

ADAPTACIÓN POSITIVA EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

Adelia de Miguel Negredo

Facultad de Psicología
Universidad de La laguna

RESUMEN

La autora plantea que la última etapa del ciclo vital de los seres humanos no debe interpretarse como involutiva. Posteriormente expone una serie de mitos y modelos que explican el proceso de envejecimiento. Finalmente se plantea el concepto de envejecimiento satisfactorio y concluye con algunas propuestas de actuación personal, social y profesional que faciliten el proceso de adaptación al envejecimiento.

ABSTRACT

The author considers that the last period of the vital cycle of human beings must not be interpreted as involutinal. Subsequently she states a series of myths and models that explain the process of aging. Finally it is considered the concept of satisfactory aging, and concludes with some offers of personal, social and professional performance that facilitate the process of adaptation to aging.

1. ¡...QUE VIENE LA VEJEZ!: MITOS Y CONFUSIONES

Los países occidentales, y entre ellos España, nos encontramos en un momento cultural, político y económico considerado por diferentes sectores, como mucho más que preocupante. Hasta la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, realizada en abril de 2002 en Madrid, se hizo, obviamente, eco de tal preocupación. Pero más preocupante es que la atención principal se sitúa en el estudio de las consecuencias económicas y políticas que va a suponer el envejecimiento de la población de los países del tercer y cuarto mundo: mayor empobrecimiento de estos países, olas migratorias hacia los países del

primer y segundo mundo, generación de nuevos brotes xenófobos, graves problemas de convivencia de diferentes culturas, etc. Es relativamente poca la atención que se presta a las condiciones cotidianas de los ancianos, desde estamentos tal altos como la ONU o incluso los propios gobiernos estatales o autonómicos, en España en concreto.

Tal vez, una de las causas de esta laguna atencional radique, en primer lugar, en la existencia de una serie de sesgos, a la hora de entender a la población anciana, el proceso de envejecimiento y la vejez, compartidos por diferentes grupos dentro de una misma cultura.

El objetivo principal de las líneas que siguen es realizar unas cuantas disertaciones que permitan tener una visión amplia de la complejidad y falta de homogeneidad de la población envejecida/vieja. A partir de la lectura de una parte de (porque no se puede tener acceso a toda) la bibliografía en el campo del envejecimiento y de algunas reflexiones de la autora, se propone que existe implícita y explícitamente una serie de confusiones y mitos sobre la vejez y los “ancianos” que deben aclararse, o al menos, comentarse. Quienes trabajan con esta población deberían tenerlas en consideración; y, si no aceptarlas a pie juntillas, sí al menos tomarlas como tema de reflexión, crítica y propuesta de alternativas de acción.

Las confusiones-mitos a las que prestaremos atención son:

1. Los ancianos conforman un grupo homogéneo
2. Los ancianos son los depositarios del conocimiento y la sabiduría
3. Los ancianos generalmente están solos o aislados, están enfermos, son frágiles, dependen de los otros y tienen graves deterioros cognitivos
4. Los ancianos están deprimidos y, con la edad, llegan a ser más difíciles y rígidos
5. Los ancianos apenas afrontan los deterioros inevitables que están asociados al envejecimiento.

1.1. LOS ANCIANOS CONFORMAN UN GRUPO HOMOGÉNEO

Es de sobra conocido que la población mundial se está envejeciendo. Según el *International Plan of Action on Ageing*, elaborado por la ONU en 1982, se preveía que el índice de envejecimiento de los países desarrollados pasara, de un 15% experimentado en 1975, a un 23% para el año 2025; y para los países en vías de desarrollo, se pasa de un 6% en 1975, a un 12% en 2025. Teniendo en cuenta que, cuando este índice supera el 15%, se entiende que la población está muy envejecida, y envejecida si varía entre 11% y 14%, las expectativas para un futuro inmediato son claramente de una población mundial envejecida, con mucho tiempo que vivir todavía, tras la llegada a la fatídica

edad de 60-65 años. Estas cifras se han modificado un poco hacia un futuro más envejecido, según la II Asamblea Mundial del Envejecimiento. Concretamente, la transformación demográfica del planeta se espera que suponga el paso de 600 millones de “personas de edad” en la actualidad, a casi 2000 millones en el año 2050, de modo que antes de que llegue el año 2050, en la Tierra habrá más personas de 60 y más años que personas menores de 15. Globalmente, la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará entre 2000 y 2050, exactamente se pasará de un 10 a un 21%, mientras que la proporción de niños se prevé que disminuya un tercio, pasando de un 30 a un 21%.

Respecto al género de esa población anciana, las ratios “mujeres:hombres” previstas para el año 2025 son las siguientes: en los países desarrollados 100:53 con 80 y más años, y 100:78 con 60-69 años; para los países en vías de desarrollo, las ratios, respectivamente, serán 100:78 y 100:96. Se observa que hay una clara influencia del tipo de país en el índice de mortalidad: en proporción fallecen menos hombres en los países en vías de desarrollo, que en los países desarrollados. España, según el INE (2000), las ratios son 100:88 para 60-69 años, y 100:34 para 80 y más años. En nuestro país, la mortalidad de los hombres es un poco mayor que en el resto de países occidentales, siendo la esperanza de vida de 81.9 años para las mujeres españolas y para los hombres de 74.9 años. En comparación con los países que conforman la Unión Europea, España es el país con mayor esperanza de vida para las mujeres (Dinamarca es el último, con una esperanza de 78.4 años), y el tercero, de un total de 15 países, en la esperanza de vida para los hombres (Portugal es el último, con 71.6 años de esperanza de vida).

Con este volumen de población, no parece muy acertado afirmar que los ancianos conforman un grupo homogéneo, compartiendo muchas similitudes. Más bien al contrario, las diferencias individuales psicológicas, biológicas y sociales existentes en las otras etapas del ciclo vital, deben mantenerse al llegar esta última, determinadas por multitud de factores: desde el género y la edad cronológica comentados más arriba, hasta los ingresos que tienen, pasando por el efecto cohorte y la salud física. Por ejemplo, a nivel nacional, en el año 2000, había 7.966.899 personas que cobraban una pensión (incluyendo todos los tipos de pensión); pero también entonces había, en España, 9.249.170 personas con 60 y más años (INE, 2000). Claramente, no todos los ancianos tenían ingresos económicos procedentes del Estado; por lo tanto, no hay similitud en esta variable. Se puede prever que tampoco habrá similitud en las consecuencias sobre el bienestar psicológico, económico y social de estas personas.

Un ejemplo del efecto de cohorte que nos debe poner alerta a la hora de afirmar la homogeneidad en el grupo de ancianos, puede ser el siguiente. Poniendo como circunstancias sociales de impacto en el desarrollo psicológico la guerra civil española, los ancianos que en 2002 tienen 65 años nacieron

durante ese conflicto bélico; quienes tienen 75 años, la vivieron y ni comieron bien ni asistieron al colegio durante esos años; y los que tienen 85 años lucharon en ella o eran novias-esposas de soldados. Huelga decir que aquellos acontecimientos debieron tener repercusiones diferentes en los diferentes grupos de los ancianos de hoy, tanto en el aspecto cognitivo, como en el afectivo-temperamental y el socio-laboral-actitudinal.

Sirvan las variables demográficas anteriores (tamaño de la población, género, ingresos económicos y fecha de nacimiento-cohorte) como ejemplo, muy simplón si se quiere, de las muchas características que hacen de la población anciana un grupo heterogéneo. Antes de diseñar y poner en práctica programas de evaluación e intervención con ancianos, de una manera “protocolizada”, para todos por igual, deberíamos aceptar que, por llegar a viejos, no perdemos nuestra individualidad; seguimos teniendo capacidades, necesidades y deseos diferentes. También la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento apunta como primicia, en el borrador del *International Plan of Action on Ageing 2002*, la siguiente afirmación entresacada del punto 12: “... reconociendo que las personas mayores no son un grupo homogéneo” (ONU, 2002). Los siguientes párrafos apuntan algunos puntos más de heterogeneidad.

1.2. LOS ANCIANOS SON LOS DEPOSITARIOS DEL CONOCIMIENTO Y LA SABIDURÍA

La Organización de Naciones Unidas (ONU) convocó la *Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento* que tuvo lugar en Viena en 1982, desde el 26 de julio hasta el 6 de agosto. Uno de los motivos que inspiraron la reunión era que los ancianos son una fuente humana valiosa para los campos económico y social y para la transmisión de la herencia cultural (resolución 36/30 del 13 de noviembre de 1981, 57 reunión plenaria de la ONU). En aquella asamblea se gestó y elaboró el *Plan Internacional de Actuación sobre el Envejecimiento de Viena*, en el que se pide a los gobiernos y sociedad civil en general que, entre otras cosas, se atiendan las necesidades de dependencia de las personas de edad, incluyendo 62 recomendaciones para la realización de investigaciones, recogida de datos y análisis, entrenamiento y educación. Las recomendaciones 44-51 se referían a la educación, tanto para que los ancianos puedan transmitir sus conocimientos como para que ellos mismos puedan estudiar. A pesar de esta concepción de los ancianos como depositarios de la sabiduría, en 1991 la ONU tuvo que elaborar los principios para los derechos de las personas ancianas (resolución 46/91 de 16 de diciembre de 1991), siendo algunos de los pilares que inspiraron su formulación el reconocimiento de la aportación de las personas de edad a su sociedad, convencimiento de que las personas de edad que quieran deben poder aportar su participación y contribución a la sociedad, la toma de conciencia de que la ciencia había derrumbado los estereotipos de

involución y decadencia con la edad y, finalmente, el reconocimiento de la diversidad de situaciones que rodean a las personas de edad y, por ello, la necesidad de que existan diversas respuestas políticas. Y aún más, dentro de esta línea de discurso con orientación político-social, los países en vías de desarrollo comienzan a manifestarse contrarios a la homogeneidad de los ancianos, debido a diferencias culturales. Así, por ejemplo, Marie Madeleine Fouda, Ministra de Asuntos Sociales de Camerún, afirmó, en la rueda de prensa que tuvo lugar tras la asamblea sobre el año internacional de la vejez, el 5 de octubre de 1999, que *...en Africa, la vejez es una edad hermosa y preciada. Los ancianos son venerados como depositarios de la sabiduría. Los jóvenes aprenden cosas sobre la vida a través de sus ancianos, cuya muerte es considerada como una gran pérdida para la comunidad. Una persona anciana que muere, se dice que es una "biblioteca que se ha incendiado" (...). La asistencia a los ancianos proporcionada por un familiar es una obligación sagrada, cuyo cumplimiento hace felices a los jóvenes.* Desde luego, y por desgracia, esta no es la creencia mayoritaria occidental sobre la vejez, aunque la ONU afirme lo contrario.

