

SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES.

Francisco Ramos Campos
Master en Gerontología
Universidad de Salamanca.

RESUMEN

El presente artículo aborda, en primer lugar, importancia del estudio de la relación entre la conducta y la salud, y qué dificultades presenta este binomio en la vejez. Se trata, también, el significado de los conceptos de salud y enfermedad. En una segunda parte se considera la importancia del estilo de vida con relación a la salud. Finalmente se analiza el papel que juega el estrés, como factor de riesgo, en el desarrollo de la enfermedad. Del mismo modo, se verá cómo influyen en el resultado final, los factores psicosociales relacionados con el afrontamiento y el control personal.

ABSTRACT

The present article approaches, firstly, the importance of the study between conduct and health, and what kind of difficulties this binomial presents in the old age. It is also discussed the meaning of the concepts of health, and illness. In the second part, it will be seen the importance of life style in relation with health. Finally it will be analyzed the role that stress plays, as factor of risk, in development of disease. In the same way, one will see how the influence, in the final result, the psicosociales factors related to the confrontation and the personal control.

1. INTRODUCCIÓN

La vejez es una etapa de la vida con sus características y peculiaridades propias. La *salud física y mental*, en esta etapa del desarrollo humano cobran una extraordinaria importancia. Ya no se trata de conseguir más años de vida, sino de “*dar vida a los años*”, superando el modelo tradicional de la vejez que

es un modelo deficitario, habla solo de deterioro, de pérdidas, de declive, de incapacidades y enfermedades etc.

La Psicología de la Salud destaca la importancia que tiene el comportamiento en la salud y en la enfermedad, y la necesidad de enseñar determinadas conductas o estilos de comportamiento que promocionen la salud en la vejez, y permitan prevenir los dos principales trastornos mentales que afectan a los ancianos: los trastornos depresivos y las demencias seniles

La famosa frase de Ortega "*Yo soy yo y mi circunstancia*" tiene aquí una gran aplicación. El "yo" ya se sabe es el individuo, la persona concreta y singular. La *circunstancia* en este caso es el contexto sociocultural y el periodo histórico que a uno le toca vivir. No es lo mismo ser viejo en España, que en la India, vivir en el campo que en la ciudad, continuar viviendo en el domicilio en el que siempre hemos vivido que ingresar en una residencia, tener lo suficiente para sustentarse que vivir en la indigencia, tener familia y amigos que vivir sólo. La realidad sociocultural que a uno le toca vivir es un factor clave para comprender el proceso de envejecimiento y la vejez. Al sujeto (sano, enfermo o con los achaques propios de la edad) le toca desarrollar un *estilo de vida saludable* y adaptarse lo mejor que sepa y pueda a las circunstancias ambientales que le rodean. La cantidad y calidad de los servicios que la sociedad le presta le pueden ayudar a conseguir una mayor **calidad de vida**.

España necesita potenciar el campo de la atención médica y psicosocial de la población anciana y necesita, tanto desde el sector público como privado, desarrollar nuevos recursos (p. e . residencias de ancianos, centros de ocio y tiempo libre) para atender a este grupo de población que ha crecido considerablemente alcanzando la cifra de seis millones en el año 2000 (aproximadamente un 15% de la población).

Por otra parte, en los últimos años estamos asistiendo a la aparición de un amplio abanico de recursos alternativos a la institucionalización tradicional, aparecen programas de calidad asistencial, se están configurando iniciativas coherentes de coordinación entre administraciones, y se está desarrollando la formación de un cuerpo profesional multidisciplinar (gerontólogos, geriatras, gerocultores, terapeutas ocupacionales, etc.) altamente motivado por la profesionalización de su especialidad.

En este artículo abordaremos, por un lado, la importancia de estudiar la relación de la conducta y la salud y las dificultades que supone su estudio en la vejez. Trataremos el significado de los conceptos de salud y enfermedad; así como señalaremos la importancia de las prácticas y estilos de vida para la promoción de la salud. Veremos qué papel juega el estrés como factor de riesgo que puede favorecer el desarrollo de la enfermedad, pero también qué papel juegan en el resultado final los factores psicosociales relacionados con el afrontamiento y el control personal.

2. ENVEJECIMIENTO, CONDUCTA, SALUD Y ENFERMEDAD

2.1 CONCEPTO DE SALUD

La salud es un concepto de difícil definición y que ha ido modificándose con el paso de los años. Quedó superada la aproximación unidimensional que consideraba la salud como la ausencia de enfermedad y hoy la mayoría de las definiciones giran en torno a la clásica propuesta por la Organización Mundial de la Salud (1948) que en su época fue muy innovadora, ya que libera al concepto de salud de su exclusiva vinculación con el bienestar físico y la define como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de malestar y dolencia*”.

A pesar de la controversia provocada por esta definición un tanto utópica, puesto que no se facilitaron definiciones conceptuales ni operativas, ésta generó un enfoque más amplio y más positivo del concepto de salud al que se adhieren tanto el ideal de “*Salud para todos en el año 2000*” de la organización mundial de la salud (1985), como la *Carta de Ottawa para la promoción de la Salud* (1986), con su énfasis en la asistencia al individuo para incrementar su control para mejorar la salud.

Existe además, ahora, un amplio consenso sobre que el concepto de salud positiva es más que la mera ausencia de enfermedad o discapacidad, e implica “integridad” y “total funcionalismo” o “eficiencia” de mente, cuerpo y adaptación social. La “*salud positiva*” puede ser descrita como la habilidad para enfrentarse a situaciones estresantes, el mantenimiento de un sistema sólido de apoyo o soporte social, integración en la comunidad, moral alta y satisfacción con la vida, bienestar psicológico e incluso buen nivel de forma física, así como de salud.

Teniendo estas aproximaciones en mente, la definición se hace más compleja si abordamos el concepto de “salud” en el periodo del envejecimiento, puesto que tal concepto implicaría algunos aspectos más, como la “*capacidad funcional*” y el “*estado funcional*”. La salud, particularmente en la vejez, implica la salud física y mental, la capacidad para ejecutar las actividades normales cotidianas y los recursos sociales, económicos y ambientales necesarios para mantener en las personas mayores estilos de vida independientes y que promuevan la salud.

Esta definición considera dos aspectos clave: la necesidad de preservar y recuperar las capacidades que permitan a la persona ser independiente en su entorno (*capacidad funcional*) y la importancia que tienen en el resultado final del estado de salud, las variables personales, ambientales y de comportamiento. El término “*función*” hace referencia a todo aquello que las personas son

capaces de hacer en su propio ambiente. Se refiere, por tanto, al conjunto de capacidades que permiten a la persona moverse en su entorno, realizar tareas físicas necesarias para su autocuidado y a todas aquellas conductas y actividades encaminadas a mantener su independencia y relación social. Hablaríamos por tanto de “*salud funcional*”.

