

It's a common misconception that the only way to lose weight is to eat less and exercise more. In reality, there are many other factors that can influence your weight, such as your genetics, your hormones, and your stress levels. Understanding these factors can help you develop a more effective weight loss strategy.



EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO EN LA SOCIEDAD ESPAÑOLA

JOAQUÍN GIRÓ MIRANDA

Partimos del conocimiento sobre un mundo, donde la proporción de personas mayores crece más rápidamente que cualquier otro grupo de edad. Si se ha llegado a contabilizar que aproximadamente hay 600 millones de adultos mayores de 60 años, también se ha proyectado que para el año 2025 habrá el doble, en su mayor parte en los países desarrollados; y está previsto que esa cifra se duplique para 2050, lo que dará lugar a demandas crecientes para los sistemas de salud y de servicios sociales en todo el mundo, obligando a la redistribución de dichos recursos, teniendo en cuenta este proceso de envejecimiento de la población mundial.

En España, en 2003, residían 7.276.620 ciudadanos de 65 y más años (uno de cada cuatro es octogenario), y de los cuáles las mujeres constituían la mayoría (el 57,8%). Este grupo de población de 65 y más años es más numeroso (el 17% de la población), que el de los menores de dieciséis años (14,5% de la población), por el descenso de los nacimientos (entre 1991 y 2001 España perdió dos millones de menores) y el aumento creciente de la longevidad, que se puede mostrar a través de los centenarios, que si en los años ochenta suponían dos millares en la actualidad se han triplicado.

También, las proyecciones demográficas señalan que en España, a partir de 2011, la población seguirá envejeciendo, pero el aumento de las personas entre 65 y 75 años será muy superior al que experimentará el del grupo de mayores de 75 años. Será el momento en el que empiecen a jubilarse generaciones más numerosas. Por su parte, los mayores de 80 años pasarán del 3,5% que había en el año 2000 al 12,6% en el 2050 (de hecho, los octogenarios son el grupo de edad que más ha crecido en la última década, el 53%, frente al ritmo del 9,9% de la población en general). Es decir, el millón y medio de ancianos de hace cinco años crecerá hasta los casi cinco millones a mitad de siglo. Además, el 52% de la población española en el 2050 tendrá más de 50 años, frente al 32% que superaba esas edad hace menos de un lustro; y los mayores de 65 años representarán el 35,6% de la misma (aproximadamente dieciséis millones y medio de personas), lo que supondrá la tasa más alta de Europa¹.

1. Eurostat, abril de 2005

Como se puede deducir de los datos anteriores, el análisis de la estructura de la población pone en evidencia que se está produciendo un envejecimiento social progresivo, y este fenómeno va acompañado de una mayor esperanza de vida. En nuestro país, la esperanza de vida sigue aumentando, habiendo llegado en el 2002 a los 83,1 años para las mujeres y a los 75,7 años para los hombres, lo que significa un envejecimiento global de la población española si tenemos en cuenta el descenso de la natalidad y la nupcialidad.

En cuanto al futuro se ha previsto que continúe el incremento en la esperanza de vida, pues según sostienen los estudios demográficos en el año 2030 la esperanza de vida se habrá incrementado hasta los 87 años en el caso de las mujeres y hasta los 81 años de edad en el caso de los hombres. Por este motivo la sociedad debe centrar su atención en conseguir que las personas jubiladas y de personas que lleguen hasta edades avanzadas tengan un buen nivel de calidad de vida, y no sea la edad, pues, un obstáculo que vaya en detrimento de este objetivo.

También se han producido en la última década² profundos cambios en la composición de los hogares españoles. Así, los hogares han disminuido de tamaño (de 3,2 personas a 2,9), y quienes viven solos casi alcanzan los tres millones, el doble que en el censo de 1991. Además ha aumentado el número de los hogares unipersonales que casi se han duplicado, donde destacan los hogares con mujeres solas de más de 65 años (1.043.471), lo que implica un aumento del 49,7%. En la relación de géneros, por cada tres mujeres mayores que viven solas existe un hombre en la misma situación. También las personas de 85 y más años que viven solas han crecido hasta el 160%, al pasar de los 76.690 en 1991 a los 199.362 en 2001.

No obstante estas cifras que señalan el gran aumento de los hogares unipersonales con mayores, es mucho más frecuente que las personas mayores de 65 años vivan acompañadas. De hecho 2,5 millones de las mismas convive con su pareja, y sólo un 1,2% de los mayores permanece en residencias (donde tres de cada cuatro son mujeres).

Por otra parte, los cambios en la estructura de la población han traído consigo el aumento del fenómeno de la inmigración que, según el Informe³ de la ONU sobre migración internacional y sus consecuencias sociales y económicas, ha convertido a Europa en el hogar del más alto número de inmigrantes internacionales, seguida de Asia y América del Norte. La ONU pone de relieve que las ventajas de la inmigración para los países de acogida superan a las desventajas. Europa habría perdido ya 4,4 millones de personas entre 1995 y 2000 de no haber sido por los cinco millones de inmigrantes llegados durante ese quinquenio.

2. INE, datos del censo de 2001 (www.ine.es)

3. <http://www.un.org/esa/policy/wess/wess2004files/part2web/part2web.pdf>

En la última década, países como España o Italia deben las tres cuartas partes de su crecimiento demográfico a la inmigración. En el caso de España, uno de los países con mayor índice de envejecimiento, sólo la inmigración será capaz de aliviar parte de las cargas del Estado de bienestar. En 2050, dice la ONU, tendrá la tasa más elevada (93) de personas inactivas por cada cien activas; pero sin migración, la tasa sería de 100 por cada cien, es decir, cada trabajador tendría que financiar a un menor o a un jubilado y sólo en el caso de que hubiera pleno empleo.

Sin embargo, la fuerte inmigración apenas corrige el desequilibrio entre nacimientos y aumento de longevidad, pese a su notable aportación de bebés. España se ha situado en los extremos demográficos de la clasificación de los veinticinco Estados de la Unión Europea al considerarse como el segundo país con menor proporción de niños, y el quinto con mayor peso de la población de 65 y más años, sólo superada por Italia que tiene el porcentaje más alto por los dos extremos. El envejecimiento de la población alcanzará una magnitud elevada en el medio plazo, como señala la evolución de la tasa de dependencia, definida como la ratio entre la población de más de 65 años y la población en edad de trabajar.

De este modo llegamos a conclusiones sobre el envejecimiento de la sociedad, que puede considerarse por un lado un avance y por otro un gran desafío, pues supone una mayor exigencia social y económica. De todas maneras, lo más importante del envejecimiento, el verdadero reto del aumento de la esperanza de vida es lograr una auténtica calidad de vida de las personas mayores que les permita mantener la actividad y la independencia con el fin de vivir y disfrutar esa prolongación de la vida.

No nos es ajeno que la mayoría de las personas se adapta a los cambios que conlleva el envejecimiento e incluso que siguen siendo independientes ya muy mayores. Hasta un 80% de las personas con setenta años mantiene una forma física y mental aceptable que les permite llevar su vida diaria con plena normalidad según datos oficiales.

A pesar de ello la sociedad en general sigue relacionando la vejez y los mayores con la enfermedad, la dependencia y la falta de productividad, en muchas ocasiones haciendo caso omiso de su experiencia y sabiduría, desaprovechando la oportunidad social de contar con la voluntariedad de este sector de población.

Con excesiva frecuencia se asocian los conceptos de dependencia y discapacidad con persona mayor, como si aquellos fueran acompañantes inevitables de estos últimos. Frente a esta equívoca percepción de la vejez, cada vez menos se puede observar a personas mayores en situación de dependencia⁴.

4. Según la definición que hizo el Consejo de Europa en 1998, *la dependencia* es el estado en el que se encuentran las personas que por razones de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayuda importante para realizar las actividades de la vida cotidiana.