En consonancia con el desarrollo de los "tres (o cuatro) mundos" en los últimos 20 años, y teniendo en cuenta las previsiones demográficas y político-económicas, para un futuro muy cercano, los objetivos principales de la *II Asamblea Mundial para el Envejecimiento*, fueron prestar especial atención a los vínculos entre el envejecimiento y el desarrollo de los países, principalmente a las necesidades, prioridades y perspectivas de los países en desarrollo. Ya no es tanto la manifestación de respeto por el anciano, como el reconocimiento de las importantes repercusiones que tendrá el aumento de un sector de la población, poco productivo según los cánones económicos, en culturas de por sí ya empobrecidas. Y todo ello, bajo la misiva de "una sociedad para todas las edades".

Sin embargo, esto "suena" un tanto a "una cuestión de carácter políticamente correcto". Nos encontramos con dos posturas, en la misma asamblea, que son claramente contradictorias. Por una parte, afirmaciones como la de Koffi Annan ("*... todos envejeceremos algún día, si tenemos ese privilegio. Por ello, debemos considerar a los ancianos como lo que seremos nosotros mismos en el futuro*"); y la de Jose M^a Aznar ("*... no se trata tanto de hacerles sentir útiles, sino de convencernos de que lo son, y dejarles que lo demuestren*") (Safont, 2002), que implícitamente suponen la consideración de la vejez como la etapa de la sabiduría y del derecho al respeto por parte de los demás ciudadanos, independientemente de cualquier consideración. Y por otra, algunas de las propuestas incluidas en el borrador del *International Plan of Acting on Ageing 2002* como "*... los países desarrollados [...] se enfrentan a los retos resultantes de la relación entre el envejecimiento y el desempleo y el sostenimiento de los sistemas de pensiones, mientras que los países en vías de*

desarrollo se enfrentan al reto de la simultaneidad entre el desarrollo y el envejecimiento de la población”, que hablan de enclaves económicos y políticos más que social-humanitarios, a la hora de defender esa sociedad para todas las edades¹.

Además de estas consideraciones políticas, situándonos en un plano psicológico-competencial, antes que nada debería delimitarse conceptualmente la “sabiduría” y el “conocimiento”, incardinándolo en el contexto, la cultura y el periodo del ciclo vital de que se trate. Y no parece que, hasta hoy, exista un acuerdo entre los distintos teóricos e investigadores sobre el concepto; si bien es cierto que, en los últimos 20 años, se le está prestando una mayor atención. Si de conocimiento se trata, entonces ¿hablamos de “nivel académico”, de “nivel cultural”, de “cultura general”?; o ¿estamos hablando de sabiduría de vida?. Si es así, y teniendo siempre presente que no hemos definido el concepto de sabiduría, ¿se es más sabio cuantos más años se tiene?; ¿es la misma la sabiduría que puede tener una persona mayor de 60 años que es detenida por paidofilia, que la mostrada por un voluntario social, también mayor de 60 años? Sirvan estos dos últimos ejemplos, polos opuestos, desde luego, de un continuo de comportamiento ético-moral de respeto humano, como un primer punto de reflexión antes de afirmar que los ancianos, como grupo, son los depositarios de la sabiduría.

Si de lo que se trata es de mostrar respeto y agradecimiento a las personas que hicieron que el mundo haya funcionado hasta que se han jubilado (o han llegado a la edad de los 60-65 años), deberíamos reflexionar sobre estos conceptos y no afirmar, sin más, que son el depósito de la sabiduría. Y terminaré este mito utilizando, como colofón, dos frases de dos pensadores españoles por excelencia. En primer lugar, el profesor J. L. López-Aranguren, en el libro *Jubilación, creatividad, ocio y participación*, afirmaba lo siguiente: *..el saber antiguo era un saber permanente, mientras que el saber moderno es sumamente cambiante, y los viejos llegamos a él, con frecuencia, demasiado tarde, e incluso antes de que llegue la jubilación. [...] Los viejos nos caracterizamos más por la reflexión, que por la creatividad.* Se trata aquí de conocimiento científico, el de los viejos de hoy, frente a conocimiento tecnológico, el de los jóvenes-adultos postmodernos contemporáneos. Y finalmente, el profesor J.L. Pinillos, quien en *Mitos y estereotipos: los mayores que vienen*, pone el dedo en la llaga de la solidaridad-“pseudorespetuosa” de la humanidad para con los viejos. Afirma Pinillos que *...la tercera edad no es un pasivo de la sociedad en sentido negativo. Es una cosa con la que no se sabe*

¹ Una sociedad para todas las edades, que fue el tema de Año Internacional de las Personas Mayores de 1999, y que contenía cuatro dimensiones: desarrollo individual a lo largo de toda la vida, relaciones multigeneracionales, la relación entre envejecimiento de la población y desarrollo, finalmente, la situación de las personas mayores.

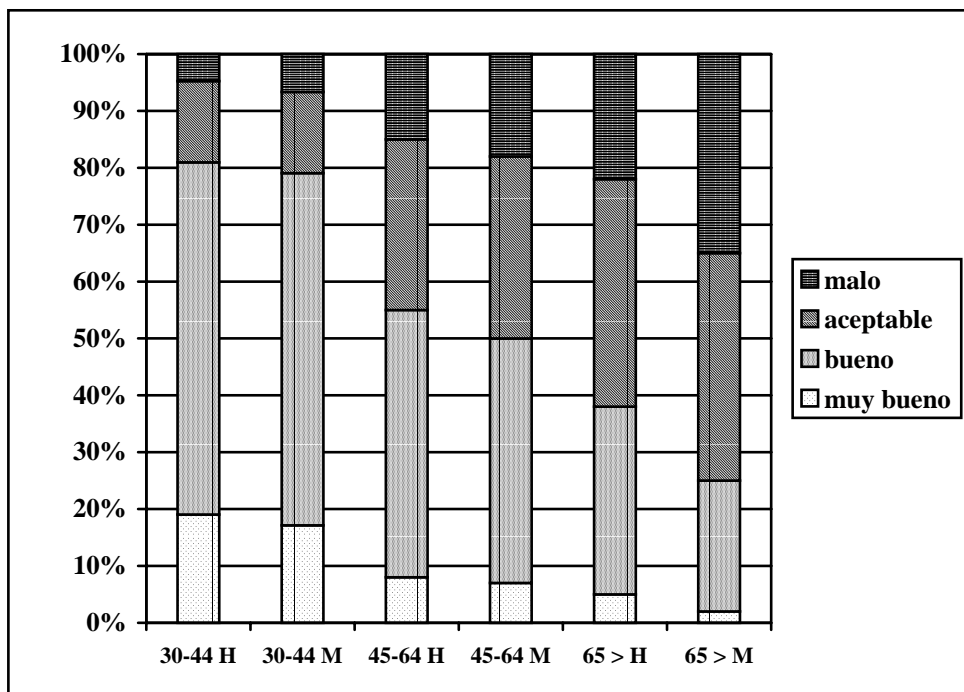
qué hacer, a la que hay que atender, por razones humanitarias, pero es algo molesto que no entra en los conceptos mecanicistas de competencia, eficacia, rapidez, etc. Tiene suficiente envidia esta frase como para que no haga falta ningún comentario que pueda, sin querer, suavizar lo que nos duele.

1.3. LOS ANCIANOS GENERALMENTE ESTÁN SOLOS O AISLADOS, ESTÁN ENFERMOS, SON FRÁGILES, DEPENDEN DE LOS OTROS Y TIENEN GRAVES DETERIOROS COGNITIVOS

Vivimos en una sociedad en la que las familias no pueden estar siempre juntas sino que, para adaptarse, deben disgregarse: los hijos forman sus propias familias o simplemente viven en casas diferentes a la paterna, trabajan en ciudades diferentes e, incluso, son los padres los que cambian de residencia por cuestiones laborales, económicas o de salud. A pesar de estas condiciones, una creencia lega muy extendida es que los ancianos son personas que se aíslan, que no mantienen contactos sociales. Recurriendo solo a los datos del Instituto Nacional de Estadísticas sobre el año 1996, esta afirmación debe comenzar a ser valorada como simplemente una creencia, y no como un conocimiento o dato empírico. La frecuencia de contactos con familiares y amigos en la población española, en ese año, del grupo de personas de 65 y más años era que el 70% de los hombres y el 66.4% de las mujeres visitaban a familiares y amigos más de tres veces por semana (categoría que recogía la mayor frecuencia de contacto). Los porcentajes para otros grupos de edad fueron los siguientes: 64.2% y 66.5% para los de 30-44 años y 64.7%, y 65.7% para los de 45-64 años. Por lo tanto, no parece que se ajuste a la realidad la afirmación del aislamiento de los ancianos.

En cuanto al estado de salud, atendiendo a la verbalización que los españoles hacen, el INE (2000) informó que el 35% de las mujeres y el 22% de los hombres de 65 y más años dicen tener un estado de salud malo; frente al 18% de mujeres y 15% de hombres de 45-64 años, y el 7% de mujeres y 5% de hombres de 30-44 años. En la figura 1 aparecen más datos correspondientes a la valoración de la salud.

Figura 1. Estado de salud verbalizado por hombres (H) y mujeres (M) en tres grupos de edad adulta, a nivel nacional (a partir de INE, 2000).



Se observa una progresión clara con la edad hacia una percepción de la salud propia más deteriorada, y más en el caso de las mujeres que en el de los hombres. Por lo tanto, parece que ciertamente los ancianos tienen peor salud (o al menos así lo viven ellos), pero solo un bajo porcentaje, lo que no permite afirmar que los ancianos estén enfermos. Piénsese que un 77% de los hombres y un 63% de las mujeres de 65 y más años consideran que su salud es buena o aceptable. No se ha realizado, o al menos no le hemos encontrado, un cruce entre creencias sobre estado de salud y estado objetivo de salud/enfermedad realizado a través de criterios objetivos.

Desde una consideración racio-observacional, tenemos que aceptar que muchos ancianos españoles proporcionan ayuda a los miembros jóvenes de la familia en diversas actividades: llevan a los nietos al colegio, al parque, mantienen y cuidan a los hijos con diferentes discapacidades, cuidan a otros familiares cuando están enfermos (tanto a los que son más jóvenes como a los que son mayores que ellos), cuidan al cónyuge cuando está enfermo (en muchas

ocasiones sin la ayuda de los hijos), propocionan apoyo económico a hijos y nietos cuando lo necesitan, etc. Es evidente que no todos los ancianos lo hacen, cierto; pero no todos los adultos cuidan a sus hijos, no todos cuidan a los padres, no todos ayudan a sus hermanos, etc. ¿Dónde ponemos los límites para afirmar que, en general, los ancianos son frágiles y dependen de los otros? ¿No será que nos estamos centrando exclusivamente en aquellos ancianos que o bien tenían ya una discapacidad física o un problema psicológico antes de llegar a los 60-65 años, o han generado ahora una patología que les obliga a dependen de la familia? En estos casos, el porcentaje no parece que sea el 100% de la población anciana.