Este concepto de salud incorpora las definiciones que desarrolló la OMS sobre los conceptos de “lesión”, “discapacidad” y “minusvalía”, los cuales son definidos con una terminología bien establecida en la “Clasificación Internacional de Lesiones, Discapacidades y Minusvalías” (OMS, 1988).

Estas definiciones conducen al concepto de “dependencia funcional” que también ha de ser tenido en cuenta a la hora de definir y precisar el estado de salud de algunos ancianos. La lesión y la discapacidad pueden conducir o no a la dependencia de otras personas o proveedores de servicios, de la misma forma que pueden llevar a la minusvalía. Al igual que la “minusvalía”, la “dependencia funcional” es una consecuencia social. Se define la dependencia como “*un estado en el cual el individuo confía en la asistencia de otros para cubrir necesidades reconocidas*”.

Sobre el concepto de *salud funcional en la vejez* hay que señalar que evidentemente, el estado funcional de la persona depende del estado de salud en otras áreas (salud física, estado cognitivo y afectivo y situación social), pero algunos déficit por sí mismos no son determinantes. Más bien, las diferentes condiciones médicas, psicológicas y sociales interaccionan entre sí provocando una repercusión funcional y si esto sucede así en cualquier momento evolutivo, las condiciones de vulnerabilidad o de fragilidad propias de la vejez hace que los déficit físicos, psicológicos y sociales se relacionen entre sí de modo que, a veces, es difícil distinguirlos; pero es evidente que existe una espiral de exacerbación del problema. De ahí la necesidad de abordar la salud en la vejez desde una óptica amplia de conocimiento del paciente anciano que identifique deficiencias y discapacidades, pero también que identifique y potencie aquellas capacidades que puedan desarrollarse al máximo para lograr el mayor grado de competencia y el mayor grado de adaptación a las condiciones que conlleva la vejez, con el fin de lograr el mayor grado de bienestar de las personas ancianas.

2.2. ENVEJECIMIENTO, ENFERMEDAD Y FRAGILIDAD

Si difícil es definir el concepto de salud, también lo es precisar los conceptos de *enfermedad* y *fragilidad* que acompañan al proceso de envejecimiento. El envejecimiento implica cambios biológicos, psicológicos y sociales que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo, pero una cuestión aún por resolver es qué cambios asociados al envejecimiento son considerados normales y cuáles son patológicos.

Esta distinción supera las concepciones tradicionales sobre las consecuencias inevitables que conlleva la vejez y que se asocian con incapacidad física y enfermedad. La experiencia constata que el envejecimiento no es incapacitante por sí solo hasta edades muy extremas. Se podrían considerar por tanto, distintas formas de relacionarse el proceso de envejecimiento y la enfermedad.

Hay personas muy ancianas que envejecen sin enfermedades y conservan el nivel funcional hasta casi el final de sus vidas. Este grupo de población no es muy numeroso y se considera que *envejecen con éxito*, es decir sin enfermedad ni discapacidad. La gran mayoría de ancianos, sin embargo, padecen una o más enfermedades crónicas y es la estrecha relación entre envejecimiento y enfermedad la que irá produciendo discapacidad, especialmente en las edades más extremas y cuando coexisten varias enfermedades crónicas. Este tipo de envejecimiento se considera un *envejecimiento usual o normal*. Y finalmente existe un grupo de ancianos no muy numeroso, pero con gran repercusión a nivel del consumo de recursos sociosanitarios, que envejecen con mucha discapacidad y ésta no es consecuencia sólo del envejecimiento, sino de la gravedad de las enfermedades crónicas que padecen (demencia, accidente cerebrovascular, artrosis, insuficiencia cardiopulmonar, etc.) Este grupo de población sufriría un *envejecimiento patológico*.

En el proceso de envejecimiento, la alteración fundamental del organismo es la pérdida de adaptabilidad. Los mecanismos de homeostasis que producen respuestas adaptativas a cambios ambientales se vuelven menos sensibles, más lentos y menos sostenidos con la edad. La reserva fisiológica de los diversos órganos y sistemas está disminuida. Existe una fragilidad y cualquier agresión externa puede provocar el fracaso funcional de un sistema que hasta aquel momento no fallaba pero que estaba al límite de sus posibilidades. Pequeñas descompensaciones de un órgano concreto pueden provocar grandes fracasos multiorgánicos o deterioros funcionales. Este fracaso en los ancianos sanos ocurre en edades muy extremas, pero en ancianos con enfermedades crónicas o discapacitados puede aparecer en edades más tempranas.

Se puede, por tanto, definir el concepto de fragilidad de varias maneras:

- Aquellas personas con el riesgo más elevado de presentar reacciones adversas.
- Personas con alto riesgo de dependencia, institucionalización, caídas, accidentes, enfermedad aguda, hospitalización, lenta recuperación de las enfermedades y mortalidad.
- Situación de equilibrio inestable fácilmente alterado por causas ambientales (infecciones, traumatismos...).

La presentación de las enfermedades en los ancianos no difiere mucho de la de los adultos, pero en los ancianos frágiles puede presentar diferencias importantes. En concreto cabe señalar la tendencia a la inespecificidad de los síntomas, la importante repercusión de las enfermedades a nivel funcional y la frecuente interrelación de la enfermedad con las condiciones psicosociales (Tabla 1).

Tabla 1. Principales características de las enfermedades en los ancianos frágiles

- *Presentación clínica más inespecífica secundaria a:
presentación atípica de las enfermedades
presencia de más de una enfermedad
tendencia a la generalización de los síntomas*
- *Deterioro funcional físico y cognitivo*
- *Más riesgo de yatrogenia*
- *Mayor mortalidad*
- *Condiciones psicosociales estrechamente relacionadas*
- *Evolución hacia la aparición de síndromes geriátricos: caídas, inmovilismo, delirium, incontinencia, desnutrición, úlceras de decúbito...*

Precisar qué procesos en la vejez son normales y cuáles son patológicos tiene importantes implicaciones en todos los ámbitos de la atención sociosanitaria de las personas mayores. Así, en la medida en que se interpreten cambios derivados de un proceso patológico como cambios normales, se dificultará la puesta en práctica de intervenciones que podrían ser eficaces para el mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas con más edad.