La inmensa mayoría de las personas mayores (más del 70%) no sufren discapacidad alguna, y más del 85% son independientes y realizan una vida normal y autónoma hasta edades muy avanzadas.

De cualquier modo, pese a nuestro interés por no relacionar envejecimiento y dependencia, con frecuencia la edad elevada trae consigo una pérdida de capacidades que hace necesaria la ayuda cotidiana a esos ciudadanos dependientes. En España hay 3,5 millones de personas con discapacidad, aunque no todas necesitan ayuda.

Están definidas como dependientes 1,5 millones de personas, de las que 1.125.190 presentan una dependencia moderada, severa o total⁵. Del conjunto de personas a quienes se ha declarado un cierto grado de dependencia, el 73,4%, es decir, 826.551 personas tienen más de 65 años.

La necesidad de cuidados aumenta especialmente a partir de los 80 años, edad a partir de la cual la mitad de las personas precisan algún tipo de ayuda. Esta atención es necesaria para alguna de las actividades básicas de la vida diaria, las cuales se agrupan en tres tipos: cuidado personal (aseo, control de esfínteres, alimentación...), movilidad en el hogar (levantarse, acostarse...) y funcionamiento mental (reconocer personas, realizar tareas sencillas).

Si atendemos a las proyecciones realizadas por el Ministerio⁶ que señalan un crecimiento del 22% en el número de personas dependientes para el año 2015, y del 33% para el 2020, necesariamente se elevarán las demandas de prestaciones asistenciales a las administraciones públicas a extremos desconocidos hasta la fecha, pues partimos de una realidad en la que para paliar esta situación de atención a las personas con dependencia existe una escasa y diversa oferta de servicios públicos, fundamentalmente entre las comunidades autónomas y los ayuntamientos, principales administraciones proveedoras de asistencia pública.

En un Barómetro⁷ del CIS realizado en noviembre de 2004, se incluyeron once preguntas para sondear la opinión de los ciudadanos sobre la creación de

5. Se entiende por dependencia moderada la persona que necesita ayuda para realizar una o varias actividades básicas de la vida cotidiana, al menos una vez al día. Por dependencia severa se entiende de aquella persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador. Finalmente, la dependencia total o gran dependencia se refiere a aquella persona que necesita ayuda para realizar varias actividades básicas al día y, por su pérdida total de autonomía necesita la presencia continua de un cuidador.

6. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Libro Blanco. Ley de Atención a las Personas Dependientes. www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancointro-01.pdf

7. Barómetro del CIS de noviembre de 2004. Estudio n° 2581 www.cis.es/File/ViewFile.aspx?FileId=2696

un sistema nacional de dependencia que, entre otras cosas, aumentara los servicios de atención a las personas que no pueden valerse por sí mismas, sobre todo mayores. Pues bien, el 40,4% de los ciudadanos consideraban que las administraciones públicas deberían ser las principales responsables de la atención a las personas dependientes, aunque la familia también participe en el cuidado. El 27,9% consideraba que las administraciones deberían hacerse cargo de todo o casi todo el cuidado, mediante servicios como la atención en el domicilio, los centros de día o las residencias. Para el 26,4% la mejor opción es que las familias estuvieran a cargo de los cuidados, aunque con recursos públicos de apoyo. Sólo el 4,5% creía que las familias debían estar a cargo de todo o casi todo el cuidado.

Como se puede observar por los resultados ofrecidos, la mayor parte de la ciudadanía considera responsable principal del cuidado y atención de las personas dependientes a las administraciones públicas, otorgando un papel subsidiario a la familia, lo cual contradice la realidad pues el sistema de bienestar se apoya principalmente en la solidaridad familiar.

A la pregunta sobre la necesidad de implantar un sistema de atención a los dependientes que alivie a las familias, el 76,1% estimaba que esa iniciativa debía acometerse de forma inmediata dada la sobrecarga que padecen los hogares cuidadores. Sólo el 10,3% consideraba que no es un problema prioritario y que por ello no debía desarrollarse ese proyecto, y un 7,9% estimaba que pese a ser un problema importante podía esperar y plantearse dentro de unos años.

En otro orden de preguntas, y respecto a si el entrevistado estaba de acuerdo con pagar más impuestos o cotizaciones sociales para la puesta en marcha de más servicios públicos de atención a las personas dependientes, el 21,5% respondía afirmativamente, mientras uno de cada cuatro españoles (el 24,6%) se oponía tajantemente a pagar más. En una situación intermedia se presentaba el 44,5% de los entrevistados que daban un sí supeditado a que ese aumento de la recaudación se dedicara efectivamente a un programa de cuidados.

Parece pues que existe una predisposición a pagar más, siempre que se adopten medidas para financiar un sistema de dependencia, caso de que se pusiera en marcha, como se deduce de las respuestas acerca de dónde obtener los recursos económicos necesarios, pues el 12,9% preferiría que se financiara con un aumento de los impuestos generales y el 25,7% con un aumento de los especiales (tabaco, gasolina, alcohol). El 10,3% optaba por incrementar las cotizaciones a la Seguridad Social, mientras que la tercera parte (el 31,9%) por una combinación de esas tres posibilidades.

En este sentido parece que la reforma anunciada para crear un sistema público de asistencia a personas dependientes optará por un modelo universal tipo el existente en los países nórdicos, que es un sistema cofinanciado entre las administraciones y los usuarios, donde el Estado cubre las necesidades de todas las personas de la misma forma, pero los beneficiarios del servicio lo pagan en función de su renta. El sistema también prevé una gran participación de los ayuntamientos para la prestación de los servicios.

Otra cuestión que tiene gran relevancia se refiere a cómo enfrentarían los consultados a una situación de dependencia que requiriera cuidados. En las respuestas se enfrentan dos opciones: la deseable y la esperable; la que responde a nuestros deseos y la que responde a la realidad de nuestra particular situación personal y familiar. Así, cuando se preguntaba a los encuestados dónde les gustaría vivir si necesitaran cuidados permanentes, el 72,5% manifestaba que en su casa con la atención precisa que requiriera (el 4,8% apuesta por el hogar de una hija, el 1,6% por el de un hijo). El 16,8% elegía una residencia y el 1,5% conviviría con un grupo de amigos. Sin embargo, al responder sobre dónde creen que residirán cuando requieran atención, el 51,5% dice que en su casa, el 8,5% en la de algún hijo o familiar y el 23,8% se imagina en una residencia.

En cuanto a la persona cuidadora, el 41,8% elige a su cónyuge, el 7,1% a su hija, el 1,7% a un hijo y el 15,3% a hijos o hijas indistintamente. Sólo el 11,9% apuesta por la atención de los servicios públicos en su casa. Tal parece que la atención y el cuidado se derivan hacia el cónyuge, de quien se espera todo mientras dure la unión (hasta que la muerte los separe) y en menor medida de los hijos con preferencia las hijas sobre los hijos. Sólo en el caso de carecer de familiares, el 45,4% se inclinaba por recibir la atención de un profesional de esos servicios.

Y en cuanto a las medidas más necesarias para ayudar a los cuidadores, aproximadamente un 60% optan por algunos de los servicios asistenciales ofertados por la administración pública, principalmente los servicios de ayuda domiciliaria (30,8%), seguido de las plazas residenciales (15,80%) y los centros de día (13,5%). Esta preferencia no supone un obstáculo para que un 17,3% apueste en primer lugar por conceder un salario mensual al cuidador familiar.

En conclusión, y como se puede deducir del conjunto de datos de este Barómetro del CIS, los españoles pagarían por recibir ayuda y apoyo que les permitiera mantener a las personas dependientes, tanto si son otros familiares como si son ellas mismas en el entorno familiar, aunque entienden que es o debe ser una responsabilidad de las administraciones públicas, las cuáles deberían ofertar de manera universal las asistencias y los cuidados que ahora mismo son restringidos y compartidos con la iniciativa privada y la solidaridad familiar.