Hace unos años, Margret M. Baltes (1996) hizo una propuesta bastante sugerente a este respecto, y que coincide bastante con lo que aquí se está defendiendo. A la vista de los trabajos que hasta entonces se habían realizado en geropsicología sobre la dependencia en las personas ancianas, gran parte de ellos descriptivos, Baltes llegó a la conclusión de que se estaba trabajando con dos delimitaciones independientes: por una parte, el concepto “dependencia” como multidimensional, multifuncional y multicausal; y, por otra parte, dependencia como implicando incompetencia, mientras que independencia supone competencia.

La *multidimensionalidad* del concepto “dependencia” incluye, al menos, conceptos psicológicos como depresión, yo, control personal y agresión. Pero también se habla de dependencia mental, física, económica, social, emocional, cognitiva, real, pseudo y neurótica. Y en tercer lugar, la dependencia puede ser analizada en el nivel conductual, personal, situacional e interpersonal, en función de la posición teórica y metodológica que se adopte. Todas estas dependencias pueden estar interconectadas, de modo que se puede ser dependiente físicamente pero independiente psicológicamente.

Respecto a la *multifuncionalidad* de la dependencia, en función de la cultura, el momento, el lugar, el estadio del ciclo vital en el que se está y la conducta concreta, se pueden encontrar comportamientos dependientes tolerados y aceptados en unas ocasiones, y castigados en otras. Por ejemplo, en la infancia, se juzgan como necesarias conductas dependientes que permitirán al niño adquirir posteriormente más independencia. En general, debemos examinar bajo qué condiciones, ciertos aspectos de la dependencia en la vejez se juzgan como funcionales y deseables y cuándo no.

La dependencia es además un fenómeno *multicausado* asociado al estado biológico y las condiciones ambiental-sociales (debilidad física, déficits sensoriales, uso de medicación, expectativas sociales y valores son algunos de los codeterminantes de la dependencia en la vejez). Sin embargo, M. M. Baltes no tiene en cuenta las características de personalidad, incluyendo temperamento, motivación, locus de control, actitudes y creencias y

competencias que el individuo tiene antes de llegar a la vejez. Más adelante hablaremos, con un poco más de detalle, de esta cuestión.

En último lugar, Baltes proponía que se estaba identificando las conductas de dependencia, con incompetencia; y las conductas de independencia, con competencia, entendiendo que es esta dualidad negativa la que explica la valoración negativa que se hace de las conductas de dependencia en la vejez. Sin embargo, las observaciones conducen a diferentes hipótesis: ¿se genera dependencia consciente o inconscientemente para controlar a otra persona? Si la respuesta es afirmativa, entonces no se puede hablar de dependencia como incompetencia. ¿Las conductas dependientes que manifiesta un anciano es posible que indiquen la necesidad de ayuda por parte de una tercera persona, lo cual supondría el seleccionar ayuda en un área concreta, para compensar su propia deficiencia y, así, optimizar y mantener su funcionamiento? En caso afirmativo, estamos hablando de un comportamiento dependiente que facilita un envejecimiento satisfactorio (Baltes y Baltes, 1990).

* * * *

Veamos más datos respecto a este tercer mito o confusión sobre la dependencia y el aislamiento de los ancianos.

El plan gerontológico español de 1993 estableció servicio de ayuda a domicilio para un 8% de los mayores de 65 años, servicio de teleasistencia para un 12%, hogares y clubes de día para 1 de cada 2500 ancianos, y 3.5 plazas de residencia para cada 100 ancianos. Si las cuentas no están mal hechas, dicho plan solo se realizó para el 25% de los ancianos españoles. ¿Cómo se ha de interpretar esto? Posiblemente no se trate de una falta de previsión. Tal vez lo que ocurra es que 1 de cada 4 ancianos necesita ayuda especial. Pero ¿qué ocurre con el 75% de la población anciana restante? Con ella no se cuenta para realizar actividades, ni para tener servicios especiales. Entonces, no debería entenderse que la población anciana es frágil y dependiente de los demás.

Lo anterior no puede tampoco impedir ver la realidad del envejecimiento. Los datos biológicos informan claramente que, con la edad, se produce una serie de cambios físicos, como aumento en los problemas de audición; cambios visuales, aumento de las enfermedades crónicas (artritis, hipertensión, cataratas, problemas de corazón, diabetes, osteoporosis...) y aumento de fracturas por caídas. Pero los resultados de las investigaciones no permiten afirmar que haya una clara conexión entre una edad determinada y la aparición de enfermedad, puesto que la aparición de esta, además de la edad, está influida por las conductas de salud-enfermedad de cada persona, por la contaminación ambiental en la que ha vivido, por la alimentación, la ocurrencia de diferentes

sucesos vitales estresantes, tipo de actividad laboral, etc. Sirva lo siguiente como dato de total vigencia. Wolf, profesor en la Boston University School of Medicine, acaba de publicar, en noviembre de 2001, datos procedentes del estudio longitudinal de Framingham, comenzado en 1948. Muy resumidamente, han encontrado que haber padecido hipertensión en la vida adulta aumenta el riesgo de infarto en la vejez: en un rango de 68%-92% para la edad de 60 años, 14%-72% para la edad de 70 años, y 32% para los 80 años. Y las sugerencias que hacen incluyen la necesidad de prevenir, diagnosticar y tratar los aumentos de presión sanguínea en la vida adulta, si se quieren reducir los riesgos de infarto cuando se llegue a anciano.

También las investigaciones y las diferentes teorías que las inspiran informan de que hay un cambio cognitivo, pero no está asociado a la edad y es diferente para las diferentes capacidades, sin llegar a ser incapacitante. Algunos ejemplos de estos deterioros, repetidos en diferentes trabajos, son el declive en la velocidad de procesamiento de información, el deterioro en tareas de atención dicótica, el poco deterioro en memoria a corto plazo, el deterioro en el recuerdo pero no en el reconocimiento a largo plazo, la mejora en comprensión verbal y aumento de vocabulario, el deterioro en algunas tareas viso-espaciales y el aumento en la acumulación de experiencia práctica. Y esto parece formar parte del proceso de envejecimiento normal, pero no por ello de involución.

1.4. LOS ANCIANOS ESTÁN DEPRIMIDOS Y CON LA EDAD LLEGAN A SER MÁS DIFÍCILES Y RÍGIDOS

No hay datos epidemiológicos sobre la salud mental de los ancianos en España, y los que corresponden a otros países muestran resultados un tanto contradictorios. Algunas razones para este estado de la cuestión son la utilización de diferentes criterios y conceptos diagnósticos (sociológicos, geriátricos y geropsicológicos), uso de instrumentos de diagnóstico también diferentes, realización de estudios transversales y no longitudinales, estudio de muestras no comparables entre las diferentes investigaciones, una alta comorbilidad de trastornos físicos y mentales, confusión en muchas ocasiones de demencia y depresión y, finalmente, existencia del trastorno antes de llegar a la vejez. A pesar de estas dificultades, apelaremos a un estudio norteamericano para mostrar cómo el mito del que estamos hablando es una confusión: Joiner (2000) encontró que, actualmente, el 2% de los ancianos tienen depresión; mientras que el 20% de las personas de 40 años la padecen. Por lo tanto, dentro de 20 años, la prevalencia se prevé que sea de 20% en personas de 60 o más años. Y Gatz (2000), tras una revisión de estudios epidemiológicos, encontró que la prevalencia de depresión en los ancianos variaba entre un 1% y un 2%, siendo esta la tasa más baja en todo el ciclo vital; además no se encuentra un cuadro común de síntomas, sino diferentes subtipos de depresión, con diferentes

etiologías. Respecto a la depresión que comienza en la vejez, no la que el anciano sufre desde que era adulto, su etiología puede situarse en factores hereditarios, de salud física, cognitivos y del contexto psicosocial. Sin embargo, los datos sobre prevalencia e incidencia de depresión en la población anciana deben tomarse con mucha precaución, puesto que existen varios factores que dificultan su diagnóstico y posterior tratamiento adecuado. Factores que incluyen el enmascaramiento con otros trastornos como Alzheimer, demencia senil y Parkinson (Cohen, Hyland y Kimhy, 2002), comorbilidad con ansiedad (Flint, 2002) o con trastornos de personalidad (Devanand, 2002), la falta de habilidades para el diagnóstico por parte de quienes trabajan en centros de asistencia o residenciales para ancianos (Lantz, 2002; Samuels et al., 2002), e incluso el tratamiento inadecuado como depresión cuando no había ningún síntoma de depresión, usando la *Geriatric Depression Scale* (Datto y Katz, 2002).

Respecto a la personalidad de los ancianos, desde la perspectiva lega, se observan dos perfiles. Por un lado, la visión platónica de una ancianidad caracterizada por prudencia, reflexión y serenidad. Por otra parte, la visión aristotélica de una vejez llena de egoísmo, machaconería, sensiblería, autoritarismo, rechazo social, tendencia al aislamiento y tendencia a la pasividad. Y desde la Psicología científica, y por lo que a la geropsicología se refiere, no hay un único patrón de personalidad en la vejez. Así, Savage (1973) estableció cuatro perfiles de personalidad en ancianos: el *normal*, caracterizado por la prudencia, autosuficiencia, ser reacio al cambio, capacidad analítica, ser calculador, ajuste personal y ajuste social; el *introvertido*, sobrio y taciturno, reservado, introspectivo, tímido y retraído, con ajuste personal pero con mal ajuste social; el *perturbado* se mostraba inestable, autoconflictivo, irritable, muy angustiado, y con mal ajuste social y personal; el último, el *maduro* era autosuficiente, activo, independiente, decidido, estable emocionalmente, astuto y con ajuste personal y social. Por lo tanto, ninguno de ellos parece que se ajustase al mito de la rigidez.