2.3. RELACIONES ENTRE CONDUCTA Y SALUD EN LA VEJEZ

Hace aproximadamente dos décadas que se iniciaron una serie de estudios longitudinales para poner de manifiesto hasta qué punto los estilos de vida tienen un peso importante en las cifras finales de enfermedades crónicas y hasta qué punto las costumbres saludables afectan positivamente a la longevidad. Está claro que al vivir más, las personas acumulan una serie de hábitos de vida y comportamientos que pueden facilitar o impedir el desarrollo y el curso de algunas enfermedades crónicas.

El interés por conocer la dinámica interrelación entre comportamiento, procesos de envejecimiento y salud es cada vez mayor y a ello están

contribuyendo desde diferentes perspectivas líneas de investigación que se proponen conocer qué comportamientos y actitudes influyen en la salud de la gente a medida que avanza en edad, o cómo estas actitudes y comportamientos interactúan con procesos fisiológicos y psicológicos en el resultado final del nivel de salud y de funcionamiento en general y qué condiciones sociales pueden afectar al desarrollo de estilos de vida y comportamientos que promocionen la salud en las personas mayores. El estudio de estas relaciones es ámbito de competencia de la Psicología de la Salud que actualmente es extenso y con tendencia a un crecimiento acelerado conforme se elaboran nuevas concepciones de salud y de las alteraciones de la misma y se emprenden nuevas estrategias de intervención en la promoción de la salud y en la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Son muchas las hipótesis en las que la relación entre salud y comportamiento se hace más estrecha con la edad, ya sea porque las circunstancias físicas y sociales de la vejez pueden mermar en las personas mayores los recursos y habilidades para adaptarse mejor (por ejemplo, percepción de control, apoyo social o estrategias de afrontamiento) y además, el envejecimiento incrementa la vulnerabilidad de las respuestas fisiológicas (sistemas neuroendocrino e inmunológico) en situaciones estresantes. Y son también muchos los datos que señalan un comportamiento diferente de las personas mayores en relación con la salud (Ramos y Jiménez, 1999).

Tomando como referencia el clásico estudio realizado en la localidad de Alameda (California), en el que se ha seguido la evolución de 9.000 personas desde el año 1965, entre otros resultados se ponía de manifiesto que 17% de las personas mayores de 65 años practicaban siete hábitos de salud (evitar el tabaco y el consumo de alcohol, evitar comer entre horas, realizar ejercicio, controlar el peso, dormir y desayunar adecuadamente), mientras que entre los menores de 45 tan sólo lo hacía el 6%. También se puso de manifiesto que la viudedad no era un factor de riesgo significativo como predictor de mortalidad entre las mujeres .

Recientemente se han publicado datos del seguimiento del Estudio Longitudinal de Alameda, en los que se constata una relación entre factores de riesgo y fragilidad. Las personas frágiles presentan una actividad reducida, un peor estado de salud mental y un menor grado de bienestar subjetivo en comparación con personas sin fragilidad y entre los predictores de fragilidad, son varios los que se refieren a hábitos de comportamiento. Tal como podemos ver en la tabla 2.

Tabla 2.. Predictores de fragilidad

- *Consumo elevado de alcohol*
- *Consumo de cigarrillos*
- *Inactividad física*
- *Depresión*
- *Aislamiento Social*
- *Salud percibida como “regular o mala”*
- *Prevalencia de dos o más síntomas crónicos*
- *Prevalencia de una o más enfermedades crónicas.*

La comprensión de las relaciones entre salud y comportamiento en la vejez es complicada por los sutiles mecanismos a través de los cuales el envejecimiento determina la existencia o potencia los factores de riesgo. Dado que no podemos abordar todos los aspectos, nos centraremos en comentar algunas circunstancias concretas de las prácticas y de los programas de salud en la población de más edad y señalar la importancia de los factores psicológicos que repercuten en la salud de los ancianos, concretamente las estrategias de afrontamiento y el control personal.

3. PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Si se valoran las condiciones que en el pasado han influido en la salud, parece que la contribución de la medicina moderna al aumento de la esperanza de vida ha sido menos de lo que se cree. Una contribución fundamental fue la reducción de las enfermedades infecciosas con la disponibilidad de los antibióticos, pero ya antes se había logrado una disminución importante debido al menor contacto con los agentes infecciosos gracias a la *higiene* y a una mayor resistencia a la enfermedad debido a las mejoras en la *nutrición*.

Si hablamos de qué es lo que hace a un individuo *estar más sano*, el clásico estudio de Alameda (ya citado) apunta, entre otros aspectos, siete reglas para mantenerse sano: dormir 7-8 horas por la noche, desayunar, no picar entre comidas, mantener un peso razonable, no fumar, beber alcohol moderadamente y hacer a menudo una actividad física. Estas “reglas” ya fueron consideradas por los clásicos (Diocles de Caristo, un médico del siglo IV a.C., y confirmadas por Galeno en el siglo II) al referirse a *seis cosas* que si no se trataban con moderación podían causar enfermedades: el sueño y la vigilia, la comida y la bebida, el trabajo y el descanso, las cuestiones del alma, el aire y el ambiente y las secreciones y excreciones. En cualquier caso, se apunta al papel que juegan

determinados comportamientos y estilos de vida para conseguir una vida más sana.

Como dice la canción "tres cosa hay en la vida para intentar ser feliz: *Salud, dinero y amor*". Salvo el dinero , que a esta edad o se tiene o no se tiene, el anciano puede hacer muchas cosas para mantener un estilo de vida saludable: Cuidar la salud, alimentarse bien, mantenerse en forma etc. Ya otro refrán dice: "*Conviene al anciano poca cama, poco plato y mucho zapato*".

Son muchas las actividades que se pueden realizar para promocionar la salud de los ancianos (Tabla 3). Comentaremos brevemente algunas de ellas.

Tabla 3. Promoción de la salud en ancianos

Promoción de salud:	
- <i>"Un conjunto de estrategias para conseguir cambios en actitudes, hábitos, estilos de vida que lleven a mejorar la calidad de vida de los individuos"</i> .	
Modelo educativo enfatiza	aprender a envejecer:
	<i>"dar años a la vida"</i>
	<i>"dar vida a los años"</i>
	<i>"dar calidad de vida a los años"</i> .

3.1.EJERCICIO FÍSICO Y TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN

Es hoy una opinión bastante generalizada y probada científicamente que la práctica continua y controlada de actividades físicas y deportivas es el mejor medio para mantenerse en forma y evitar un envejecimiento patológico. Por el contrario, una vida demasiado tranquila y sedentaria en la vejez fomenta la probabilidad de sufrir enfermedades.