Hasta ahora hemos hablado de las demandas de cuidados de las personas dependientes; sin embargo, ya hemos adelantado que, en la actualidad, la inmensa mayoría de las personas mayores disfrutan de un estado de salud que les permite mantener un cierto grado de autonomía y bienestar. Así, hemos encontrado que en un estudio⁸ del IMSERSO la mayor parte de los mayores de 65 años decían sentirse bien de salud, más los hombres que las mujeres, las cuales pensaban que disponían de un estado de salud regular, quizás porque se preocupan más que ellos por su aspecto físico. Y un 90% afirmaba que se sentía

8. IMSERSO: Encuesta sobre "Condiciones de Vida de los Mayores". Julio 2004, en www.tt.mtas.es/periodico/serviciossociales/200411/encuestamayores4.pdf

feliz, a menudo, o en ocasiones. No son pocos los que se sentían a menudo, además, útiles e incluso ilusionados. Quizá este estado de ánimo ha llevado al 40% de los jubilados a recuperar amistades de antaño, y algunos se han iniciado en actividades como el turismo, el deporte o actividades formativas. Entre sus intereses principales se encuentra la salud y los deportes (más a ellos); y la salud y la cocina, belleza y prensa del corazón (más a ellas que a ellos).

Entre los temores que manifestaban los ancianos, ocupaban los primeros puestos la pérdida de su pareja o seres cercanos, la desazón de no poder valerse por sí mismos algún día y, por supuesto, la enfermedad y el dolor. Por último, la soledad y el verse obligados a abandonar su casa son otros asuntos que ocupan su mente. Más del 40% se mostraba intranquilo y la mitad conocía la tristeza, el aburrimiento y la depresión. Finalmente, alrededor de un tercio decía encontrarse solo.

No obstante, a pesar de los problemas y conflictos que se detectan en ocasiones entre los jubilados y sus familiares, hay un alto porcentaje (más del 90% de los mayores), que se muestra satisfecho con la relación que mantienen con la familia. En el lado contrario, la situación económica no les resulta ya tan favorable, pues más del 40% se quejaba de su mala cuenta de ahorros.

Y si en conjunto estos son datos esperanzadores sobre el estado de bienestar de los mayores españoles, hay un indicio de que algo falla en un proceso de envejecimiento en positivo, cuando el 27% de las personas de entre 65 y 69 años dice sentirse sola, y cuando esta cifra asciende hasta el 36 % de entre los mayores de 80 años. Por tanto, será necesario hacer hincapié en la necesidad de mantener e iniciar amistades y relaciones a lo largo de toda la vida y no renunciar a actividades agradables, con el fin de que estos porcentajes desciendan significativamente entre las próximas generaciones de jubilados.

Dice el Director del Programa de Envejecimiento de la OMS, el profesor e investigador brasileño en la London School y la Universidad de Oxford, Alex Kalache⁹, que “queremos envejecer, y eso significa salud y calidad de vida. Una persona mayor saludable es un recurso para su familia y para su comunidad. Si tiene un grado de salud alto, ayuda no sólo en la familia, sino en cualquier trabajo voluntario. Esto también tiene un significado económico porque representa una contribución a la sociedad. Si el grado de salud es bajo, pierdes dos veces, porque no sólo no existe esa contribución, sino que habría unos costos por enfermedades. La persona mayor tiene que tener salud para seguir cumpliendo su función. Por eso, concebimos la cuestión del envejecimiento como una cuestión de desarrollo, de desarrollo socioeconómico. (*Que depende*) ... de políticas que permitan que los mayores continúen integrados en la sociedad y teniendo un soporte para que mantengan un grado de salud compatible con el papel que desempeñan. Las personas mayores son una nueva fuerza para el desarrollo”.

9. Alex Kalache. El País, 26 de enero de 2004, pág.26

Es verdad que los mayores son un componente del desarrollo socioeconómico. Se ha creado y está creciendo un mercado específico relacionado con las personas mayores. Se dice que incluso los grandes fondos de pensiones pueden derribar gobiernos y, sin embargo, los cuidados de las personas mayores siguen siendo en España una cuestión de las familias.

Efectivamente, las familias, especialmente las mujeres, son las grandes proveedoras de cuidados, casi siempre en solitario. Según un informe del IMSERSO¹⁰, en los últimos diez años la media de edad de las cuidadoras se ha incrementado un año hasta rozar los 53 años. En el 47% de los casos, las mujeres (las hijas) son las únicas de la casa que se ocupan del mayor. No es de extrañar, entonces, que el 62% de las cuidadoras afirme que se encuentra con problemas profesionales y económicos (un 26% no puede plantearse trabajar fuera de casa y un 11,7% ha tenido que abandonar su empleo; también, a un 7% esta dedicación les ha ocasionado problemas con su pareja). En esta situación, las vacaciones son casi una quimera: (el 38% no puede disfrutar de estos periodos de ocio). Además, en un 70% de los casos la cuidadora y la persona atendida viven juntas.

Por añadidura, las cuidadoras que además trabajan fuera de casa, han aumentado en una década cuatro puntos alcanzando el 26%. Quizá esta situación de pluriempleo contribuya a ese 33% de mujeres con mayores a su cargo que se declaran cansadas. Más de la mitad afirma tener problemas de salud. Igualmente afirman tener un padecimiento crónico el 45% de las cuidadoras, seis puntos más que en 1994.

Por todo ello, las cuidadoras informales no pueden seguir siendo el sostén principal de las personas dependientes; además, este modelo familista está en declive, entre otras cosas por la creciente incorporación femenina al mercado laboral, el sustancial descenso de la natalidad y el cambio en el tipo de relaciones familiares, sobre todo porque resulta cada vez más acentuada e insoportable la discriminación en función del género y la edad. Las mujeres están abandonando el papel que hasta ahora habían ejercido, (el de cuidadoras de los familiares dependientes) y así se han alterado las redes tradicionales de atención y apoyo familiar.

La necesaria atención de las personas dependientes obliga a un desarrollo sistemático de los llamados servicios de proximidad que incluyan tanto la asistencia social de apoyo (cuidados personales, limpieza de hogar, apoyo para otras actividades) como los cuidados sociosanitarios. Hoy en día¹¹, el grueso de

10. IMSERSO (2005): "Cuidados a las personas mayores en los Hogares Españoles. El entorno familiar", en www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-cuidados-01.pdf

11. CASADO, D., y LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación "La Caixa". Colección de Estudios Sociales, nº 6, pág. 206.

la asistencia que reciben las personas mayores dependientes que no han sido institucionalizadas, al igual que ha sucedido tradicionalmente, la siguen proporcionando cuidadores informales. Así, en un 83% de los casos la familia constituye la única fuente de ayuda utilizada –a veces con el apoyo de empleados, con frecuencia mujeres inmigrantes- y sólo una mínima fracción recibe la atención de los servicios públicos.

Puestos a evaluar los cuidados que se ofertan desde los servicios sociales de las distintas administraciones públicas, ha sido la atención domiciliaria el mejor servicio prestado al constituirse como un conjunto de actividades socio-sanitarias cuyo objetivo ha sido identificar, valorar y realizar un seguimiento de la persona dependientes potenciando de este modo su autonomía y mejorando la calidad de vida.

Esta consideración de la ayuda a domicilio no resta un ápice que los datos sobre prestaciones sociales indiquen un desarrollo limitado en sus diferentes modalidades. Ahora¹² sólo el 9,4% de los mayores dependientes (de los 7,2 millones de personas mayores, 1,7 poseen algún tipo de discapacidad) reciben cuidados de los servicios sociales. La ayuda a domicilio sólo da cobertura al 3,14% de la población dependiente (228.815 usuarios); la teleasistencia (un sistema de aviso telefónico en caso de problemas del mayor), tiene una cobertura de sólo el 2,05% de la población (148.905 usuarios), y los centros de día a una proporción todavía inferior (0,46%). Finalmente, existen casi cuatro plazas residenciales (3,66%), por cada cien mayores (en la UE hay siete).