Por parte de la psicología de la personalidad, las investigaciones y los modelos teóricos que las inspiran tampoco apoyan el perfil del anciano como desajustado, rígido y malhumorado. Abeles (2000) afirma que aparece estabilidad a lo largo del ciclo vital en los factores de neuroticismo, extraversión y locus de control. Costa y McCrae (1999), a partir del estudio longitudinal de Baltimore, encontraron correlaciones test-retest que mostraban estabilidad en las cinco dimensiones de su modelo de los cinco grandes (extraversión, neuroticismo, apertura a la experiencia, cordialidad y escrupulosidad). Por nuestra parte, contamos con datos de diferentes investigaciones transversales que abarcan todo el ciclo vital y que permiten comparar diferentes grupos de edad con personas sanas y otras con enfermedad física crónica, en diferentes factores de temperamento, motivación y locus de control, actitudes,

competencias y estrategias de afrontamiento. En la investigación realizada sobre estrés y presentada en Pelechano, Matud y de Miguel (1994), encontramos los siguientes datos todavía no publicados, comparando tres grupos de edad (de 40-49 años, 235 personas; de 50-59 años, 139 personas; y de 60 o más años, 40 personas): no había diferencias significativas entre los tres en los factores de extraversión, neuroticismo, imagen de sí mismo, dureza de trato, malevolencia, recelo y hostilidad, sobrecarga en el trabajo, ansiedad perturbadora ante situaciones de estrés y ansiedad facilitadora ante estrés. Sólo había una diferencia entre los tres grupos: los dos grupos de más edad puntuaban más alto en el factor de depresión evaluado con el inventario de depresión de Beck, que el grupo más joven ($p < .01$). Finalmente, Pelechano y de Miguel (en preparación), trabajando con cuatro grupos de enfermos físicos crónicos (hipertensos, diabéticos, enfermos oncológicos y enfermos de diversas nefropatías)² y un grupo de personas sin diagnóstico de enfermedad física divididos en los mismos subgrupos de edad que los mencionados más arriba, encontraron los siguientes resultados: 1) en primer lugar, dentro del grupo de personas sin enfermedad crónica diagnosticada, las únicas diferencias encontradas entre los subgrupos de edad se restringieron a una mayor puntuación del grupo de 50-59 años en el factor de ansiedad facilitadora ante situaciones de estrés (factor 3 del cuestionario MOTEX de Pelechano), que el grupo de 60 y más años. No hubo más diferencias en el resto de las comparaciones interedad en los factores temperamentales, motivacionales, de locus de control, estrategias de afrontamiento y sintomatología específica. 2) En segundo lugar, dentro del grupo de enfermos diabéticos, los grupos de 40-49 y 40-59 años puntuaban significativamente más alto que el grupo de 60 y más años, en los factores de sintomatología específica. 3) En tercer lugar, en los grupos de hipertensión y de nefropatías no hubo diferencias significativas en ninguno de los factores evaluados entre los tres grupos de edad. 4) Finalmente, para los enfermos oncológicos, las diferencias se observaban entre los grupos de 50-59 y 60 y más años, en dos de los factores de locus de control (más control externo en acciones, y menos control externo generalizado para el grupo de menor edad), y entre los tres grupos, en dos factores de sintomatología específica. Por lo tanto, no parece existir, desde estudios transversales, un cambio en personalidad a lo largo de la segunda mitad de la vida.

A partir de estos pocos datos, creemos que el estudio en personalidad en geropsicología debería reorientarse: en lugar de estudiar el cambio, debería

² En la investigación se trabajó con más grupos de enfermos físicos crónicos, hasta un total de nueve, que incluían los siguientes diagnósticos principales: cáncer, hipertensión, diabetes, fracaso renal total, trasplante, diversas nefropatías, trastornos cardiovasculares, asma y lesión medular. Sin embargo, no en todos estos grupos había una muestra de personas de 60 o más años con un tamaño superior a 10. Y en el caso de personas que habían recibido un trasplante de riñón no había ningún anciano.

centrarse en el papel que los diferentes componentes de personalidad (temperamento, motivación, competencias, actitudes y creencias) y su combinación desempeñan en el ajuste y la adaptación a la vida, especialmente a esos años libres de actividad laboral para una gran parte de la población. Y no debemos olvidar lo adecuado que resultaría la realización en España de estudios longitudinales, que permitieran analizar la evolución natural de diferentes áreas del funcionamiento psicológico en diferentes grupos criteriosales.

1.5. LOS ANCIANOS APENAS AFRONTAN LOS DETERIOROS INEVITABLES QUE ESTÁN ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO.

A pesar de los deterioros, cambios y estabilidades experimentadas a lo largo del ciclo vital, los seres humanos nos diferenciamos en las estrategias de afrontamiento utilizadas y en las que generamos para permitirnos una mayor adaptación. En el caso de los ancianos, desde luego, no son menos. Veamos algunas áreas en las que se ha planteado la posibilidad de incapacidad por parte del anciano, por el mero hecho de ser anciano.

Cuando se trata de autonomía y control, los datos muestran que, en general, quien percibe control sobre su vida y hace elecciones propias, tiene mejor salud, vive más tiempo y está menos deprimido. Pero en el caso de los ancianos, se afirma que, en las actividades diarias, no son autónomos y, por ello, no “se les debe permitir” que decidan cuándo tomar un sedante; con quién compartir habitación en la residencia o en la casa de los hijos; qué, cuándo y cómo comer; y ni siquiera qué tener en su habitación. Y algo similar ocurre cuando se trata de consentimiento social: ¿se permite que disponga de oportunidad para elegir?; ¿se duda de su capacidad para entender-comprender las consecuencias de cada elección que hace?; ¿se le considera capacitado para relacionar las elecciones con los propios valores y preferencias? Y la última pregunta, para no alargar esa sucesión excesivamente: “Por tener 60-65 o más años, ¿se pierden los derechos adquiridos al llegar a la mayoría de edad?”. Evidentemente la pregunta es exquisitamente vanal, pero no, por ello, insensata. Es necesario considerar las actitudes y los valores sociales y humanistas de cada uno de nosotros, del grupo cultural al que pertenecemos y de la sociedad en la que vivimos.

Cuando de deterioro físico y cognitivo se trata, los trabajos en geropsicología indican que lejos de ser cierto este mito, los ancianos, en general, practican estrategias de memoria, hacen rompecabezas, modifican las estancias de su casa, otros cultivan la espiritualidad, otros la creatividad, los hay que buscan apoyo en amigos, familiares, vecinos, grupos de iguales... ¿Es que los adultos no hacen también este tipo de actividades cuando lo necesitan?

Dos tópicos más, a este respecto:

1. Cuando muere el cónyuge, aumenta la probabilidad de muerte. Pero ¿esa muerte del viudo se debe al desgaste en el cuidado del cónyuge, o por falta de apoyo socio/afectivo del viudo, o porque el superviviente tiene actitudes negativas hacia la muerte...? Aun con todo, los datos son contradictorios y no se puede establecer un aserto claro: por ejemplo, hay diferencias intergénero, de modo que, tras la muerte del cónyuge, se producen más muertes de hombres que de mujeres; en otros estudios, las tasas de mortalidad no se ven afectadas por el estado civil (iguales entre viudos y casados), e incluso, en otros trabajos, las tasas de salud son más altas en viudas jóvenes que en viudas ancianas.
2. La jubilación es un estresor negativo. Pues bien, los investigadores están de acuerdo en que la jubilación en sí misma no afecta a la salud. Más bien debería plantearse el estudio de la jubilación considerando que la calidad de la jubilación es un concepto multidimensional, con diferentes efectos en función de sus características. Por ejemplo, el grado de control que se tiene sobre la jubilación, momento del ciclo vital en que ocurre la jubilación, el estadio de proceso de la jubilación, el tipo de apoyo asociado en función del tipo de trabajo (por ejemplo, los datos muestran que la jubilación de trabajo de cuello azul está asociada a más problemas de salud, que la jubilación de una actividad de cuello blanco), la planificación en la prejubilación, la existencia de otros sucesos vitales, el efecto del género y la personalidad del individuo, el efecto cohorte y la seguridad económica antes y después de la jubilación. Parecen muchos factores, lo que no permite, *a priori*, afirmar los efectos negativos de la jubilación y la falta de estrategias para afrontarla, por el mero hecho de ser viejo.

Tras los párrafos que anteceden, parece que hay suficientes argumentos para eliminar la consideración de la vejez como el periodo en el que se homogeneiza la población, y a la que se caracteriza como deterioro. Más bien, el panorama que aparece, y en el cual la geropsicología ha de incardinar su actuación, es el siguiente: una población, la de los ancianos, en que nos encontramos con personas que tienen un adecuado funcionamiento funcional-adaptativo, personas con problemas psicológicos arrastrados de la vida adulta, personas con problemas psicológicos aparecidos en la vejez (bien problemas debidos a la interacción familiar, bien problemas con nuevas interacciones sociales), personas con deterioro cognitivo, personas con demencia, familiares y demás personas que cuidan y conviven con ancianos (que tienen o no deterioro físico o psicológico), y actitudes sociales de quienes trabajan para sufragar las pensiones de los ancianos. Son, nos parece, temas a los que se debe empezar a prestar más atención, de forma diferencial.

2. EL PROCESO ¿NORMAL? DEL ENVEJECIMIENTO

2.1. UNAS PRIMERAS DELIMITACIONES

En un primer acercamiento, parece que existe un claro consenso acerca de lo que son vejez y envejecimiento. Vejez se refiere a un *estado*, relativamente largo, por el que pasan los seres humanos; pero un estado que además es el último período del ciclo vital. Por su parte, el envejecimiento es un *proceso* biológico, social y psicológico, como resultado de la interacción de la herencia, el ambiente y la conducta. No parece que esto suscite ninguna discusión. Otra cosa diferente es establecer si se trata de un período de declive o de producción, y si es un proceso normal o patológico, respectivamente. Esta bipolaridad en la visión de vejez y envejecimiento como positivo o negativo, desde luego, no es contemporánea. En tiempos de los filósofos griegos ya estaba presente: mientras Platón defendía una perspectiva positiva de la vejez, como el momento en que la prudencia, la discreción, la sagacidad y la capacidad de juicio alcanzan su cima; su discípulo Aristóteles la consideraba como una enfermedad natural, siendo los ancianos personas desconfiadas, inconstantes, egoístas y cínicas. Actualmente, estas dos caras de Jano siguen presentes, como ya se ha comentado más arriba. Sin embargo, desde el mundo académico y científico de la geropsicología, se está prestando una gran atención, desde hace unas décadas, al estudio de los cambios y estabilidades que se producen en un envejecimiento normal, para poder diferenciarlos de aquellos otros que convierten al envejecimiento en un proceso patológico, a la vez que se está produciendo un cierto resurgimiento del enfoque diferencial, para aplicarlo al estudio del último período del ciclo vital.

Es de sobra conocida la diferenciación que desde la psicología evolutiva, en general, y la geropsicología, concretamente, se hace respecto a los tipos de edad (biológica, cronológica, social, funcional), una vez que irrumpió la perspectiva del ciclo vital en psicología. No vamos a detenernos en una exposición de estos conceptos, puesto que en otros lugares y otros investigadores españoles ya los han explicado (por ejemplo, Fernández-Ballesteros, 2000; De Miguel, 1999; Pelechano, 1984). Basten unos cuantos apuntes que ejemplifiquen el cambio epistemológico que se está produciendo en la geropsicología.

Desde la perspectiva *biológica*, por ejemplo, Busse (1969) propuso que el *envejecimiento primario* se caracterizaba por los cambios inherentes al proceso de envejecer; y el *envejecimiento secundario*, por los cambios causados por la enfermedad. Y en la actualidad, Yates (1996) denomina *envejecimiento* al conjunto de cambios debidos a la edad; mientras que *senescencia* se refiere a la pérdida progresiva en la estabilidad de los sistemas biológicos.