Por otra parte, especial interés tienen hoy las llamadas *técnicas de movilización* (fisioterapia, socioterapia, terapia ocupacional) que se vienen utilizando en la rehabilitación de ancianos que padecen enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, neurológicas o de la motilidad, e incluso los trastorno mentales. En todos los casos, aunque de forma diferente, si se actúa a tiempo se pueden lograr recuperaciones totales, o cuando menos parciales, evitando que el anciano termine en un hospital, postrado en cama la mayor parte del tiempo y considerado como un caso incurable.

En la actualidad, a estas técnicas ya tradicionales de la rehabilitación psicogerítrica cabe añadir los planteamientos de la reeducación y terapia psicomotriz, que vienen siendo utilizados en diversos contextos: hogares, residencias, hospitales. Sus objetivos se centran sobre todo en desbloquear, activar y movilizar, y potenciar en lo posible a los sujetos, como medida preventiva y terapéutica, para mantener en ellos sus posibilidades psicomotrices y relacionales. Se pretende, así, lograr la adaptación psicosocial del anciano a su medio ambiente, lo que lógicamente facilita la adaptación de cada individuo a su propio proceso de envejecimiento. En muchos casos, los ancianos que participan en los grupos de Psicomotricidad confiesan que reencuentran “la alegría de vivir” y se muestran más abiertos, solidarios y receptivos.

3.2.HABILIDADES COGNITIVAS

Se reconoce que en la vejez ocurre un entrecimiento de los procesos psíquicos a causa de la merma neuropsicológica que se manifiesta en estas edades; sin embargo, esta realidad no es generalizable a todos los procesos psíquicos. Los trastornos de la memoria, la atención, el pensamiento, la percepción son superados por el interés y la motivación que el anciano tiene para el aprendizaje, que es más lento, pero más significativo para el individuo, aspecto que lo distingue del aprendizaje en edades anteriores, donde los procesos psíquicos alcanzan su más alto rendimiento, pero, a veces, el individuo no identifica “*para qué*” aprende. Estos ejemplos los encontramos sobre todo en la niñez y aún en estudiantes universitarios.

Un aspecto esencial de una vejez sana lo componen las estrategias asociadas a las habilidades y recursos cognitivos para dar una respuesta más eficaz al ambiente. Cuando las habilidades empiezan a fallar, la *eficacia personal* puede mantenerse mediante práctica y entrenamiento de ciertas estrategias y con la promoción de ambientes estimulantes que favorezcan la práctica de tales habilidades.

En relación con el funcionamiento neuropsicológico, la memoria representa uno de los objetos de estudio más relevante en el campo de la gerontología. Desde el punto de vista de la intervención, exceptuando los casos en los que se ha producido un daño neurológico importante en los que la restauración del funcionamiento de la memoria está muy limitado, las alteraciones de la memoria asociadas a la edad pueden ser abordadas fomentando el empleo entre las personas mayores de estrategias que ayuden a utilizar de manera más eficiente las capacidades que aún se mantienen y se puede entrenar a los cuidadores con estrategias eficaces para afrontar las situaciones problemáticas provocadas por el déficit mnésico de las personas mayores.

3.3. OCIO Y CULTURA

En un mundo donde la prisa es la tónica general, el anciano suele ser el que dispone de más tiempo libre. Puede disponer a su antojo de la mayor parte de las horas del día, por eso necesita organizar su vida de ocio, ya que se ve en la disyuntiva de “*matar el tiempo o dejarse matar por él*”. La revalorización del ocio cobra en la vejez una gran importancia, ya que es la época de la vida en la que uno puede y debe dedicar más tiempo a sus ocupaciones favoritas y a sus *hobbies*. Normalmente, cuando el anciano logra organizar su tiempo libre con actividades que le agradan, se adapta mejor al envejecimiento y se siente más seguro de sí mismo, satisfecho y feliz; por el contrario, cuando las horas pasan muertas, vacías, sin nada que las llene y las dé sentido, el anciano se aburre, se angustia, se deprime, se deteriora.

Las actividades que el anciano puede realizar son muy variadas y dependen de su personalidad y de su experiencia previa. Sin embargo, hay que señalar que más importante que la actividad en sí lo es el significado que le da el individuo que la realiza. Ocuparse en algo tan simple como arreglar juguetes puede ser el último recurso al que acuda un hombre desesperado y aburrido, pero puede ser también una actividad satisfactoria para otro, especialmente si los juguetes son para sus nietos. En realidad es difícil que el anciano se interese súbitamente por algo que anteriormente no despertó su atención. Así, el desarrollo de los hobbies (artesanía, colecciones, música...) exige normalmente que antes se haya sentido atraído en parte por estas actividades a las que ahora puede dedicar mucho más tiempo.

El nivel cultural juega también un papel muy importante, pues normalmente los sujetos más cultos encuentran mayores posibilidades de entretenerse con actividades diversas (leer, oír música, ir al teatro, viajar), mientras que los menos desarrollados culturalmente suelen tener actividades rutinarias y fijas (jugar la “partida”, jugar a la petanca, cuidar de sus nietos, etc.). Sin embargo, en todos los casos el criterio que debe prevalecer es que el anciano aproveche su tiempo libre y que cultive y desarrolle sus aficiones personales. En este sentido, los hogares, los clubes, los talleres protegidos, y otros centros similares, pueden contribuir eficazmente a orientar y canalizar muchas de las expectativas que los ancianos tienen, ya que en numerosos casos llegan a despertarse aficiones e inclinaciones que para las personas que empiezan a ser dueños de su tiempo constituyen una auténtica salvación.

Una experiencia significativa para el desarrollo cultural de los ancianos son sin duda las llamadas “*Universidades de la experiencia*”. Se trata de una alternativa surgida inicialmente en Francia y extendida después a numerosos países europeos, entre ellos España, cuyo objetivo es aumentar el deseo de saber

en el anciano en relación con los diferentes aspectos de la cultura, poniendo al día sus conocimientos, en caso de que ya los posea, o facilitándole los medios para adquirirlos. Las actividades que se llevan a cabo en estos centros parten de una concepción integral de las necesidades del anciano y, en consecuencia, sus programas atienden tanto los aspectos intelectuales como físicos de la persona. Así, junto a cursos monográficos, conferencias, sesiones de cine-forum, etc., se fomenta la práctica de deportes y se organizan excursiones y viajes con el fin de suscitar el interés de los ancianos por cuanto les rodea y ampliar sus vínculos con el desarrollo de la vida contemporánea.