Cuando la enfermedad o, en otros casos, la soledad lleva a las personas mayores a solicitar una plaza en residencias, deben soportar injustas listas de espera que sólo se ven acortadas en aquellos casos en que se puede pagar el ingreso en un centro privado, pero que se prolongan cuando son plazas públicas. Las diferencias de precio entre unas y otras plazas de residencia no es una cuestión baladí, ya que una plaza privada puede superar en un trescientos por ciento el coste mensual de una de carácter público. El informe 2004 sobre las personas mayores dice que el 60% de las camas en residencias públicas son para personas que no pueden valerse por sí mismas, y que el precio medio de una plaza pública en una residencia es de 1.200 euros mensuales, si bien en el caso de mayores no dependientes.

En conjunto queda patente la escasa cuantía media del gasto social para mayores (entre 113 y 454 euros al año según comunidades autónomas de residencia), aunque en el informe se constata un hecho que reduce el riesgo de las personas mayores de quedar inermes ante la dependencia (sobre todo entre ese uno de cada cuatro que vive solo), y es que el 87,2% de las viviendas en que residen los ancianos es de su propiedad. En la inmensa mayoría (81%), además, está libre de cargas, circunstancia que supone un gran alivio en los presupuestos de las personas mayores, aunque existe una cierta penuria en las condiciones de

12. IMSERSO: Informe “Las personas mayores en España, 2004”.

las mismas como se deduce de ese 20% que vive en un piso alto sin ascensor y que más de la mitad carezcan de calefacción central.

Las actividades sociales y el mantenimiento de relaciones sociales y familiares pueden suplir las carencias de instituciones cerradas (el 10% de la población anciana vive en instituciones y el 90% es autónoma e independiente), a todas luces insuficientes para prestar cuidados en una sociedad cada vez más envejecida. Por esto debemos resaltar la importancia de la atención domiciliaria que permite a los mayores seguir vinculados con su medio habitual, su domicilio, su familia y sus amistades. También hacemos expresamente hincapié porque la atención domiciliaria es deficitaria en nuestro país, pues tan solo poco más de un 3% de los ancianos es beneficiario de dicha atención, frente al 21% de los ancianos holandeses, el 31% de los daneses o el 11% de los franceses.

Y si la atención domiciliaria es deficitaria ¿cómo subvienen a sus necesidades y demandas los mayores dependientes y las familias que los cuidan?, pues a través de la mano de obra extranjera mediante la transferencia internacional del cuidado. Hoy día se ha producido una revolución silenciosa en el marco del trabajo asistencial. Buena parte de las demandas asistenciales han sido satisfechas por la mano de obra femenina inmigrante, principalmente la llegada desde los países iberoamericanos¹³, así como del este europeo. La inmigración latinoamericana crece sin parar en España y la lengua materna les favorece a la hora de ser contratadas, pero también su educación en un país como España que ha perdido casi por completo la costumbre de tratar de usted a las personas para expresar respeto, como exigen las normas de cortesía que sí se conservan en los países iberoamericanos.

La utilización de esta ayuda resuelve el problema de una población occidental que envejece, representando además un fuerte ahorro para los servicios sociosanitarios, principalmente entre los países de tradición familista¹⁴. Ha sido la apertura a escala internacional del mercado de trabajo asistencial el que ha liberado de presiones a los sistemas de bienestar europeos que veían en el creciente número de personas longevas y dependientes el final de tales sistemas proteccionistas. De este modo, la demanda y la oferta asistencial han sabido darse la mano siguiendo vías desconocidas e imprevistas que a su vez han ayudado a lograr la presión migratoria y su necesaria integración.

13. El 63% de los inmigrantes empleados en el sector del servicio doméstico procede de países latinoamericanos, sobre todo de Ecuador, Perú y la República Dominicana, según el estudio *La inmigración y el mundo del trabajo: el servicio doméstico*, redactado por el sindicato UGT en noviembre de 2003.

14. España destina a ayudas familiares el 0,5% del PIB, frente a una media del 2,2% en la UE de los Quince.

¿QUÉ ENVEJECIMIENTO?

Pese a que la consideración del ocio como elemento que promueve la salud es tan antigua como el hombre, ha sido sin embargo en las últimas décadas cuando las actuaciones dirigidas a lograr el estado de bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas han logrado que este fenómeno cobre mayor importancia y se le otorgue el valor que realmente tiene. Esta significación se ve incrementada en el momento “crítico” de la jubilación.

La jubilación en nuestro país tal y como se concibe para la mayoría de las profesiones supone un “rito de transición”. Se abandona la que se ha venido denominando la etapa de madurez adulta y se comienza un nuevo periodo que diferentes autores han bautizado como la tercera edad, la edad dorada y que hoy día se permiten diferenciar con la llamada cuarta edad, propia de los mayores de 75 y 80 años. En definitiva, tras la jubilación se abre una nueva fase dentro del ciclo vital para la que no siempre estamos adecuadamente preparados, pues la vejez es la edad de la vida en la que existe más variabilidad tanto del estado de salud como del estado psíquico o de relaciones sociales y, por tanto, en la que comienza un nuevo aprendizaje.

Las personas mayores tienen muchas posibilidades para disfrutar un ocio que sea significativo, pero en ocasiones carecen de las destrezas o habilidades necesarias. Para superar esta situación de carencia son miles los mayores que estudian en España en diversos y crecientes proyectos universitarios (universidades populares, universidades de la experiencia, sénior, etc.), logrando de ese modo un doble objetivo: de formación a lo largo de toda la vida y, para la sociedad el aprovechamiento de la experiencia de los mayores.

Ya no se muere la gente cuando llega la jubilación. La prolongación de la vida más allá de la vida laboral es un hecho real y un éxito social. Las actuales condiciones originarias de calidad de vida, como la higiene, la alimentación, los avances en el campo de la medicina y en las infraestructuras de los hogares, entre otras, además de las nuevas condiciones en el ámbito laboral como las jubilaciones anticipadas y diferentes acuerdos de prejubilación, hacen que hoy, cuando una persona se jubila o cesa en el mundo profesional, pueda tener por delante un tercio o más de su vida por vivir. Los últimos datos¹⁵ señalan que más de 100.000 españoles de más de 65 años guardan alguna relación con el mercado de trabajo, bien porque han prolongado su vida laboral o porque trabajan por cuenta propia; sin embargo, cada vez son más los trabajadores que se retiran antes de cumplir los sesenta y cinco años. Los trabajadores del régimen general de la Seguridad Social abandonaron su vida laboral a la edad media de 62 años y, según revelan los datos del Ministerio de Trabajo en el 2004, el 64,5% de las jubilaciones (prácticamente dos de cada tres) se produjeron antes de la edad oficial de retiro.

15. IMSERSO: Informe “Las personas mayores en España, 2004”.

Esta realidad, como ocurre en muchos otros casos, una vez más se ha adelantado a nuestra capacidad para afrontarla. Por ello se hace necesaria una preparación que nos ayude a planificar esta importante etapa en nuestras vidas. La jubilación es un hecho fundamental que viene acompañado de cambios biopsicosociales que conviene conocer anticipadamente para la puesta en marcha de los recursos personales y/o sociales que favorezcan un proceso de envejecimiento positivo y activo, pues de todos es conocido el efecto protector que una red social amplia y dinámica supone para la persona a cualquier edad. En el caso de las personas mayores, esta red tiende a verse reducida, o al menos modificada, con el paso del tiempo, lo que obliga a la persona a adaptarse a nuevos cambios sin saber cómo hacerlo.

