez, mediante esta obra, pretende ayudar a las personas mayores a conocer, comprender y manejar con inteligencia emocional los cambios fisiológicos, afectivos, mentales y comportamentales que afectan a su biografía sexual y amorosa.

El autor, rechaza el modelo represivo que niega el derecho de las personas mayores a vivir la sexualidad y los afectos amorosos, pero también el modelo que prescribe la obligación de tener determinadas actividades sexuales. En este libro se ofrecen conocimientos que ayudarán a cada persona a convertirse en el guionista y actor principal de su biografía sexual y amorosa, animándola a responsabilizarse de su propio bienestar y el de su pareja y, en definitiva, a vivir la madurez y la vejez de forma activa y positiva.

MANTENERSE JOVEN NO ES CUESTIÓN DE EDAD

Olivier De Ladoucette (Barcelona, 2011. Ed. Paidós Ibérica)



En este libro, el psiquiatra y gerontólogo Olivier de Ladoucette, nos demuestra que mantenerse joven es, ante todo, cuestión de mentalidad, de no dejarnos llevar por las creencias que identifican el paso de los años con la senectud.

El autor nos revela las muchas vías de que disponemos para envejecer mejor: Cultivar la memoria, la inteligencia, la vida relacional y afectiva, la sexualidad, la creatividad, la espiritualidad, la autoestima, el optimismo, cuidar la salud del cerebro, etc.

Esta obra contiene, además, numerosos consejos, tests, ejercicios y todas aquellas actitudes positivas que deben desarrollarse para aprovechar plenamente el futuro.

EL ARTE DE ENVEJECER. Guía práctica para mayores felices

Isabel Agüera (Córdoba, 2012. Ed. Almuzara)



Según la escritora e investigadora de temas educativos Isabel Agüera, “No se es viejo por la presencia de achaques (que a veces se dan también a edades tempranas), sino por una actitud derrotista ante la vida, carente de estímulos e ilusiones”.

En este manual, la autora nos revela cómo es posible armonizar los rigores de una edad más o menos avanzada, con un espíritu capaz de asumir nuevos retos, nuevas metas. El secreto para lograrlo, radica en la capacidad que tengamos para inventar, para crear y forjar proyectos cada día, para darles cuerda y descubrir que nuestra disposición es la clave de todo.

Esta obra pretende ayudarnos a descubrir las claves para sortear las limitaciones y ensanchar hasta extremos que desconocíamos nuestro horizonte vital.

Envejecimiento Activo

SALUD PARA TU CEREBRO. Un programa de prevención del Alzheimer

Gary Small y Gigi Vorgan. (Barcelona, 2012. Ed. Paidós Ibérica)



En la actualidad la única forma de actuar contra la enfermedad de Alzheimer es la prevención. En esta obra, el director del UCLA Longevity Center y profesor de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta y Gary Small y su esposa, nos presentan un plan semanal de prevención del Alzheimer, tomando como referencia los últimos descubrimientos científicos sobre la enfermedad y las evidencias que demuestran la relación entre el estilo de vida y la probabilidad de padecer la enfermedad. El plan que propone el autor se inicia con una serie de tests para valorar nuestros hábitos y estilo de vida (nuestra memoria, estado físico, dieta y nivel de estrés), y a continuación explica y aporta recomendaciones sobre cómo mejorar nuestra salud cerebral mediante el desarrollo de nuestra memoria, la práctica del ejercicio físico, una dieta sana, juegos para entrenar la mente y fórmulas para reducir el estrés a la vez que fortalecemos nuestras neuronas.

GUÍA ESENCIAL DE PSICOGERIATRÍA – Varios autores

(Madrid, 2011. Ed. Panamericana)

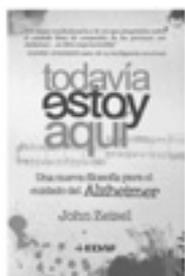


En este nuevo milenio nos hemos acostumbrado a tener, aparentemente, todo el conocimiento del mundo al alcance de un clic de ratón. A la vez, nuestra civilización se abre paso lenta y progresivamente hacia una sociedad longeva. Las múltiples necesidades que este nuevo panorama social está generando, no parecen estar muy claras.

La Psicogeriatría se convierte en el nexo de convergencia en este campo multidisciplinar. Esta guía, proporciona todo el conocimiento esencial para una mejor atención de nuestros mayores, en el ámbito especialmente relevante de su salud mental; garantizándole la mejor atención desde la exploración clínica hasta la atención de urgencia.