Los medios de comunicación ejercen también un gran influjo porque buena parte de su audiencia está constituida por ancianos, una de cuyas aficiones favoritas es ver la televisión, que es la que, según diversos estudios, ocupa el mayor tiempo en la vida de ocio de los ancianos. Por eso, sería deseable que se tuviesen más en cuenta sus preferencias y sus gustos y se dedicasen programas específicos para ellos, destinados a divertirlos, por un lado, y por otro a orientarles sobre los problemas que les abruma, en particular a los que viven solos.

4. PAUTAS DE INTERVENCIÓN

Dos cuestiones son clave para intervenir sobre la salud de las personas mayores. Cómo plantear el cambio con la introducción de nuevos hábitos relacionados con la salud y si la actuación se va a realizar sobre el individuo o sobre el sistema social (caso de las actividades en grupo).

Si es sobre un individuo en concreto es necesario:

- Fomentar una conciencia y motivación en el individuo para que adopte las nuevas prácticas de salud.
- Iniciar el entrenamiento para el aprendizaje del hábito.
- Promover una red de apoyo para que mantenga el nuevo aprendizaje o modificar el ambiente para reducir el esfuerzo necesario para llevarlo a cabo.
- Prevenir el abandono o las recaídas durante las fases de adopción del hábito.
- Mantener a largo plazo la práctica deseada.

A la hora de llevar a cabo programas de educación para la salud sobre el sistema social se debe tener en cuenta a quién va dirigido el programa. El desconocimiento o subestimación de las tradiciones y costumbres de la población conducen al fracaso de las campañas de salud, como ha sucedido, en parte, con las destinadas a modificar el hábito de fumar, la obesidad o el

sedentarismo. Esta circunstancia tiene aún más relevancia cuando la educación para la salud se dirige a personas *ancianas* muy apegadas a sus hábitos y tradiciones, con un enorme caudal de experiencias y sabiduría que bien aprovechadas y orientadas pueden revertir en la salud del individuo y la comunidad.

Otro aspecto a valorar para la eficiencia de la educación sanitaria corresponde al análisis del estilo de vida, expresión individual del modo de vida caracterizado por la actividad del individuo y determinado por sus condiciones de vida directas y concretas establecidas por los factores *sociales*, el marco familiar e institucional donde la persona se desenvuelve.

El estilo de vida, por tanto, cumple la función de insertar al individuo a un grupo social, constituyendo una prueba de pertenencia, vinculación social y también de autoidentificación. Como consecuencia de esta interrelación, el estilo de vida de las personas está influido por la familia, las amistades, la comunidad. Por lo que promover un determinado comportamiento saludable enfoca los factores sociales, fundamentalmente en aquellas instituciones o personas que tienen más influencia sobre el individuo.

Las características bastante controvertidas, de esta población obliga a un cuestionamiento y un quehacer diferentes, en lo que al cuidado de la salud se refiere. Los pasos para el necesario cambio en materia de educación para la salud en gerontología deben estar dirigidos a:

- Orientar estrategias para el conocimiento y divulgación del problema del envejecimiento y la vejez a todos los sectores de la población.
- Formación y preparación para la atención al anciano a profesionales y no profesionales, incluyendo al propio anciano.
- Incluir nuevas estrategias y métodos de comunicación acorde a la población anciana y sus necesidades.

La educación en y para los ancianos parte de los siguientes criterios :

- a) La educación gerontológica debe ser ofrecida a la población en general: a los viejos para conservar su autosuficiencia y adaptación social, forma de mantener el vínculo con el desarrollo social actual; a los adultos para prepararse para la vejez y a los niños para conocer y respetar, formando actitudes positivas hacia los ancianos.
- b) La necesidad de que todas las personas, independientemente de la edad, se encuentren actualizadas e informadas manteniéndose en contacto con el conocimiento que ofrece el acelerado proceso científico-técnico característico de nuestros tiempos.

- c) Profundizar en la búsqueda de métodos idóneos para transmitir mensajes que enseñen y eduquen ajustados a los mayores, ya que la posibilidad de aprender existe a lo largo de toda la vida del hombre, incluyendo la vejez.
- d) Las diferencias sustanciales entre enseñar y educar a niños, adultos y viejos se encuentra determinado por las propias características de cada etapa, lo que obliga a que en cada caso se estructure el proceso enseñanza-aprendizaje de manera diferente.

La experiencia y conocimientos de los ancianos, acumulados por diferentes vías, introduce una forma pedagógica peculiar, de la que resaltarnos algunos aspectos:

- La interacción que provoca la enseñanza y educación entre maestros y alumnos se torna con los ancianos en un proceso cooperativo, donde el aporte de experiencias y sabiduría es compartido por todos.
- El aprendizaje centrado en la necesidad, en la búsqueda de soluciones dirigidas a satisfacer las propias necesidades del grupo y del individuo.
- Se debe fomentar la autodirección del grupo por los ancianos, ya que esto forma parte de su integración social.
- La educación de ancianos debe estar dirigida al desempeño de nuevos roles y la búsqueda de un nuevo espacio en la sociedad.

5. ESTRÉS Y ENVEJECIMIENTO

Al estudiar la relación entre pautas y estilos de comportamiento y su efecto sobre la salud de los mayores, no podemos dejar de considerar un espacio al lugar que ocupa el estrés en el envejecimiento.

Las teorías sobre la naturaleza del envejecimiento han ido asociadas al concepto de estrés de dos maneras: la primera es que la edad avanzada es un momento en que el organismo deja de controlar bien el estrés; la otra es que el estrés, sobre todo en sus formas prolongadas y extremas acelera el envejecimiento.

¿Cómo se enfrentan los organismos viejos al estrés? Parece que no muy bien. El envejecimiento se define en muchos sentidos, como la pérdida progresiva de la capacidad de enfrentarse al estrés, lo que concuerda con la percepción que tenemos de las personas ancianas como seres frágiles y vulnerables. Esto se puede enunciar de forma más rigurosa diciendo que muchos aspectos del cuerpo y la mente de un organismo viejo funciona bien siempre que no se les fuerce. Si un organismo anciano se ve sometido a situaciones estresantes, ya sean de tipo físico o psicológico, es muy posible que se desmorone antes que un organismo más joven.

En ausencia de estrés (de cualquier clase) los organismos viejos y jóvenes actúan prácticamente igual; sometidos a estrés, la actuación empeora en ambos grupos de edad, pero más deprisa en los ancianos.