Por otra parte, el uso de ciertas medidas de promoción de la salud y determinadas intervenciones sanitarias y sociales permiten comprimir la morbilidad (las situaciones de enfermedad) en los últimos años de la vida, y tener más años libres de incapacidad. Así, los porcentajes que se ofrecen sobre salud en el Informe del IMSERSO del 2004 indican que el 39% de los varones y el 40,7% de las mujeres de 65 o más años considera que su salud es regular. La califican como buena el 37,5% de los hombres y el 28,8% de las mujeres, mientras que manifiesta mala salud el 13,5% y el 21,8% respectivamente. La dolencia más frecuente es la osteoarticular (artrosis, reumatismo, dolor de espalda), que padecen el 24,6% de los hombres y el 42,5% de las mujeres. Como se puede observar en la diferenciación por género, son las mujeres quienes confiesan peores indicadores de salud, quizás por encontrarse en relación con una mayor expectativa de vida.

En cualquier caso, para paliar estas situaciones de riesgo o pérdida de salud, están los factores que desaceleran o disminuyen la velocidad de la morbilidad, tales como la cultura, el nivel de vida, los servicios de salud integrales, la educación, la seguridad social, la atención integral a largo plazo, así como la eliminación del tabaquismo y el alcoholismo, el control de la drogadicción, el ejercicio físico sistemático, la dieta y una nutrición adecuada. También la dieta, el consumo de alcohol, las prácticas de cuidado personal, los contactos sociales y el tipo de trabajo pueden ser determinantes importantes de un envejecimiento saludable. En los últimos años, la guerra institucional declarada contra el consumo de tabaco y la obesidad así como el apoyo a la actividad física, permiten asegurar un envejecimiento libre de discapacidades en edades medias de la vida.

Hay enfermedades crónicas responsables de la mayoría de las muertes y discapacidades como son la arterosclerosis, la artritis, la diabetes, el enfisema pulmonar, el cáncer y la cirrosis que representan en sí limitaciones fundamentales por la pérdida acelerada de las reservas del organismo. Además, existen factores científicamente probados que aceleran el envejecimiento de una persona como son la hipertensión arterial, el colesterol elevado, dieta y nutrición inadecuada, capacidad vital disminuida, el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo, y diversos factores adversos (personales, psicológicos, sociales y culturales).

No obstante, los avances científicos han permitido el control y prevención de las enfermedades infecto-contagiosas, la promoción de salud y la prevención de los factores de riesgo y de las enfermedades crónicas. De hecho sabemos que una persona genéticamente favorecida y que evite la enfermedad y los factores de riesgo puede vivir más que lo actualmente establecido. Por ello, insistimos que la asociación de dependencia y persona mayor es del todo poco aceptable y que debemos incidir en los aspectos positivos de una vida larga y saludable.

Otras claves para “envejecer con éxito” son entrenar el cuerpo y la memoria, desarrollar alguna tarea productiva, cultivar las amistades y tener algunas características intrínsecas de personalidad flexible, percepción de autoeficacia y un sentimiento positivo hacia el propio proceso de envejecimiento. En Norteamérica, donde las personas mayores son casi ochenta millones, dicen que los llaman *woof* (well old older folks), es decir, mayores de buen ver, mayores que llegan a edades altas con dignidad, optimismo y vitalidad. Como los *woof*, es posible romper con las tendencias de carácter negativo y superar las barreras que impiden el *envejecimiento activo* mediante la adopción de su principal estrategia: la posposición del daño más que la curación del mismo.

El término *envejecimiento activo* fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de envejecimiento saludable y, de este modo, reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones¹⁶. El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento “basado en las necesidades” (que contempla a las personas mayores como objetivos pasivos) a otro “basado en los derechos” que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. Según la Organización Mundial de la salud (OMS), el envejecimiento activo se define como “*el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez*”. Esta definición no sólo contempla el envejecimiento desde la atención sanitaria, sino que incorpora todos los factores de las áreas sociales, económicas y culturales que afectan al envejecimiento de las personas.

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, mientras participan en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcio-

16. “Envejecimiento activo: un marco político”. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2002, 37 (S2), pp. 74-105.

nándoles protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia, por ejemplo, la creación de unidades y servicios de geriatría en los hospitales y ambulatorios deberían formar parte de los proyectos de creación de infraestructuras.

El envejecimiento activo debe considerarse un objetivo primordial tanto de la sociedad como de los responsables políticos, intentando mejorar la autonomía, la salud y la productividad de los mayores mediante políticas activas que proporcionen su apoyo en las áreas de sanidad, economía, trabajo, educación, justicia, vivienda, transporte, respaldando su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

En cuanto a la sociedad, ésta debe apoyar una cultura del envejecimiento activo y saludable que permita a los mayores que sufran menos por las discapacidades relacionadas con las enfermedades crónicas. Que necesiten una atención sanitaria y social menor. Que no padezcan situaciones de soledad, manteniendo su independencia y una buena calidad de vida. Y, por supuesto, que sigan participando en el ámbito económico, social, cultural y político tanto a través de trabajos remunerados, como de colaboraciones sin remunerar o del voluntariado.

De este modo, cuando la salud, el mercado de trabajo, el empleo y las políticas educativas y sanitarias apoyen el envejecimiento activo, posiblemente habrá menos muertes prematuras en las etapas más productivas de la vida. Menos discapacidades relacionadas con enfermedades crónicas en la ancianidad. Más personas que disfruten de una calidad de vida positiva a medida que vayan envejeciendo. Más personas que participen activamente en los ámbitos sociales, culturales, económicos y políticos de la sociedad, en trabajos remunerados y sin remunerar y en la vida doméstica, familiar y comunitaria, y menos gastos debidos a los tratamientos médicos y la atención sanitaria.

INFLUENCIAS Y DEPENDENCIAS DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Para lograr una cultura de envejecimiento activo es necesaria la interacción de factores relacionados tanto con el entorno físico como con el social; factores relacionados con los sistemas sanitarios y sociales; factores económicos y factores de índole personal y de estilos de vida; y aunque en este momento no es posible atribuir una causalidad directa a ningún factor, sí resulta evidente que en el mantenimiento de la salud y la calidad de vida intervienen todos los factores.

El envejecimiento activo depende de una diversidad de influencias que rodean a las personas, las familias y las naciones. Conocer y comprender estas influencias permite diseñar políticas y programas que funcionen eficazmente. Además, es útil considerar la influencia de los diversos factores que inciden en el curso vital a fin de intervenir para la mejora de la salud, la participación y la seguridad en las diferentes etapas del ciclo. Es decir, necesitamos comprender las vías a través de las cuales afectan estos grandes factores a la salud y el bienestar.

En este sentido, uno de los factores que intervienen en el proceso de un envejecimiento activo de manera palpable, son aquellos relacionados tanto con el entorno físico como con el social.

Que el medio físico tenga en cuenta a los mayores puede ser determinante en el hecho de que dichas personas sean dependientes o independientes. Por ejemplo, es más probable que una persona mayor sea física y socialmente activa si puede ir a pasear con seguridad por parques bien iluminados y acceder al transporte local con facilidad.

Las personas mayores que viven en zonas inseguras o contaminadas salen menos de casa y, por tanto, son más propensas al aislamiento y a la depresión, así como a que su estado físico sea peor y tengan más problemas de movilidad.

Respecto a las viviendas, una vivienda segura y adecuada es especialmente importante para el bienestar de los mayores. De forma complementaria se podría potenciar el desarrollo de fórmulas alternativas de vivienda, como viviendas compartidas o tuteladas que favorecieran el desarrollo individual y social evitando a la vez el aislamiento, y de paso solucionando el gravísimo problema residencial que sufre España, donde según se informaba en la página web "Portal Mayores", existían sólo 4,1 plazas por cada cien usuarios potenciales.

Entre las personas mayores, la malnutrición, desde el déficit de vitaminas y minerales hasta pérdidas de peso o falta de proteínas, ronda el 50%. En los mayores que viven en casa o con su familia el porcentaje de malnutridos oscila entre el 3% y el 15%. Entre las causas de esta situación está la falta de apetito, la dificultad para tragar u otras enfermedades. Influyen factores como problemas con los dientes, cambios en el olfato y el gusto, la medicación, la discapacidad, la soledad o directamente la pobreza de los mayores. A ellos se une la monotonía de la dieta en residencias y hospitales¹⁷.