Desde la *cronología* como criterio, Otto von Bismarck-Schönhausen, fundador y primer canciller del *German Empire* a finales del siglo XIX, eligió la edad de 65 años, de forma aleatoria, como la edad de la jubilación porque *muy pocas personas sobrevivían más allá* (Woodruff-Pak, 1997). Y esta sigue siendo la edad “político-laboral” vigente. Desde la geropsicología, Riley (1988) estableció tres grupos de “viejos” en función de su edad cronológica: los viejos-jóvenes, que tienen entre 65 y 74 años; los viejos-viejos, entre 75-85 años; y aquellos con 86 y más años, que son los viejos-muy viejos. Y este es el criterio utilizado, desde entonces, en las investigaciones sobre envejecimiento, para agrupar a las personas estudiadas; pero no informa de ninguna característica especial de cada subgrupo, *a priori*.

Por otra parte y desde una perspectiva *estadística*, se define un envejecimiento normal como aquel caracterizado por las condiciones físicas y mentales que, con mayor frecuencia, aparecen en la población. No es, por lo tanto, una delimitación fija, dependiendo de múltiples variables. Por ejemplo, la artritis es muy frecuente en la población de ancianos; pero aún lo es más cuando la edad de los mismos supera los 75 años; ¿significa esto que la artritis es o no una condición para un envejecimiento normal? La respuesta no es fácil, y a su estudio se están dedicando los geropsicólogos.

Desde una óptica funcional, y teniendo en cuenta la clasificación internacional de las deficiencias, discapacidades y minusvalías de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980), según la cual las discapacidades reflejan las consecuencias de una deficiencia (toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica y anatómica) desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo, se entiende que el envejecimiento es la pérdida de capacidad en actividades funcionales (levantar y cargar un bulto que pesa al menos 5 kg., caminar tres calles, leer las palabras en un periódico, subir un piso por las escaleras, etc.) y actividades de la vida diaria (por ejemplo, comer solo, acostarse y levantarse de la cama sin ayuda, coger el autobús, ir a comprar lo de diario, etc.). Tampoco, en este caso, existe un punto de corte establecido para diferenciar entre una persona discapacitada y una que no lo es.

Finalmente, Baltes y Baltes (1990), desde una perspectiva *biológico-funcional*, describieron tres patrones de envejecimiento: el *normal o usual*, caracterizado por la inexistencia de patología biológica o mental alguna; el *óptimo o competente y saludable*, que asocia un buen funcionamiento cognitivo y una adecuada capacidad física, a una baja probabilidad de existencia de enfermedad o discapacidad; y el envejecimiento *patológico*, que está determinado por etiología médica y síndromes de enfermedad. En ninguno de estos casos debe identificarse/asimilarse el envejecimiento con salud/enfermedad mental.

Esta heterogeneidad en los acercamientos y conceptualizaciones de vejez y envejecimiento sólo es una muestra del complejo mundo psicológico de los ancianos, no más que el de los adultos, los adolescentes y la infancia. Y puesto que no hay unos criterios claramente delimitados de lo que puede o no considerarse un proceso de envejecimiento normal, vamos a exponer a continuación algunas de las propuestas teóricas que intentan explicar, desde tres perspectivas (biológica, social y psicológica), cómo se produce el envejecimiento. Quede claro, de antemano, que ninguna de ellas es capaz, por sí sola, de explicar todo el envejecimiento; pero todas ellas tienen algo que aportar para entender cómo pasamos de la madurez a la vejez, a veces ,en un período muy corto de tiempo y, en otros casos, tras muchos años de “madurez”, con una vejez repentina y corta. Así mismo, que identifiquen el envejecimiento como un proceso normal no significa que no se pueda modificar, de modo que se puede acelerar, al igual que se puede retrasar o, al menos, compensar.

2.2. MODELOS Y PROPUESTAS: BIOLOGÍA, PSICOLOGÍA, SOCIOLOGÍA

Desde nuestra perspectiva, consideramos que el proceso de envejecimiento se produce como una parte más del ciclo vital, pero también como el cúmulo de una serie de condiciones anteriores, experimentadas por cada individuo. Dentro del proceso de ciclo vital, las teorías e hipótesis se localizan alrededor de los tres grandes ejes, que conforman el modelo general biopsicosocial basado, a su vez, en la teoría general de sistemas.

A. Desde *el lado biológico*, se parte de dos supuestos: por una parte, se considera que todo organismo, incluido el humano, que es homeotermo, pasa por tres etapas esenciales (nacer, crecer y morir); y, por otra parte, que el envejecimiento incluye dos procesos inseparables, que son un declive fisiológico y una mayor frecuencia de enfermedades. Para explicar estos cambios, se han propuesto al menos cinco grandes grupos de teorías: *genéticas* (se apela a errores genéticos, a expresión fenotípica errónea, a la pleiotropía y al efecto del ambiente a la hora de producir mutaciones. En todas ellas, la duración de la vida está escrita en los cromosomas), *celulares* (al hacer duplicados a lo largo de la vida del ADN en ARN para la posterior sintetización de proteínas se van perdiendo bases o incluso partes amplias de las cadenas de ADN, la acumulación de radicales libres produce muerte celular, con la edad aumenta la desdiferenciación celular, y la permeabilidad celular se hace menor con la edad), *sistémicas* (por ejemplo, el sistema inmunológico va perdiendo su capacidad funcional o incluso lucha contra el propio organismo³, se produce

³ Se trata de la teoría inmunológica del envejecimiento, según la cual se entiende la senescencia inmune como una mala regulación de los linfocitos, que conduce a un aumento, con la edad, de malignidad, enfermedades infecciosas, trastornos inmunes automáticos, gammapatías

deterioro por mutagénesis, y hay cambios en el sistema hormonal debido a un feedback negativo que produce la destrucción celular), efectos de los sucesos vitales biológicos (por ejemplo, efectos de un embarazo, efectos colaterales de un infarto, etc.), y un quinto grupo que engloba diferentes propuestas sin un hilo conductor claro (por ejemplo, la teoría del desgaste, la teoría de los desechos, y el antagonismo pleitrópico, según el cual el organismo humano, como el de cualquier ser vivo, está preparado para la reproducción, pero no para el mantenimiento de la vida). Cada una de estas teorías explica una parte del envejecimiento experimentado por alguna zona del organismo.

B. Las teorías *sociológicas* fueron propuestas hace más de cuarenta años, y se mantienen sin cambios. Las tres que más trabajos han inspirado son la *teoría de la desvinculación* de Cumming (modificada hace unos años por Havighurst), la *teoría de la subcultura*, propuesta por Rose, y la *teoría de la modernización*. Esta última ha sido propuesta, hace una década, para explicar que una sociedad es más moderna cuantos más ancianos viven en ella. Ciertamente se acomoda bastante bien a la actualidad: el primer y segundo mundo, sociedades ya postmodernas, son las más envejecidas.

C. Finalmente, los cambios *psicológicos* se explican por teorías a las que subyacen tres supuestos: los cambios psicológicos no coinciden con el patrón de cambio biológico; los cambios que se producen pueden ser hacia una mejora, pero también hacia un empeoramiento y, finalmente, se diferencia claramente entre “declive”, como cambios normativos, y “deterioro”, incluyendo aquí todos los cambios patológicos. También, en este caso, se pueden agrupar las teorías en cinco grandes grupos: las teorías evolutivas del desarrollo, como las propuestas por Piaget y por Erikson; las teorías que consideran el ciclo vital, como las de Neugarten y Baltes; las teorías de la actividad (que entienden que mantenerse activo permite un envejecimiento más lento); las teorías de la continuidad y un grupo heterogéneo que incluye, principalmente, propuestas relacionadas con deterioro cognitivo, como la generada por Salthouse y el procesamiento de información.

El segundo gran grupo de codeterminantes de envejecimiento que proponemos nosotros, enmarcados como “cúmulo de la vida anterior”, incluye los efectos producidos por los *hábitos de vida para la salud y la enfermedad* de cada individuo (por ejemplo, conducta de fumar, de beber alcohol, de una dieta poco equilibrada, de no dormir las suficientes horas, de falta de actividad física,

monoclonicas y amiloidosis. Aunque no se ha encontrado un patrón de afectación en el proceso de envejecimiento, parece que (a) no hay cambios con la edad en leucocitos, linfocitos, granulocitos ni en la función de los neutrófilos; pero (b) sí hay una clara disminución con la edad en la hipersensibilidad, resistencia a las células tumorales, virus y protozoos, debido a un deterioro del timo en la edad adulta.

de no cumplimiento de regímenes médicos, etc.), de *los problemas físicos y psicológicos anteriores* (lo cual incluiría, por ejemplo, efectos de accidentes, enfermedades no curadas de modo adecuado, intervenciones quirúrgicas, efecto iatrogénico de la farmacología ingerida, etc.) y, finalmente, *los efectos del ambiente-cultura* del individuo (los efectos de la contaminación, condiciones insalubres en la vivienda y en la ciudad, promoción de conductas insanas, etc.). Son, como se puede observar, efectos acumulables y que interactúan con los cambios producidos por el propio ciclo vital, y en muchas ocasiones es difícil establecer una frontera entre unos factores y otros.

3. UNA ANTOLOGÍA DE PROBLEMAS

Sin ánimo de agotar el campo, vamos a enumerar algunos de los cambios y problemas acaecidos a consecuencia del proceso de envejecimiento. Es más fácil hacer ese inventario apelando de nuevo a los tres grandes grupos, aunque reiteramos que, entre los tres, existe una cierta dosis de interdependencia.

3.1. PROBLEMAS FÍSICOS

Como consecuencia del deterioro biológico, aparecen, al menos, los siguientes problemas, no asociados directamente a la edad ni presentes en todas las personas cuya edad los hace pertenecer al grupo de personas mayores, o ancianas, o viejas, o como quiera denominárseles: incontinencia urinaria, osteoporosis, artrosis y artritis, problemas coronarios, insuficiencia respiratoria, diferentes procesos oncológicos, problemas hormonales, problemas sexuales, aumento en la frecuencia de caídas, enfermedad de Parkinson, problemas sensoriales, deterioros dermatológicos y cambios neurocerebrales

Algunos de estos trastornos se encuentran analizados con algún detalle en los cuadros 1-4.

Cuadro 1. Cambios neurocerebrales en el proceso de envejecimiento

- Disminución del peso y/o volumen cerebral
- Pérdida neuronal
- Cambios gliales
- Pérdida dendrítica
- Pérdida sináptica
- Placas amiloides
- Depósitos de melanina
- Depósitos de aluminio
- Depósitos de cobre
- Degeneración granulovacuolar

Cuadro 2. El caso de la osteoporosis (a partir de Watts, 2001)

Definición: “Trastorno esquelético sistémico caracterizado por una reducción en la cantidad y calidad del hueso, que conduce a un aumento de la fragilidad y fractura óseas”

OMS: criterios según mujeres caucásicas:

normal: 1 dt o menos

osteopenia: 1-2dt por debajo

osteoporosis: 2.5 dt por debajo

Causas:

tipo I: en mujeres por deficiencia de estrógenos

tipo II: en hombres por la edad

secundaria: hombres y mujeres por trastornos endocrino, digestivo, médula ósea, corticosteroides

idiopática: hombres y mujeres sin causa subyacente detectable

Evolución: comienzo de pérdida a los 40 (0.5% año), postmenopausia (1-2% año acelerado en los 70 años).