La adaptación y la acomodación a las circunstancias que la vida pone a cada uno en su camino forman parte de la vida misma, en algunos casos la adaptación exige poco esfuerzo o la persona cuenta con los medios adecuados para hacerlo sin que la percepción de amenaza o daño se haya hecho presente; en otros casos o quizá mejor en otras personas, las situaciones demandan respuestas más activas en lo biológico y en lo psicológico al exigir un esfuerzo adaptativo mayor. La vejez muchas veces va asociada a un mayor número de *pérdidas* (personas queridas, roles sociales), *valores que disminuyen* (la salud física, la fuerza, los recursos económicos, y lo que es más importante la ilusión y la esperanza...) y aparecen también acontecimientos nuevos que exigen cambios en la forma de vida (la jubilación, la adaptación a una enfermedad crónica o el ingreso en una residencia). Estas circunstancias por sí mismas no son importantes; sí lo es, en cambio, cómo la persona las siente y cómo las controla. Será, por tanto, el significado del acontecimiento lo que determine la respuesta de estrés y la manera y actitud como afronte el sujeto la situación lo que marcará las diferencias entre el estar y sentirse bien o por el contrario sucumbir y ser presa del malestar. Para el estudio del estrés en ancianos se deben considerar los siguientes aspectos:

a) No se puede definir el estrés únicamente por la intensidad o por las propiedades intrínsecas del estresor.

b) Los procesos cognitivos en la evaluación de la amenaza determinarán formas diferenciales de afrontamiento, o evitación.

c) Los factores personales (compromisos y creencias) y situacionales (novedad del acontecimiento, predictibilidad, duración, certidumbre, normatividad o ambigüedad) determinarán la evaluación y afrontamiento en el contexto específico de estrés.

d) Los ancianos presentan patrones diferenciales de reacciones al estrés.

e) Variables de tipo psicosocial, personalidad, control y apoyo social, juegan un papel fundamental en la valoración del estrés como “reto/desafío” o como “amenaza/daño” y por tanto en los efectos positivos o negativos sobre la salud y el bienestar personal.

5.1. AFRONTAMIENTO

El afrontamiento o *coping* sería el proceso por el que la persona intenta “manejar” la discrepancia entre las demandas que percibe en la situación y los recursos de los que dispone o cree disponer para hacerla frente. El término

“manejar” hace referencia a los esfuerzos que realiza la persona sin que ello implique, no obstante, una solución del problema. Los intentos por manejar la situación pueden derivar en un cambio de percepción acerca de la discrepancia, tolerar o aceptar una posible amenaza o daño o, simplemente, escapar de la situación.

Atendiendo a las funciones (*modificar el problema* causante del estrés y *regular la respuesta emocional* ante el problema) y los métodos empleados (estrategias encaminadas a modificar la situación, variar el significado de la situación y aquellas dirigidas a manejar el estrés resultante), parece que las personas mayores ponen en práctica principalmente estrategias centradas en la emoción, sobre todo a través de la modificación del significado de la situación (Ramos, 1999). Este tipo de afrontamiento se explica quizás por que la persona considere que la situación no puede modificarse, optando entonces por no cambiar la situación y, a cambio, utilizar estrategias para cambiar el significado de la situación, modificando sus preferencias y prioridades y reinterpretando el significado mediante la comparación positiva (se comparan con personas de su misma edad que están en una situación igual o peor). De cualquier forma no está determinado cuál es el estilo que funciona mejor y que pueda ir más encaminado a conseguir el objetivo de “envejecer bien”. No obstante, analizando el proceso de afrontamiento satisfactorio aparecen tres factores psicológicos que tienen un papel fundamental: 1) un sentido de control personal o una sensación de control de la situación y la oportunidad de ejercer control; 2) una información adecuada y que se utiliza como recurso para saber qué hacer ante una situación determinada; y 3) un apoyo social adecuado.

5.2. CONTROL PERSONAL.

El *control*, o grado en el que la persona percibe que existe una relación funcional entre sus acciones y los eventos que siguen a tales acciones, puede tener una gran influencia sobre el bienestar físico y emocional. En relación con los ancianos, los teóricos que han manejado la variable del *control personal* han hipotetizado que determinados acontecimientos ambientales (pérdida de roles laborales, sociales, familiares) y biológicos (disminución de las facultades físicas) e incluso sociales (estereotipos y prejuicios a cerca de la vejez) disminuyen tanto la percepción de control como el control real que pueden ejercer sobre estos acontecimientos.

Para probar tales hipótesis se han llevado a cabo una serie de estudios experimentales que manejan la variable control mediante intervenciones que fomentan en los ancianos el control personal y los resultados, de forma prácticamente unánime, se decantan por señalar efectos positivos al fomentar la

sensación de control entre las personas mayores, tanto en la comunidad como en instituciones.

En el estudio de referencia clásico de Langer y Rodin (1976) (ver Ramos y Jiménez, 1999) que analizó el grado de control, libertad y elección que el entorno permite al individuo y su relación con un grado mejor de salud y bienestar, el *control* se manejó en el momento del ingreso en la institución, diferenciando dos a los que se les dio un mensaje diferente. En un grupo el mensaje se centraba en resaltar que ellos eran competentes y estaban capacitados para tomar sus propias decisiones y se les ofreció una planta para que fueran responsables de su cuidado; en el segundo grupo el mensaje ponía el énfasis en que estaban en la residencia para ser atendidos y que el personal se ocuparía de todas sus necesidades (se les dio también una planta, pero el personal la cuidaría). Después de tres meses de intervención aparecieron los primeros resultados, a favor de mejores índices de bienestar físico, emocional y actividad en el grupo primero.

La importancia de la percepción de control sobre las acciones y el cumplimiento de metas y proyectos personales en el curso de la vida y su influencia en el bienestar y satisfacción ha sido estudiado también por otros autores. Para que la percepción de *control personal* promueva la competencia, las intervenciones deben tener en cuenta que: a) la posibilidad de elección que se plante a los ancianos sea real, que pueda poner en práctica conductas competentes y se ponga a su alcance los medios para que pueda experimentarlo; b) que los mensajes a cerca de la capacidad de control no fomenten sentimientos de indefensión debido a que las posibilidades de control vayan más allá del nivel de capacidad real de la persona; c) que la persona quiera hacer una elección y la considere relevante y d) que no se establezcan situaciones en las que se fomenta el control, pero la persona experimenta sus esfuerzos como vanos.

La investigación de la *percepción de control* tiene aún mucho que decir sobre su influencia en el resultado final de salud y satisfacción en la vejez, como una variable fundamental de la relación que las personas mantienen con su entorno, sobre todo en ancianos que viven en residencias, puesto que aquí se acrecienta la tendencia a la pasividad, en el que se tiene poco control sobre las actividades diarias, donde la persona suele estar aislado de la red de apoyo social de toda su vida y donde a veces se trata a los ancianos como si fueran niños.