La cultura que rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás determinantes del envejecimiento activo. "Si no se hace un esfuerzo por dignificar el papel del anciano, se perderá para siempre esta característica positiva. Una cultura de envejecimiento es una cultura de solidaridad. Solidaridad entre ricos y pobres, entre jóvenes y viejos, entre países desarrollados y países subdesarrollados¹⁸".

El apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, la paz y la protección frente a la violencia y el abuso, son otros factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen.

17. Según la presidenta de la Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada, Carmen Gómez Candela.

18. Alex Kalache. El País, 26 de enero de 2004, pág. 26.

El apoyo social de familiares, amigos, vecinos o voluntariado, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida (y especialmente en la actualidad en el área de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación) y la protección frente al abuso tanto físico, sexual, psicológico y económico, son fundamentales para mejorar la salud, la independencia y la productividad en la vejez. Evitar la soledad, el aislamiento social, el analfabetismo y la falta de educación y el abuso, disminuye enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores.

Otros factores que también pueden influir de manera decisiva en la salud y el bienestar son aquellos relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales. En el estudio¹⁹ sobre *Salud y estilos de vida en España* se advierte como un indicador preocupante que en los últimos diez años ha aumentado la proporción de quienes afirman que su estado de salud es malo o muy malo (del 7,1% al 9,6%). La proporción de quienes consideran que su situación es satisfactoria es la tercera más baja de Europa, sólo por delante de portugueses e italianos. Esto puede deberse a que hay una mayor autoexigencia, pero también es debido al aumento del envejecimiento de la población y su interrelación con otros factores sociales.

Esta percepción negativa se refleja en el aumento de las visitas a las consultas médicas, la morbilidad, las enfermedades crónicas, las agudas, los accidentes y el consumo de alcohol entre otros indicadores. Como muy bien lo expresa W.Actis, "lo que está claro es que cuando uno se siente mal, acaba viviendo peor".

Entre 1993 y 2001 ha aumentado más del 30% el número de afectados por las enfermedades crónicas más importantes (hipertensión arterial; colesterol elevado; diabetes y enfermedades del corazón). El ascenso ha sido de un 19,4% en los casos de alergia y de un 2,1% en los de asma o bronquitis crónica. La excepción son las úlceras de estómago que han bajado un 7,9%

El incremento de las enfermedades crónicas, concluyen los autores, se debe a distintos factores. Entre otros citan el continuo envejecimiento de la población (incidencia de enfermedades degenerativas como la artrosis, demencias, deficiencias locomotoras, visuales o auditivas, etc.), las condiciones de vida (medioambientales, alimentación, estrés, etc.), pero también la mejora de los medios de detección precoz e incluso modificaciones en los criterios diagnósticos.

Por esto, para fomentar el envejecimiento activo, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad.

19. Actis, W., Pereda, C., y de Prada, M.A. (Colectivo IOÉ) (2004): *Salud y estilos de vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos en la última década*. Madrid: FUNCAS, pág. 13.

Para el fomento del envejecimiento activo los sistemas sanitarios y sociales públicos y privados deberían colaborar en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades estableciendo programas de educación nutricional y de salud, y programas de ejercicio para el mantenimiento o recuperación de la movilidad y fuerza.

Estos programas permitirían evitar o reducir las discapacidades físicas y mentales en la vejez, y alcanzar así el equilibrio entre el autocuidado de los mayores, el apoyo de los cuidadores informales y los cuidados profesionales.

Hay que señalar que a los cuidadores informales, en su mayoría mujeres, se les debería prestar una atención especial por el riesgo elevado de que caigan enfermas apoyándoles con formación, asistencia temporal y/o ayudas económicas.

Partimos del hecho social que reconoce a los hombres y las mujeres enfrentándose de distinto modo al proceso de envejecimiento. No es por tanto equiparable la situación de un hombre mayor y de una mujer mayor²⁰. La trayectoria vital y social de ambos está claramente diferenciada desde la infancia hasta la edad adulta, y estas diferencias se trasladan al modo de enfrentar la jubilación.

Además de los factores relativos al entorno o a los servicios sanitarios y sociales se encuentran los factores económicos. Existen tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.

Respecto a los ingresos, las personas que más preocupan son aquellas que viven solas, sin hijos ni familiares, pues el riesgo de llegar a la indigencia es mayor. Precisamente en este colectivo de riesgo destacan las mujeres viudas que no trabajaron fuera del hogar (en España sólo el 26% de las viudas recibe sus mayores ingresos gracias a su pensión de jubilación, frente al 88% de los viudos), ya que la pensión de viudedad²¹ es menor que la de jubilación. Las mujeres pierden hasta el 44% de sus ingresos al enviudar, lo que las coloca entre las más pobres de Europa²². Así pues, al dolor por la pérdida del cónyuge se suman, por lo general, graves problemas derivados de un cambio radical en la situación económica.

20. Ver los interesantes capítulos insertados en Arber, S., y Ginn, J. (1996): *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea. En estos trabajos se presentan nuevas perspectivas sobre cómo influye el envejecimiento en el trabajo de las mujeres y en su jubilación, en las relaciones maritales, en el apoyo que reciben de la comunidad y en la percepción que tienen de sí mismas.

21. En marzo de 2005, la pensión media de jubilación del sistema de la Seguridad Social se situó en 684,55 euros al mes, mientras que la pensión media de viudedad se situó en 455,09 euros.

22. Namkee Ahn. Documento de trabajo de la Fundación de Estudios de Economía Aplicada, que utiliza datos del Panel de Hogares de la Unión Europea.

Si la mayor parte de las personas que enviudan son mujeres es debido a que poseen una mayor esperanza de vida, lo que conlleva que la situación de viudedad y las dificultades económicas tengan mayor duración que en el caso de los hombres. Por esto, el género es un medio que nos permite considerar la idoneidad de las distintas opciones políticas instauradas sobre cómo afectan al bienestar de hombres y mujeres.

Para paliar esta situación de riesgo de pobreza entre las viudas, es frecuente que en España las personas viudas compartan vivienda con los hijos o algún familiar; de hecho suman menos del 40% las personas viudas que viven solas frente al 80% en países como Dinamarca, Holanda y el Reino Unido. En España, las viudas que viven en compañía son las que tienen más probabilidades de reducir el riesgo de sufrir graves dificultades económicas (un 35% frente al 45% entre las personas viudas que no comparten la vivienda).

Y si ya hemos constatado que no es igual la situación de hombres y mujeres jubilados, tampoco encontramos situaciones de igualdad en los ingresos de los pensionistas, pues a la discriminación en función del género se sucede la discriminación por edad. En general, los pensionistas más mayores están sujetos a bajas cantidades, mientras que cada año las prestaciones de los nuevos jubilados superan el importe de las existentes.

La fórmula para calcular la cuantía de la pensión es la misma, pero las cotizaciones entregadas a la Seguridad Social son decisivas a la hora de establecer el retiro. Persisten las diferencias debidas a las carreras profesionales de los titulares de la prestación, por ejemplo, entre una prestación del régimen especial agrario y otra del régimen general porque tampoco las aportaciones realizadas durante la vida laboral responden al mismo volumen. Igualmente, en el importe de la pensión repercuten los años trabajados. A carreras largas corresponden pensiones más altas. En este sentido, hay que tener en cuenta que la ley establece que para recibir el cien por cien de la prestación es preciso haber cotizado un mínimo de treinta y cinco años, aunque tan sólo con quince años se tiene derecho a una pensión mínima contributiva.

En el terreno laboral, es necesario apoyar la contribución activa y productiva de los mayores, tanto en trabajos remunerados como sin remunerar (el hogar, el cuidado de niños o de otros mayores) y en labores de voluntariado (en colegios, comunidades, organizaciones públicas, museos y empresas privadas). De este modo les hemos reconocido en la familia como consejeros, recaderos, limpiadores, cuidadores; en los colegios participan en proyectos intergeneracionales; son activos en programas de acogida familiar, en asociaciones diversas y hasta asesoran empresas.