Incidencia:

mujeres: comienza a los 50, progresión lineal a los 60 y progresión geométrica a los 75

hombres: igual que mujeres pero 10 años más tarde

Consecuencias: aumento de fracturas y dolor crónico

Cuadro 3. La incontinencia urinaria (a partir de Griebling, 2002)

Definición: La incontinencia urinaria es una pérdida involuntaria de orina, crónica o pasajera

Tipos: amenazante, urgente, rebosante, funcional y mixta.

Causas: **medicación** (diuréticos, sedantes y anticolinérgicos), **infección**, **diabetes**, **prostatectomía**, partos

Incidencia: 30% de población adulta; (30-50% de ellos tienen 65 o más)
50% de quienes viven en residencias o asilos

Consecuencias: deterioro de interés en sexo tanto en hombres como en mujeres, pero se ha estudiado menos en el caso de estas últimas.

Tratamiento: tal vez el principal aspecto negativo de este problema es que se considera que “es un problema normal del envejecimiento” y no se consulta con el médico. Lo cierto es que hay una serie de tratamientos que pueden resultar eficaces, aminorando la incontinencia:

- Terapias conservadoras:
 - ejercicios del suelo pélvico para el tratamiento de la incontinencia amenazante y urgente (la mayoría de los pacientes responden bien)
 - otras: Biofeedback, cateterización intermitente, catéteres en casa, y aparatos pesados
- Cirugía: para la IU que no responde a ningún tratamiento conservador
 - mínimamente invasivas:
 - inyección de colágeno periuretral que tiene éxito en el 80% de mujeres pero tiene pocos resultados en hombres.
 - Inyección de DURASFERA tiene resultados similares a la inyección de colágeno pero presenta riesgos adicionales de migración de partículas
 - Cirugía invasiva: (son tratamientos controvertidos)
 - procedimientos de suspensión del cuello de la vejiga: cistouropexia de alzamiento pubovaginal

CONCLUSIÓN: la IU es un problema embarazoso (violento) y costoso, que afecta a millones de americanos, que creen que es poco lo que sus médicos pueden hacer al respecto. La educación, el consejo y el tratamiento diseñado para las necesidades individuales de cada paciente podrá aliviar al paciente incontinente.

Cuadro 4. El caso de la andropausia o hipogonadismo masculino (a partir de Rubinow y Schmidt (1996) y Seidman y Walsh, 1999)

Definición: el hipogonadismo masculino es incapacidad testicular para producir suficiente testosterona.

Etiología:

- Alteración testicular primaria
- Debido a la edad: Disfunción hipotálamo/hipofisiaria: comienza a los 30 años, la testosterona libre disminuye un 1% cada año, y después de los 60 años, el 25% de los hombres son clínicamente hipogonadales.

Síntomas psicológicos asociados:

- Disminución de libido
- Disfunción eréctil
- Fatiga
- Irritabilidad
- Disforia
- Confusión

Síntomas metabólicos asociados:

- Disminución de masa corporal ¿?, volumen muscular y fuerza
- Disminución de la densidad mineral ósea
- Adiposidad visceral
- Disminución del vello corporal y alteraciones cutáneas
- Alteración de la hematopoyesis (elaboración de células sanguíneas por los órganos hematopoyéticos –médula ósea roja, ganglios linfáticos, bazo, sistema reticuloendotelial)

Terapia: administración de testosterona aunque parece que los efectos producidos en la depresión mayor no son diferentes a los producidos en un grupo placebo

3.2. PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Aparte del deterioro cognitivo, principalmente problemas de memoria y de aprendizaje de tareas nuevas, hay otros problemas psicológicos que aparecen a lo largo del proceso de envejecimiento y que, al menos, incluyen los siguientes (de nuevo sin la intención de agotarlos): depresión, esquizofrenia, psicosis, parafrenia, trastornos de personalidad, fobias, efectos producidos por estrés y sucesos vitales estresantes, problemas de pareja y familiares, problemas sexuales, afrontamiento de enfermedad y muerte, hábitos no salutogénicos (fumar, tomar alcohol como forma de superar los cambios), afrontamiento de pérdida de personas queridas, afrontamiento de pérdida de trabajo, etc.

Al igual que en el caso de los problemas físicos, a continuación se incluyen los cuadros 5 y 6, sobre algunas de estas situaciones psicológicas que conllevan sufrimiento personal.

Cuadro 5. El caso de la memoria
<p>Al menos tres hipótesis desde una perspectiva cognitivista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fracaso en el procesamiento estratégico: desuso, organización semántica y profecía autocumplida de poca eficacia • Deterioro en el procesamiento contextual • Deterioro general en los procesos cognitivos: reducción de capacidad atencional, reducción de capacidad de memoria de trabajo, déficit por inhibición y lentitud cognitiva <p>RESULTADOS INCONCLUSOS EN LOS DIFERENTES TRABAJOS INDICANDO QUE ES NECESARIO ESTUDIAR OTROS PROCESOS ADEMÁS DE MEMORIA</p> <p>Posibilidad de compensación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • si hay suficiente tiempo para aprender, no aparece deterioro respecto a jóvenes • se recurre a conocimientos/experiencia anterior

Cuadro 6. El caso del afrontamiento de la enfermedad crónica (a partir de Pelechano, Matud y de Miguel, 1993)
<p>EL AFRONTAMIENTO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD FÍSICA CRÓNICA desde el modelo de parámetros aísla tres factores:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adaptación general a la enfermedad con reestructuración personal 2. Negación de gravedad con inculpación a familia 3. Desesperación y conformismo <p>Algunos resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor porcentaje de diferencias entre grupos de edad que entre grupos de enfermos • No existencia de patrón de afrontamiento para cada enfermedad

También, como en el caso de los problemas físicos, en el grupo de personas mayores hay una alta incidencia de comorbilidad de diferentes problemas psicológicos, pero también eso ocurre en otras etapas del ciclo vital. Lo que debe llamar nuestra atención es que, además de los problemas cognitivos, que tanto preocupan a legos, investigadores y políticos, los ancianos también pueden experimentar sufrimiento psicológico por otros problemas tan importantes como los cognitivos, que perjudican una vida satisfactoria. Esto implica la necesaria preparación y estudio en la problemática psicológica-social-física-económica..., a lo largo de todo el ciclo vital.

Pero continuemos con el último grupo antológico de problemas aparecidos a lo largo del envejecimiento; a saber, los problemas sociales.

3.3. PROBLEMAS SOCIALES

Dentro de esa interrelación, que ya hemos mencionado, entre los factores físicos, psicológicos y ocio-culturales, encontramos una serie de consecuencias problemáticas de claro cariz social, siendo algunos de ellos los cambios de rol, estrés laboral, los problemas económicos, cambios en las redes socio-laborales, problemas asociados a la jubilación o al paro sin jubilación, consecuencias por ser cuidador de un familiar enfermo o discapacitado, consecuencias por ser una persona dependiente de otra que le cuida, consecuencias para los cuidadores de un anciano enfermo o discapacitado, consecuencias para los familiares, consecuencias para la sociedad (sistemas de pensión y seguros sociales y médicos), papel de “anciano”, mitos sobre la vejez, realidad social de residencias y asilos públicos o privados, etc

* * * * *

En resumen, con esta simple enumeración de algunos de los problemas físicos, psicológicos y sociales con los que se enfrenta el grupo de ancianos, teniendo en cuenta las múltiples diferencias individuales, sólo se ha pretendido proporcionar un esquema, con algunos apuntes, que permita considerar la complejidad de este grupo y la heterogeneidad del mismo. Ni todos los ancianos están enfermos, ni todos tienen deterioro cognitivo, ni todos son dependientes, ni todos pueden aprender cosas nuevas sin los conocimientos mínimos que supone un aprendizaje anterior, ni son los depositarios de la sabiduría, ni todos los problemas físicos que padecen son “consecuencia” de la edad y, por ello, irresolubles, imposible de aminorar sus efectos negativos, ni deberían ser considerados como personas merecedoras de más respeto que los demás humanos.

Aunque esa última afirmación puede resultar, en una primera impresión, un aserto “políticamente incorrecto”, la autora de estas líneas considera que todos los seres humanos, por el hecho de ser humanos, son igualmente dignos de respeto y, por supuesto, acepta los derechos individuales sin plantearse ni una sola duda. Pero de ahí, a considerar la edad como un certificado de dignidad, va un abismo. Una postura radicalmente diferente es la que aquí se defiende: sólo el conocimiento, con la mayor profundidad que sea posible, de las características físicas, sociales y psicológicas de las personas a lo largo de todo su ciclo vital, así como de las técnicas y estrategias que proporcionan la

psicología y otras ciencias como la medicina, por poner el ejemplo más cercano en este momento, posibilitará un acercamiento al campo de la actividad psicológica, en general, y al de la geropsicología, desde concepciones integradas, cuya finalidad principal sea la prevención de sufrimiento personal, la promoción de salud psicológica (irremediamente unida a la salud física) y la disminución del sufrimiento psicológico allí donde se experimente.

4. PLANES DE ACTUACIÓN PERSONALES, SOCIALES, PROFESIONALES

Cicerón, como una postura intermedia entre Platón y Aristóteles, en *De Senectute*, proponía lo siguiente para lograr una vejez saludable:

Es nuestro deber resistir la ancianidad, compensar sus defectos con un cuidado vigilante, luchar contra ella como lucharíamos contra la enfermedad; adoptar un régimen sano; practicar un ejercicio moderado y tomar alimentos y bebidas suficientes para restaurar nuestra fortaleza y no destruirla. No hemos de prestar atención solo al cuerpo, sino que se debe cuidar mucho más la mente y el alma, ya que son como las lámparas que se apagan con el tiempo, a menos que las proveamos de aceite. Los ancianos conservan sus facultades mentales con tal de que continúen su interés y aplicación; y esto es verdad no solamente para los hombres que ocupan situaciones importantes, sino para aquellos que llevan una vida tranquila y retirada. Además, los ancianos recuerdan todo lo que les interesa.