5.3. APOYO SOCIAL

El apoyo social y su importancia como mediador de la salud está plenamente aceptado y repetidamente se ha comprobado su relación con la

salud física y psicológica. En relación con la vejez, el apoyo social, tanto estructural como funcional es una variable fundamental en la modulación de las circunstancias que pueden atezar a las personas mayores, puesto que proporciona al anciano el medio para expresar sus sentimientos, contrastar su situación con la de otras personas, encontrar ayuda, ya sea moral o material, buscar información y desarrollar objetivos realistas (Buendía, 1997).

6. BIENESTAR PSICOLÓGICO

“Envejecer con éxito”, tener “calidad de vida” o vivir una “vejez positiva” son términos que están apareciendo con frecuencia creciente no solo en la literatura especializada, sino también en los medios de comunicación. Prensa, radio y televisión en los espacios dirigidos a “los más mayores”, se hacen eco de la corriente de pensamiento que sin negar la realidad del declive ligado al proceso de envejecimiento, tiene una visión más positiva y optimista.

Hoy la Gerontología está mostrando un especial interés por el “bienestar psicológico” de las personas mayores, aunque desde la antigüedad los filósofos siempre han mostrado este interés. Una definición aproximativa a este concepto podría ser la siguiente: *el “bienestar psicológico” representa el juicio de la persona sobre sí mismo y en relación con el mundo externo*. Podría definirse también como *“el ámbito que incluiría todos los aspectos que se relacionan con la adaptación del individuo, tanto satisfactoria como insatisfactoria y los estados subjetivos que resultan de la misma”*. Los autores que tratan el tema incluyen los “estados de ánimo”, el “humor” o conceptos como “la satisfacción vital”, “el ajuste personal”, la “fuerza del yo”, la “autoestima”, la “confianza” o la “felicidad”. En definitiva el *“bienestar psicológico”* incluye diversos aspectos difíciles de operativizar, puesto que los ámbitos que representa no se distinguen fácilmente unos de otros ni conceptualmente ni empíricamente.

INDICADORES DE BIENESTAR PSICOLÓGICO

Son muy diversos y aparecen asociados a las teorías que los propugnan. Así la teoría psicológica tradicional destacaba: satisfacción con la vida, felicidad, afecto positivo, bienestar subjetivo (estado de ánimo, moral). Con las aportaciones de diferentes teoría se ha construido el *Modelo multidimensional de bienestar psicológico*. Dicho modelo destaca que el constructo *“Bienestar psicológico”* es multidimensional y consta de seis dimensiones principales:

1. Autoaceptación: Tener una actitud positiva hacia lo que uno es, reconocimiento y aceptación de las cualidades buenas y malas de uno mismo, y sentimientos positivos hacia la vida pasada.

2. *Relaciones positivas con los otros*: Supone una relación cálida, de confianza, de preocupación por el bienestar de los otros. Supone ser capaz de mostrar empatía, afecto, intimidad y comprender lo que se da y se toma de las relaciones humanas.
3. *Autonomía*: Autodeterminación e independencia, capacidad para resistir la presión social, para pensar y actuar de una forma determinada y regular el comportamiento desde dentro y desde criterios personales.
4. *Proyectos vitales*: Plantearse metas y dar sentido a la vida presente y pasada, tener creencias para dar un sentido a la vida y plantearse metas y objetivos.
5. *Crecimiento personal*: Sentimiento de estar creciendo como persona, abierto a nuevas experiencias, sentir que aún quedan potencialidades para ser desarrolladas, sentir que se mejora cada día y ser capaz de cambiar para mejorar.
6. *Dominio sobre el ambiente*: Competencia para manejar el medio ambiente, control sobre las actividades externas, uso efectivo de las oportunidades cercanas que se brinden y tener la posibilidad de elegir contextos adecuados para satisfacer las necesidades personales.

Subrayamos que esta estructura multidimensional propuesta es teórica y no ha sido testada todavía, aunque hay datos parciales que la sustentan Buendía (1994).

7. CALIDAD DE VIDA

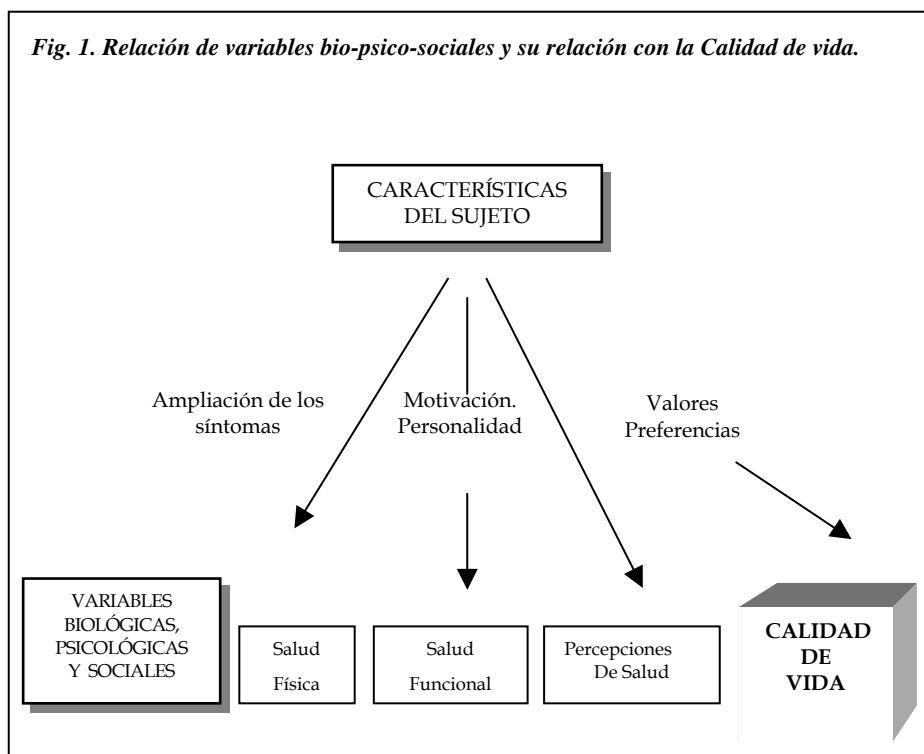
La calidad de vida se ha definido de muchas maneras, tantas que no hay consenso para definir las cualidades que convierten la vida y la supervivencia en valiosa. Shin y Jonhson (1978), (en Ramos y Jiménez 1999) consideran que la calidad de vida consiste en “*la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades individuales y de los deseos, la participación en actividades que permitan el desarrollo personal y la autorrealización y la comparación satisfactoria entre uno mismo y los demás*”. La calidad de vida depende, pues, del conocimiento y la experiencia propia.