Estas actividades mantienen y aumentan sus contactos sociales y su bienestar mental a la vez que hacen que se sientan reconfortados por su contribución a la sociedad. También se puede apoyar esta área con programas de jubilaciones graduales o parciales.

Respecto a la protección social, y dada la cuantía media de las pensiones de jubilación, sigue siendo la familia el principal apoyo de los mayores. Sin embargo

“la diversidad de formas familiares, normas y conductas ha aumentado y esto ha producido un cambio en las relaciones familiares²³. De hecho, las personas viven actualmente en familias intergeneracionales que son cualitativa y cuantitativamente diferentes a las de sus antepasadas. Por consiguiente, son necesarias reformas en las políticas familiares y de cuidado, en lo referente a aspectos cruciales socialmente, como el cuidado de las personas mayores, la conciliación de la vida familiar y laboral y el desarrollo de servicios que respondan a una demanda creciente. En este contexto, los cuidados de larga duración se presentan como el reto más importante al que se enfrentan los gobiernos, principalmente por las implicaciones que tienen para las familias y los servicios”. Además, debido al cambio actual en la estructura familiar por la disminución del número de miembros y por la incorporación de la mujer al mundo laboral, es necesaria una mayor protección pública para evitar la soledad y la mayor vulnerabilidad.

En este sentido, la próxima aprobación de una Ley de protección social frente a la dependencia se debe entender como una norma que reconozca un derecho subjetivo a través de una prestación pública y universal, preferentemente de servicios y en algunos casos económica, y con un sistema de copago similar al ahora vigente en residencias (se paga un porcentaje de la pensión o de ingresos entre el 75% y el 80%), y en ayuda a domicilio (entre el 10% y el 15%).

Finalmente, otros factores que intervienen de manera fundamental en el proceso de envejecimiento activo son los de índole personal y los relativos a los estilos de vida. Sabemos que la biología, la genética y la capacidad de adaptación son tres factores fundamentales que determinan cómo envejece una persona, pues el envejecimiento es un conjunto de procesos biológicos determinados genéticamente.

Aunque los genes pueden estar involucrados en la causa de las enfermedades, en muchas de ellas la causa es medioambiental y externa en mayor grado que genética e interna. La influencia de los factores genéticos sobre el desarrollo de enfermedades crónicas como la cardiopatía, el Alzheimer y ciertos cánceres varía considerablemente de persona a persona. En general, no padecer enfermedades ni discapacidades en la vejez depende por igual de la herencia, de la conducta personal, de la adaptación a la vida cotidiana y del entorno físico y económico, si bien es verdad que algunas enfermedades como el Alzheimer son consecuencia de vivir más años. En España, donde la población que ha desarrollado esta enfermedad es de unas 600.000 personas, casi el 90% de las mismas son mayores.

Durante el proceso de envejecimiento, capacidades intelectuales como el tiempo de reacción, la velocidad de aprendizaje y la memoria disminuyen de

23. Bazo, M^a T., y Ancizu, I. (2004): “El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada, en *Reis*, n^o105, pág. 45.

forma natural. Sin embargo esto puede compensarse con un incremento de la sabiduría, de los conocimientos y de la experiencia. Es más frecuente que la falta de actividad práctica, la falta de motivación y de confianza, el aislamiento y la depresión, sean causa de la disminución del rendimiento cognitivo más que del envejecimiento en sí mismo.

La adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado²⁴ son importantes en todas las etapas del curso vital. Al hacernos mayores deberíamos relajarnos y tener menos responsabilidades. Las personas mayores que se adaptan bien tienden a tener un autocontrol y una actitud positiva y están convencidos de alcanzar sus metas.

La capacidad de las personas para ejercer el control de sus vidas de manera positiva está vinculada a las decisiones de conducta personal a medida que se envejece y a la preparación para la jubilación. Sin embargo hoy día asistimos a un proceso consumista contrario a este proceso de envejecimiento activo y que los expertos han denominado tratamiento *antiaging*, donde la imagen y su tratamiento es el dispositivo a partir del cual se organiza no sólo las relaciones sociales sino la autoestima. Buena parte de la población desea retardar u ocultar su envejecimiento mediante la cosmética, el deporte, la medicina o la nutrición.

Este ir contra el proceso natural de envejecimiento ha llegado de la mano de un proceso de conversión estética donde se alaba la imagen de lo joven hasta la exasperación. Este culto a la juventud se manifiesta en los medios, y conlleva cambios en los roles sociales de las personas mayores y de la opinión pública. La búsqueda patológica de una belleza que no corresponde a la edad de la persona ha dado lugar en las cirugías faciales a rostros inexpresivos, estereotipados, ausentes de algunas de las características que hacen al rostro humano bello, independientemente de la edad. La búsqueda de la fuente de la eterna juventud sigue ahogando los anhelos de una vida activa, sana y con altas dosis de bienestar y felicidad.

La manera de enfrentarse con las circunstancias adversas determina hasta qué punto las personas se adaptan a las transiciones (como la jubilación) y las crisis del envejecimiento (como la pérdida de un ser querido y la aparición de enfermedades). Para ello nada mejor que fomentar las relaciones sociales, las cuales pueden prolongar la longevidad y mejorar la calidad de vida. Sin embargo, en contra de lo que se piensa del estilo de vida, en España la falta de apoyo afectivo va en aumento. El 30% de los mayores de 65 años vive sin recibir una invitación para salir y pasar un rato acompañados, el 14% no tiene quien le

24. El *autocuidado* comprende la automedicación, el autotratamiento y los primeros auxilios, desarrollados en el contexto de la vida cotidiana. La *autoayuda* incluye las acciones personales para promover, mantener o restaurar el estado de salud propio o de la comunidad. Los cuidados no formales, casi siempre desarrollados por miembros de una familia, ocupan en torno al 80% del tiempo total empleado en cuidados de la salud. Colectivo IOÉ (2004): *Salud y estilos de vida en España*. Madrid: Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS), pág. 87.

aconseje en momentos importantes, el 13,8% no puede hablar de sus problemas personales y familiares, y un 10,4% afirma simplemente que no recibe amor y afecto. “En resumen²⁵, las situaciones de carencia afectiva se hacen notar especialmente *en edades maduras* (mayores de 45 años), entre personas que *no conviven en pareja*, en mayor medida si *viven solos*, especialmente entre los que pertenecen *a los sectores sociales más débiles* (con menores niveles de estudios y de ingresos)”.

En cuanto a los factores conductuales, uno de los mitos sobre el envejecimiento gira sobre la idea de que adoptar un estilo de vida saludable en la vejez es demasiado tarde. Sin embargo esto no es cierto, pues realizar una actividad física adecuada evitando la vida sedentaria, llevar una alimentación sana, no fumar, el consumo prudente de alcohol y el uso correcto de los medicamentos en la vejez pueden evitar enfermedades y el declive funcional. Los cambios que acompañan al envejecimiento progresan gradualmente y las diferencias individuales son significativas. Por ejemplo, el rendimiento físico de una persona de setenta años de edad que se mantiene en forma puede ser similar al de una persona de treinta años que no se mantiene en forma.

¿Qué actividades²⁶ realizan los mayores? Las encuestas realizadas para conocer a qué dedican el tiempo los mayores indican que, además del tiempo dedicado a dormir y al cuidado de la salud (unas doce horas diarias), cerca del 97% ve la televisión, un 71% escucha la radio mientras no llega al 10% los que se dedican a leer con frecuencia (en esta cifra puede incidir el nivel cultural y los problemas visuales de muchas personas mayores).