Parece que no ha pasado el tiempo desde entonces (sencillamente el año 45 a. C.) puesto que resulta de total vigencia: hemos adelantado poco en las propuestas y nos hemos olvidado de la sabiduría. Actualmente, aparte de las recetas milagrosas, el gerovital, las cremas mágicas y algún que otro intento de conseguir la eterna juventud, se ha retomado el interés por la prevención del envejecimiento y la promoción de conductas y estilos de vida saludables. Pensar que “ya soy demasiado viejo”, “el daño ya está hecho” o “ya no se puede cambiar” son afirmaciones que fácilmente llegan a ser profecías autocumplidas, provocando enfermedad, discapacidad y dependencia. Los beneficios que supone, desde una perspectiva global y general, un envejecimiento satisfactorio son disfrutar de una buena salud física y mental, así como de un adecuado ajuste. Ambos factores influyen en la independencia de la persona. Pero también el envejecimiento satisfactorio tiene otros beneficios menos tangibles que suponen un sentimiento general de bienestar junto a satisfacción con la vida. El adoptar estilos de vida saludables facilita la consecución de un envejecimiento satisfactorio; y, cuando antes se adopten (aceptando el refrán de que “nunca es tarde, si la dicha es buena”), más posibilidades se tendrá de conseguirlo.

Adoptar esos estilos de vida salutogénicos, para adaptarse a los cambios experimentados a lo largo de la vida, es una tarea que debería comenzar durante

la vida adulta. Gingold (1999) afirma que, para ello, hay que poner optimismo, vigor y determinación. No se adaptarán al envejecimiento quienes no se hayan ajustado nunca a lo largo de su vida. Todo paso de una etapa a otra de la vida supone cambios asociados a retos y ajustes difíciles (por ejemplo, la adolescencia, el matrimonio, la crisis de los cuarenta, la jubilación, el cambio de residencia, etc.). Sin embargo, se presta muy poca atención a la “transición a la vejez”, que incluye la jubilación, el cambio de lugar de residencia, el convertirse en abuelo, la pérdida del cónyuge, el acercamiento del momento de la muerte, la pérdida de poder económico, el deterioro físico, etc. (bueno, todos los cambios apuntados más arriba). Gingold entiende que, para poder adaptarnos a todos esos cambios, hacen falta tres atributos: sabiduría procedente de la experiencia, capacidad para aprender nuevas habilidades y capacidad para aplicar soluciones innovadoras. El envejecimiento satisfactorio, para este autor australiano, significa permanecer vital físicamente, alerta mentalmente y con plenitud emocional, cuando se llega al final de la vida.

Una segunda propuesta de conceptualización de envejecimiento satisfactorio es la realizada por el matrimonio de los Baltes en Berlín, de los que ya se ha comentado algo más arriba. Estos investigadores han definido el envejecimiento satisfactorio como la maximización de las ganancias (resultados positivos deseados), más la minimización de las pérdidas (resultados negativos no deseados), teniendo en cuenta que, a través de todo el ciclo vital, las personas nos encontramos con ciertas estructuras de oportunidad (educación, por ejemplo), pero también con algunas limitaciones en recursos, que pueden reconvertirse en adaptativas, gracias a la puesta en práctica de tres componentes; a saber, *selección* (de metas y reconstrucción de pérdidas), *optimización* (utilización de medios para lograr la meta seleccionada) y *compensación* (utilización de medios para contrarrestar la pérdida). El cuadro 7 contiene un estrato de este modelo, incluyendo algunas especificaciones de cada uno de los componentes. A través del SOC (*Selective Optimization with Compensation*) evalúan ese envejecimiento satisfactorio, en algunos casos identificado con “sabiduría”.

Cuadro 7. Una posible operacionalización del modelo SOC de Baltes (elaborado a partir de Freund y Baltes, 1998)		
SELECCIÓN	OPTIMIZACIÓN	COMPENSACIÓN
Selección electiva <ul style="list-style-type: none"> ▪ Especificación de metas ▪ Sistemas de metas ▪ Contextualización de metas ▪ Compromiso de metas Selección según pérdidas <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meta más importante ▪ Reconstrucción de jerarquía ▪ Adaptación a estándares ▪ Búsqueda de nuevas metas 	Foco de atención Elegir el momento oportuno Ser persistente Adquirir nuevas habilidades Practicar las nuevas habilidades Esforzarse y poner energía Repartir el tiempo	Sustitución de metas Uso de ayudas externas Uso de intervención terapéutica Adquisición de nuevas habilidades y recursos Aumento de energía Seguir el ejemplo de otros que compensan Dejar la optimización de otros medios

Por nuestra parte, vamos a realizar una serie de propuestas para conseguir un envejecimiento satisfactorio, a sabiendas de que su delimitación conceptual todavía está por hacer, que debe ser multidimensional, con criterios objetivos y subjetivos, y abarcar todas las áreas del funcionamiento psicológico. En primer lugar, propuesta de unos estilos de vida saludables y en segundo lugar unos apuntes sobre la actuación desde la geropsicología.

4.1. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: CUIDANDO EL CUERPO Y CUIDANDO EL FUNCIONAMIENTO PSICOLÓGICO

El borrador del *International Plan of Action on Ageing 2002*, en el punto 61 propone: “... la promoción de la salud supone que las personas controlen y mejoren su propia salud...”. En el punto 62: “...Una perspectiva de ciclo vital incluye el reconocimiento de que las actividades para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad necesitan centrarse en el mantenimiento de la independencia, prevención y retraso de la enfermedad y la discapacidad, proporcionando tratamiento y mejorando el funcionamiento y la calidad de vida de las personas mayores que ya tienen discapacidades”. Y en el punto 63: “... Las causas de enfermedad, discapacidad y mortalidad de las personas mayores pueden aliviarse mediante medidas para la promoción de salud y la prevención de enfermedad que se centren en la nutrición y la actividad física así como en dejar de fumar” (ONU, 2002).

Las medidas preventivas de enfermedad física ocurrida en el proceso de envejecimiento, así como las de promoción de salud física en el mismo periodo,

son las mismas que cualquier persona debe tomar desde la infancia, después en la adolescencia y posteriormente en la vida adulta. En general, se incluyen los siguientes factores: ejercicio físico regular y moderado, adecuado número de horas de sueño, una dieta equilibrada (muy rica en frutas y verduras, sin olvidar las proteínas), no fumar ni tomar alcohol y seguir las prescripciones médicas en caso de enfermedad.

En cuanto al funcionamiento psicológicos, los estilos de vida saludables deben incluir los siguientes aspectos: mantenimiento y fomento de redes sociales adecuadas, realizar actividades de ocio satisfactorias, realizar actividades de la vida diaria, afrontamiento adecuado de la enfermedad, afrontamiento adecuado del proceso de envejecimiento, mantenimiento y fomento de la actividad cognitiva y afrontamiento de las pérdidas sociales y personales.

Finalmente, en el cuadro 8 incluimos un ejemplo de actuación por parte del individuo, que facilitaría cuidar el cuerpo, a la vez que su funcionamiento psicológico, permitiendo así un envejecimiento satisfactorio.

Cuadro 8: Ejemplo de estilo de vida que permite cuidar el cuerpo a la vez que fomentar el bienestar psicológico: la actividad física (a partir de www.who.int/word-health-day: Physical activity and older people, 7 de abril de 2002, día mundial de la salud)

- Para las personas de todas las edades, la actividad física mejora la calidad de vida de muchas maneras. Los beneficios físicos incluyen mejorar y aumentar el equilibrio, la fuerza, la coordinación, la flexibilidad y la resistencia. La actividad física también ha mostrado mejorar la salud mental, el control motor y la función cognitiva
- Los estilos de vida activos proporcionan a las personas mayores oportunidades regulares para hacer nuevas amistades, mantener las redes sociales del trabajo e interactuar con otras personas de todas las edades. La flexibilidad, el equilibrio y el tono muscular mejorados pueden ayudar a prevenir caídas (una causa principal de discapacidad entre las personas mayores). Se ha encontrado que la prevalencia de enfermedad mental es menor entre las personas que son activos físicamente
- Los beneficios de la actividad física pueden notarse si la práctica regular empieza al final de la vida. Los trastornos comunes entre las personas mayores son el trastorno cardiovascular, la artritis, la osteoporosis y la hipertensión. Mientras que permanecer activo desde temprana edad puede ayudar a prevenir muchas enfermedades, el movimiento regular y la actividad también pueden ayudar a aliviar la discapacidad y el dolor asociados a estas condiciones
- La actividad física también puede contribuir en gran medida al control de algunos trastornos mentales como la depresión y la EA. Las sesiones de ejercicio organizadas, sitúan al individuo en un nivel ajustado, o simplemente el caminar puede proporcionar la oportunidad para hacer nuevos amigos y mantener contacto con la comunidad, reduciendo los sentimientos de soledad y exclusión social. La actividad física mejora la auto-confianza y la auto-suficiencia (cualidades que son la base del bienestar psicológico).

- Como las personas de todas las edades, las personas mayores deberían tomar parte en actividades físicas de las que disfrutarán. Cualquiera que tenga una condición o discapacidad específica que pudiera afectar a su capacidad para ser físicamente activo debería buscar el consejo de un médico antes de participar en una actividad física. Caminar, nadar, bailar, cuidar el jardín, hacer excursiones y hacer ciclismo, son excelentes actividades para las personas mayores.
- El número de personas con más de 60 años se prevé que se duplicará en los próximos 20 años. Muchas de esas personas mayores vivirán en los países desarrollados. Reducir y posponer la discapacidad relacionada con la edad en una medida de salud pública esencial y la actividad física puede desempeñar un papel importante en la creación y mantenimiento del bienestar en todas las edades.

4.2. ACTUACIÓN DESDE LA GEROPSICOLOGÍA CLÍNICA: CON EL INDIVIDUO Y CON SUS FAMILIARES Y CUIDADORES

Aún sin existir en nuestro país la especialidad de geropsicología⁴ clínica, creemos que tras lo escrito más arriba, podríamos establecer una serie de actuaciones con los individuos ancianos, bien a nivel individual, bien con actuaciones grupales, con el objetivo de lograr un envejecimiento satisfactorio:

1. En el caso de tratarse de un envejecimiento normal, las tareas incluirían:
 - Desarrollo de medidas psicológicas que distingan los efectos de enfermedad/edad, de los patrones conductuales-adaptativos funcionales a largo plazo
 - Prevención de envejecimiento: promoción de conductas sanas y prevención de enfermedades
 - Uso de los avances científicos y tecnológicos relacionados con el envejecimiento biológico para retrasar el envejecimiento normal y compensar el envejecimiento normal
 - Aumento de la satisfacción con la vida/bienestar personal

⁴ En la asociación de psicólogos americanos (APA), la sección II de la división 12 es la encargada de la geropsicología, mientras que la división 20 se responsabiliza de la psicología del desarrollo adulto y el envejecimiento. Los temas de interés de quienes practican actualmente la geropsicología clínica en Estados Unidos incluyen la demencia, la polifarmacia, las cuestiones relacionadas con el final de la vida, la competencia y la capacidad y el afrontamiento de las pérdidas (Norman et al., 2001).