TODAVÍA ESTOY AQUÍ: Una nueva filosofía para el cuidado del Alzheimer

John Zeisel. (Madrid, 2011. Ed. Edaf)



El Doctor en sociología John Zeisel, presidente y cofundador de la institución Hearthstone Alzheimer Care, ofrece mediante esta obra, una visión positiva y esperanzadora sobre la enfermedad del Alzheimer y se centra en la conexión con las personas que padecen esta enfermedad, a través de las capacidades que no se ven mermadas con el tiempo, por ejemplo la respuesta a la música, el arte, las expresiones faciales y el contacto.

El autor, nos enseña que las personas con esta enfermedad son muy creativas y demuestran una poderosa inteligencia emocional. Aprovechando estas habilidades y utilizando ciertas estrategias probadas, los cuidadores pueden forjar una nueva relación que se mantendrá durante todo el progreso de la enfermedad.

Informació Psicològica acceptarà para su publicación trabajos de orientación científico-profesional en los diversos ámbitos de aplicación de la Psicología.

trabajos originales

Todos los artículos deberán ser inéditos.

El autor cede los derechos de publicación a *Informació Psicològica*, indicando expresamente que el trabajo no ha sido enviado a otras publicaciones.

El idioma de los artículos será en una de las lenguas oficiales de la CV o en inglés.

Los originales se remitirán a la Secretaría de Redacción en formato electrónico con letra Times New Roman a doble espacio, tamaño 12, por una sola cara y en formato DIN A-4, numerados en el ángulo superior derecho.

Su extensión no excederá de 18 páginas y se admitirán hasta seis figuras y seis tablas.

En la primera página se indicará: título del artículo, nombre y apellidos de los autores, nombre completo del centro y dirección del mismo, así como la dirección para la correspondencia.

Se podrán presentar un máximo de seis gráficas en tinta negra (formato 9x12 o múltiplo) numeradas como figuras.

Se incluirá el título, un resumen y palabras clave en el idioma del artículo y en inglés.

Las referencias bibliográficas, las citas de libros, artículos y páginas web seguirán las normas internacionales de la APA. Ejemplos:

Bayes, R. (2001) *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.

Calvete, E. y Villa, A. (2000) Burnout y síntomas psicológicos. Modelo de medida y relaciones estructurales. *Ansiedad y Estrés*, 6 (1), 117-130.

Burns, L.H. (1999) Sexual Counseling and Infertility. En L. H. Burns (Ed) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Publishing Group.

Alizade, A. M. (2006) *El final del complejo de Edipo en la mujer (de la duplicación a la individuación)*

Recuperado el 15 de febrero de 2006, de www.psicomundo.com/foros/genero/edipo.htm

Por su parte, en la sección Praxis tienen cabida un rango heterogéneo de trabajos como son: casos clínicos específicos, exposición de técnicas terapéuticas, descripción de métodos de trabajo, revisión de prácticas clínicas e incluso otros contenidos que tengan como finalidad comunicar un saber práctico o aplicado.

artículos breves

En esta sección se publican artículos que presenten resultados originales preliminares o parciales sobre trabajos de investigación, experiencias piloto, programas preventivos o comunitarios, series clínicas de suficiente interés, etc. y que requieran de una rápida difusión.

El artículo deberá ser comprensible en su totalidad sin necesidad de tener que recurrir a otras fuentes.

La presentación deberá cumplir con las mismas normas de contenido y con el estándar de rigor científico de los trabajos de mayor extensión. Se seguirán las normas de publicación generales de la Revista, salvo que la extensión será de aproximadamente 6/8 hojas, dos cuadros o figuras, un resumen no mayor de 100 palabras y un máximo de 10 citas bibliográficas.

proceso de aceptación de los originales

La Revista sigue un proceso de evaluación acreditado y regular con cada trabajo que llega a la redacción –evaluación por pares (externos y anónimos)-. Los evaluadores son miembros del Comité Editorial, expertos en el tema tratado e independientes, que emiten su revisión sobre el estado del trabajo mediante un protocolo de actuación. Finalmente, la Dirección de la Revista juzga sobre la conveniencia de su publicación, propuesta de modificación o, en su caso, rechazo del original, lo cual es comunicado al autor/es por escrito.

Si el trabajo es aceptado para su publicación, los derechos de impresión y reproducción por cualquier forma y medio son del editor, aunque se atenderá cualquier petición razonable por parte del autor para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones.

Los originales se remitirán a la Secretaria de Redacción de la revista *Informació Psicològica*: Col.legi Oficial de Psicòlegs. c/Comte d'Olocau, 1. 46003 Valencia o a la dirección electrónica: revistaip@cop-cv.es

crítica de artículos, revistas y libros

La Revista publicará reseña crítica de los libros recibidos que considere oportunos.

Una vez publicada la crítica se enviará ejemplar de la misma al autor o dirección de la editorial.

informació
psicològica



Col·legi Oficial de Psicòlegs
Comunitat Valenciana

www.informaciopsicologica.info