INDICADORES DE CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

¿Cómo abordar el estudio de la calidad de vida en la vejez? La vejez supone una de las etapas del ser humano en las que más se ha investigado la calidad de vida, debido en parte, a la premisa general que subraya que las personas mayores experimentan, a lo largo de la vejez, una serie de condiciones y pérdidas por lo que su calidad de vida se deteriora. Hasta la fecha no se ha llegado a un consenso sobre las condiciones que más influyen en la calidad de

vida de los mayores. Muchos de los trabajos realizados han analizado el impacto que la enfermedad o condiciones médicas específicas representan en la vida, pero estos índices son muy limitados ya que no hacen sino reflejar una de las dimensiones, la salud, en la que la calidad de vida se expresa.

Afortunadamente, el desarrollo de la Gerontología en los últimos años, ha favorecido el perfeccionamiento de conceptos e instrumentos que han hecho importantes aportaciones para el estudio de la calidad de vida del anciano. En tal sentido, se han realizado estudios sobre «autonomía» que han facilitado la aproximación más integral a la evaluación de la calidad de vida en la vejez. La “autonomía”, como concepto, constituye un descriptor multifactorial de la salud del anciano, pues no sólo profundiza en los cambios ocasionados por la enfermedad en su aspecto físico, sino que abarca toda una gama de actividades humanas, tales como la economía, desarrollo social, servicios de salud, etc., pudiendo además emplearse en estudios sobre poblaciones sanas como indicador de su estado de salud, por lo que no se restringe su uso a individuos enfermos. Del mismo modo ha contribuido el concepto de “estado funcional”, ya que como hemos visto, las medidas funcionales incrementan la comprensión acerca del curso de la salud, teniendo en cuenta la triple dimensión bio-psico-social y conductual y su influencia en el envejecimiento (Figura 1).



Quizás, uno de los indicadores que más relevancia tienen al estudiar la calidad de vida de las personas ancianas sean los indicadores relacionados con el “*bienestar psicológico*” que como ya hemos estudiado son un importante índice de la experiencia del envejecimiento. Varios estudios han demostrado que el bienestar no declina con la edad y que permanece relativamente independiente de las circunstancias objetivas en que transcurre la vida del anciano y de su propio estado de salud; es indiscutible el valor teórico-práctico de estos hallazgos para abordar la calidad de vida en la tercera edad y sobre todo, para desmitificar y refutar los estereotipos y la desvalorización que durante tanto tiempo ha rodeado al envejecimiento.

En el modelo conceptual para el estudio de la calidad de vida propuesto por Wilson y Cleary (1995) (ver Ramos y Jiménez, 1999) quedan reflejados los distintos aspectos a considerar. Se trata, de una manera de abordar la calidad de vida teniendo en cuenta diferentes dimensiones de expresión de la misma la dimensión biológica y psicológica que se expresará en la salud física, el estado funcional y la percepción de salud; las características individuales (motivaciones, características de la personalidad, valores, preferencias), y los elementos del ambiente, tales como el apoyo social, económico y psicológico que recibe el individuo y que van a influir, amortiguando en muchos casos el peso de la morbilidad, en la calidad total de la vida. Se trata, por tanto, de integrar en un modelo todos los factores que tradicionalmente se han estudiado por separado.

En nuestro medio la investigación de la calidad de vida en la vejez está teniendo un desarrollo importante como lo demuestra el esfuerzo por adaptar a nuestra población algunos de los instrumentos para la evaluación de los distintos indicadores de “calidad de vida” y son de destacar los trabajos sobre el concepto de calidad de vida basado no sólo en planteamientos teóricos sino en hallazgos empíricos, según los cuales, las condiciones que parecen integrar la calidad de vida son: la salud (tener una buena salud), las habilidades funcionales (valerse por sí mismo), las condiciones económicas (tener una buena pensión y/o renta), las relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y los amigos), la actividad (mantenerse activo), los servicios sociales y sanitarios (tener buenos servicios sociales y sanitarios), la calidad en el propio domicilio y en el contexto inmediato (tener una vivienda buena y cómoda y calidad de medio ambiente), la satisfacción con la vida (sentirse satisfecho con la vida), y las oportunidades culturales y de aprendizaje (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas).

La compleja naturaleza del concepto se traduce en la dificultad de su medida. Su multidimensionalidad y su bipolaridad objetiva-subjetiva hace necesario utilizar los distintos procedimientos que midan cada uno de los aspectos que conforman el concepto de “calidad de vida” y a través de los

cuales ha sido operacionalizado. Indicadores de salud física, salud funcional, autonomía, bienestar psicológico, integración y apoyo social e indicadores de calidad medioambiental y disponibilidad de servicios deben estar presentes a la hora de aproximarse al difícil concepto de la “calidad de vida”.

BIBLIOGRAFÍA

- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid. Siglo XXI.
- Buendía, J. (1997). *Gerontología y Salud: Perspectivas actuales*. Madrid. Biblioteca Nueva .
- Izal, M. Y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid. Síntesis.
- Mace, N y Rabins, P (1991). *36 horas al día*. Barcelona. Ancora .
- Montorio, I. y Izal, M. (1999). *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud*. Madrid. Síntesis.
- Pelechano, V. y De Miguel, A. (1994). Habilidades interpersonales y salud en la vejez. En J. Buendía (Ed), *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (pp. 107-149) . Madrid: Siglo XXI.
- Ramos, F. (1997). Psicología de la muerte y vejez. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y Salud* (pp. 169-182). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ramos, F. y González, H. (1993). Estrés, cognición y suicidio. En J. Buendía (Ed.), *Estrés y psicopatología* (pp. 113-131). Madrid: Pirámide.
- Ramos, F. y González, H. (1994). La sexualidad en la vejez. En J. Buendía (Ed.), *Envejecimiento y Psicología de la Salud* (pp. 151-178). Madrid: Siglo XXI.
- Ramos, F. y Jiménez, P. (1999). *Salud y Envejecimiento* Madrid. Uned-Fue.
- Sánchez Caro, J. y Ramos, F. (1982). *La vejez y sus mitos*. Madrid. Salvat.
- Selmes A y Selmes J (1990) *Vivir con la enfermedad de Alzheimer*. Madrid: Meditor S.L.
- Selby Ph y Griffiths, A (1986). *Guía para un envejecimiento satisfactorio* Lancashire. The Parthenon Publishing G. Ltda.
- Skinner, B.F. y Vaughan, M.E. (1986). *Disfrutar la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Vega, J. L. y Bueno, M.B. (1996). *Pensando en el futuro*. Madrid: Síntesis.