2. Cuando se trate de un envejecimiento patológico, entendido como aquel caracterizado por el padecimiento de una enfermedad, los objetivos podrían ser:

- Uso de los avances científicos y tecnológicos relacionados con el envejecimiento biológico para retrasar el envejecimiento patológico y compensar el envejecimiento patológico.
- Promoción de intervenciones psicológicas con ancianos con envejecimiento patológico.

También las familias y los cuidadores de ancianos deben considerarse objetivos de la intervención por parte de la geropsicología, de modo que se co-ayude a un envejecimiento satisfactorio del propio anciano y del bienestar del cuidador o familiar:

A) Si el envejecimiento es normal, el objetivo de la intervención debe ser socio-comunitaria, escolar, laboral, cultural: hay que convivir con los ancianos como se convive con otro individuo, con sus características especiales, no por la edad sino por su historia social-cultural-personal-biológica que le caracteriza.

B) Si el envejecimiento es patológico, debería realizarse el mismo tipo de actuación que se acaba de exponer, añadiendo intervención en estrés crónico para cuidador, familiar y cuidado.

* * * * *

En la figura 2 presentamos un esquema que engloba los diferentes núcleos implicados en el proceso de adaptación al envejecimiento: el *individuo* que ha de trabajar consigo mismo y con el *mundo laboral*, las *redes sociales* con las que mantiene relación, y la *familia*, todavía en la actualidad centro de la sociedad y aglutinador de las relaciones significativas para una persona. Y todo ello, inscrito en una cultura y un momento cultural concreto, de modo que lo adaptativo en el primer mundo no tiene por qué ser adaptativo en el tercer o el cuarto mundos, ni se ha de mantener inflexible de una generación a otra (obviamente algunas actuaciones incluidas en los estilos de vida saludables deberían mantenerse siempre igual como las referidas al cuidado del cuerpo físico).

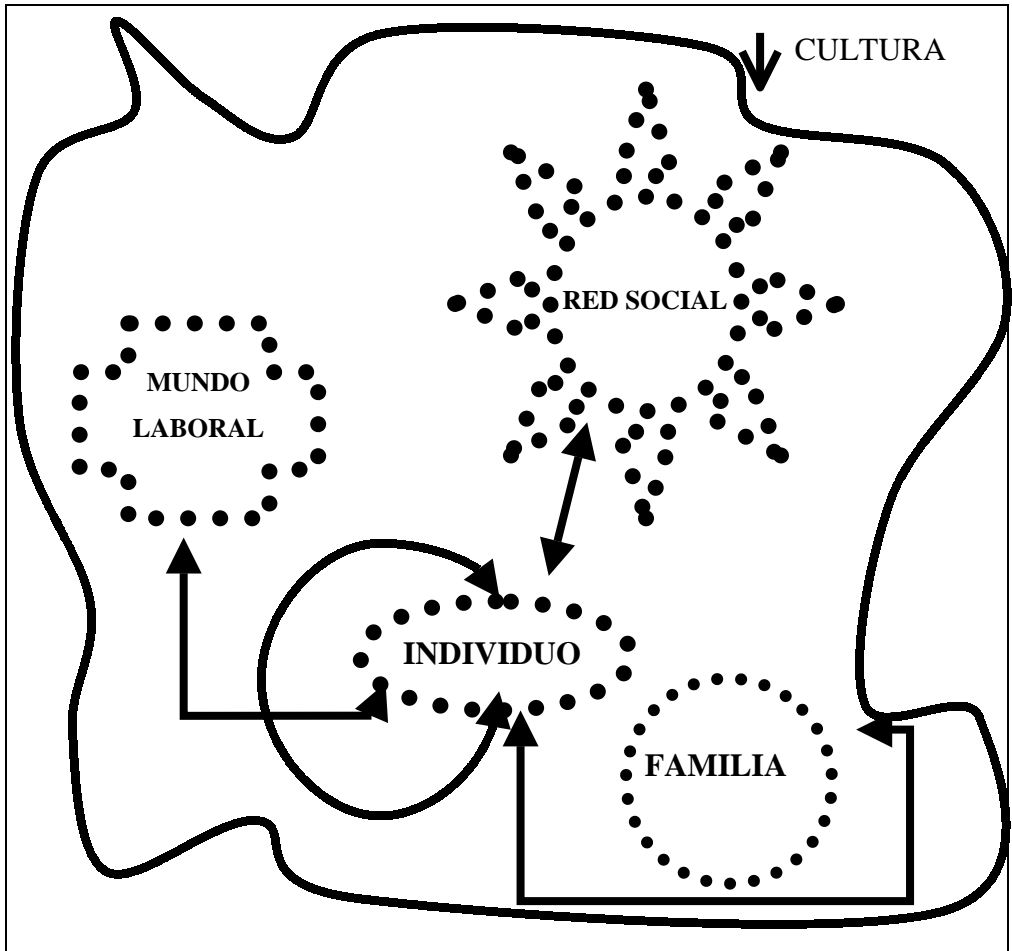


Figura 2. Elementos incluidos en la adaptación al proceso de envejecimiento

BIBLIOGRAFÍA

- Baltes, P.B. y Baltes, M.M. (1990). Selective optimization with compensation. En P.B. Baltes y M.M. Baltes (eds.). *Successful Aging: perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Baltes, M.M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge University Press.
- Busse, E.M. (1969). Theories of Aging. En E.W. Bussey y E. Pfeiffer (eds.). *Behavior adaptation in late life*. Boston, MA: Little Brown.
- Cohen, C.L., Hyland, K. y Kimhy (2002). Mandatory depression screening in nursing home patients with dementia. Comunicación presentada en el *15th Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry*. Orlando, 24-27 de febrero
- Cohen, S. y Syme, S.L. (eds.) (1985). *Social support and health*. Academic Press.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1997). Longitudinal stability of adult personality. En R. Hogan, J. Johnson y S. Briggs (eds.). *Handbook of personality psychology*. San Diego, CA: Academic Press.
- Datto, C.J. y Katz, I.R. (2002). Specificity of antidepressants in the nursing home setting. Comunicación presentada en el *15th Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry*. Orlando, 24-27 de febrero
- De Miguel, A. (1999). Eficacia diferencial de dos programas de entrenamiento cognitivo para ancianos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25(100), 275-302.
- Devanand, D.P. (2002). Dysthymic disorder in the elderly. Comunicación presentada en *15th Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry*. Orlando, 24-27 de febrero
- Edelberg, H.K. (2002).- Prevention of falls in the older patient. Comunicación presentada en el *15th Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry*. Orlando, 24-27 de febrero
- Fernández-Ballesteros, R. (2000). Gerontología social. Una introducción. En R. Fernández-Ballesteros (dir.). *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Flint, A. (2002). Depression and symptomatic anxiety. Comunicación presentada en *15th Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry*. Orlando, 24-27 de febrero
- Freund, A.M. y Baltes, P.B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indications of successful aging. *Psychology and Aging*, 13(4), 531-543.
- Gatz, M. (2000).- Variations on depresión in later life. En S.H. Qualls y N. Abeles (eds.). *Psychology and the Aging Revolution. How we adapt to longer life*. Washington DC: American Psychological Association.
- Gingold, R. (1999). *Successful ageing*. 2nd ed., South Melbourne: Oxford University Press.
- Griehling, T.L. (2002).- Axis III: urinary incontinence older adults. Comunicación presentada en el *15th Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry*. Orlando, 24-27 de febrero
- Joiner, T.E. Jr. (2000) Depression: current developments and controversies. En S.H. Qualls y N. Abeles (eds.). *Psychology and the Aging Revolution. How we adapt to longer life*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kumar, A. (2002). Non-major clinically significant depression: existing clinical and neurobiological evidence of a continuum. Comunicación presentada en *15th Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry*. Orlando, 24-27 de febrero.

- Lantz, M.S. (2002). Depresión awareness in the nursing home. Results from an interdisciplinary staff education program. Comunicación presentada en el 15th Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry. Orlando, 24-27 de febrero
- López-Aranguren, J.L. (1994). Jubilación, creatividad, ocio y participación. En J.L. Pinillos, A. de Miguel, M. Fisac, J.L. López-Aranguren, J. Velarde Fuertes, F. Guillén, A. Portera, F. Grande Covían, J. Sádaba y H. Maravall (eds.). *Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez*. Madrid: Fundación Caja Madrid.
- Norman, S., Ishler, K., Ashcraft, L. y Patterson, M. (2001). Continuing education needs in clinical geropsychology: the practioners' perspective. *Clinical Gerontologist*, 22(3-4), 37-40.
- OMS (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. OMS (trad. 1983, Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid).
- ONU (2002). Advanced unedited copy of International Plan of Action on Ageing 2002. <http://www.onu.org> 30(06/02).
- Pelechano, V. (1984). Tiempo y edad en la Psicología evolutiva. En J.L.Vega (ed.). *Psicología evolutiva*, vol. 1, Madrid: UNED.
- Pelechano, V., Matud, M.P. y de Miguel, A. (1994). *Estrés, personalidad y salud: un modelo no sexista del estrés*. Valencia: Promolibro.
- Pinillos, J.L. (1994). Mitos y estereotipos, los mayores que vienen. En J.L. Pinillos, A. de Miguel, M. Fisac, J.L. López-Aranguren, J. Velarde Fuertes, F. Guillén, A. Portera, F. Grande Covían, J. Sádaba y H. Maravall (eds.). *Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez*. Madrid: Fundación Caja Madrid.
- Riley, M.W. (1988). Forward. En K.W. Schaie y R.T. Campbell (eds.). *Methodological Issues in Aging Research*. New York: SpringerPublishers.
- Rubinow, D.R. y Schmidt, P.J. (1996). Androgens, brain, and behavior. *American Journal of Psychiatry*, 153, 974-984.
- Samuels, S.C., Evers, M., Lantz, M.S. et al. (2002). Depression in demented nursing home aged: optimizing recognition and treatment. Comunicación presentada en el 15th Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry. Orlando, 24-27 de febrero
- Savage, R.D. (1973) . Old Age. En H.J. Eysenck (ed.). *Handbook of Abnormal Psychology*, Belfast: Pitman Medical.
- Safont, N. (2002). Envejecer es cosa de todos. http://www.ondasalud.com/edicion/componentes/noticia/VersionI.../0_3030.131676.00.htm, 16/06/02.
- Seidman, S.N. y Walsh, B.T. (1999). Testosterone and depression in aging men. *American Journal of Geriatric Psychiatry*; 7, 18-33
- Watts, N.B. (2001). Osteoporotic vertebral fractures. *Neurosurg Focus*, 10(4).
- Wolf, P.A. et al. (2001). *Archives of Internal Medicine*, 161, 2343-2350.
- Woodruff-Pak, D.S. (1997). *The Neuropsychology of Aging*, Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Yates, F.E. (1996). Theory of aging: biological. En J.Birren (ed.). *Encyclopaedia of Gerontology. Age, Aging, and the Aged*. San Diego, CA: Academic Press.