El 70% suele pasear e ir a comprar; hasta un 43% realiza alguna actividad turística después de la jubilación y entre un 20% y un 30% aproximadamente participa en alguna asociación, en actividades culturales, asiste a cursos de manualidades o hace deporte. Pero lo que hay que destacar es que el porcentaje de mayores que querrían realizar estas actividades, sobre todo ejercicio físico, ir a pasear o de compras, acudir a sociedades recreativas o leer el periódico es aún mayor. Incluso hasta un 40% está interesado en mantener una actividad o transmitir sus conocimientos a personas más jóvenes, por que tienen tiempo para asociarse como demuestra las aproximadamente cinco mil cien organizaciones registradas en España. Efectivamente, la participación en la vida cívica y social es más intensa que la de cualquier otro grupo de edad, sobre todo porque les sobra tiempo. Tiempo activo para un envejecimiento activo.

25. Colectivo IOÉ (2004): *Salud y estilos de vida en España*, pág. 90.

26. <http://www.netdoctor.es>

BIBLIOGRAFÍA

- ACTIS, W., PEREDA, C., y de PRADA, M.A. (Colectivo IOÉ) (2004): *Salud y estilos de vida en España. Un análisis de los cambios ocurridos en la última década*. Madrid: Fundación de las Cajas de Ahorros (FUNCAS).
- ARBER, S., y GINN, J. (1996): *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea.
- BAZO, M^e T. (2001): *La institución social de la jubilación: de la sociedad industrial a la postmodernidad*. Valencia: Nau Llibres.
- BAZO, M^e T., y ANCIZU, I. (2004): "El papel de la familia y los servicios en el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores: una perspectiva internacional comparada, *Reis*, 105, pp.43-77.
- CASADO, D., y LÓPEZ, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Fundación "La Caixa". Colección de Estudios Sociales, n^o 6.
- CODINACH i MONCUNILL, T. (2003): "Dependencia y vejez. Consecuencias socio-familiares, *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 64, pp.119-124.
- DE CASTRO, A. (1990): *La Tercera Edad tiempo de ocio y cultura*. Madrid: Narcea.
- DURÁN, M^e. A. (1999): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación BBV.
- FERICGLA, J. M. (1992): *Envejecer. Una antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- FERNÁNDEZ-MAYORAL, G., et al. (2003): "Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC", *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13 (1), pp.43-46.
- FLORES TASCÓN, F.J. et al. (1994): *Saber envejecer. Cómo vivir mejor*. Madrid: Temas de Hoy.
- GARCIA, A., y MARTINEZ, J. B. (2002): "Nuevas perspectivas en el trabajo socioeducativo con personas mayores", *Educación Social*, 22, pp.52-70.
- GIRÓ MIRANDA, J. (coord.) (2004): *Envejecimiento y sociedad. Una perspectiva pluridisciplinar*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- (coord.) (2005): *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- GUILLEMARD, A. M. (1972): *La retraite: une morte sociale*. París: Ecole Pratique des Hautes Etudes.

EL FENÓMENO DEL ENVEJECIMIENTO

MARIA VICTORIA HERNANDO IBEAS

EL PUNTO DE VISTA BIOLÓGICO Y FISIOLÓGICO

Sobre los mecanismos biológicos del envejecimiento se han propuesto más de 300 teorías¹ a lo largo de la historia y la mayoría se complementan o, por lo menos no se excluyen mutuamente. Parece ser que no existe un único mecanismo responsable del envejecimiento y más bien se debe a una acumulación de causas interactivas. Estas causas, es muy posible, varíen en células de órganos "postmitóticos" (como las neuronas y las células musculares esqueléticas y cardíacas) comparándolos con los que tienen tejidos renovables como es el caso de la médula ósea, la mucosa gastrointestinal, etc. Los órganos responden de distinta manera ante radicales libres. Por ejemplo, será peor en el sistema nervioso que es arregenerativo que en la médula ósea que contiene una alta tasa de recambio celular.

Las teorías que adjudican como la causa básica de la vejez el envejecimiento celular, son las más probables. Contribuyen a esta afirmación varios factores:

- En cultivos, las células envejecen universalmente.
- Aunque tras una serie limitada de mitosis dejan de replicarse, permanecen vivas algo más de un año, realizando la mayoría de sus funciones metabólicas.
- El número de replications previas a la senectud es directamente proporcional al máximo de supervivencia de la especie.
- La cantidad de mitosis es inversamente proporcional a la edad del donante.
- Presentan baja supervivencia in vitro las células de enfermos con síntomas de envejecimiento precoz, por ejemplo el síndrome de Werner y progeria.

1. Medveded, Z. (1990): "An attempt at a rational clasification of theories of aging". *Biol. Rev* 65: 175-98.

El envejecimiento puede entenderse como un proceso universal, intrínseco y paulatino que se desarrolla a lo largo de la vida, todo ser vivo tiende a él; existe una relación e interacción entre el medio ambiente y el programa genético del individuo.

Es difícil determinar cuándo comienza el proceso de envejecimiento. Si hablamos del concepto de "*edad cronológica*", se cree que el proceso de envejecer se inicia entre los 60 y 65 años, aunque claro está es muy aleatorio ya que en muchos individuos se dan déficit funcionales antes.

Es posible que el proceso comience en el mismo momento del nacimiento, y también lo es que no todas las funciones tengan el mismo tempo, ni en las personas se den procesos cronológicamente iguales. De modo y manera que en ocasiones el envejecimiento físico no va acompañado de una pérdida de funciones cognitivas que pueden permanecer más o menos intactas hasta la muerte. Por ello, desde un punto de vista meramente cronológico no podemos hablar de envejecimiento cerebral. En un cerebro viejo el deterioro puede ser también consecuencia del deterioro de otros sistemas como el endocrino o cardiovascular, y quizás en mayor medida que al propio proceso de envejecimiento cerebral.

Por otra parte, debido a determinados estilos de vida y/o riesgos ambientales (*envejecimiento extrínseco*), y a la genética propia de cada individuo (*envejecimiento intrínseco*), cada hombre envejece de manera distinta, siendo un proceso natural y universal, ligado al propio ciclo vital. En número de genes involucrados en el envejecimiento supera los cien, a los que es necesario sumar mutaciones que se dan y afecta el proceso general que incide en todos los niveles: molecular, celular y orgánico.

Aunque es también necesario entender que la vejez, y los distintos acontecimientos que conducen a ella, no es una enfermedad, sino un proceso natural y universal, que está inscrito en el programa genético (*envejecimiento intrínseco*), y condicionado por los entornos del individuo; cada hombre envejece de distinta forma, según su cultura, estilos de vida, y riesgos ambientales (*envejecimiento extrínseco*).

Strehler², en 1982, propuso para fundamentar una teoría del envejecimiento coherente que ésta se basara en dilucidar varios factores y no un único mecanismo. Relacionando los siguientes como parte constitutiva que toda teoría debe explicar:

- a) *Perjudiciales*: minoran las funciones.
- b) *Progresivos*: que tengan lugar paulatinamente.
- c) *Intrínsecos*: aquellos que no sean por causa de agentes medio ambientales alterables, es decir genéticos.

2. Strehler BL.(1982): "Ageing: concepts and theories". *Lectures on gerontology*, pp. 1-7.

d) *Universales*: todos los miembros de una especie deben mostrar las carencias o déficit.

Por lo general las teorías sobre el envejecimiento se clasifican en dos grandes grupos:

- *Teorías no estocásticas o deterministas*: engloban aquellos fenómenos que se describen mediante un número determinado de variables concretas y conocidas, que se desarrollan de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado. No recurren a ningún cálculo de probabilidades. Son innatas, están programadas en el genoma del individuo.
- *Teorías estocásticas o ambientales*: estas teorías se fundamentan en la acumulación casual de sucesos nocivos, debido a la exposición de factores exógenos adversos y, por otra parte, fenómenos que implican una serie de variables aleatorias que hacen que este fenómeno sea producto del azar, y se tenga que recurrir a cálculos de probabilidades, para ser estudiado.

Estas teorías entienden que el envejecimiento depende y está expuesto a procesos primarios de origen ambiental tanto intra como extracelular, y a su acumulación nociva. Resumiendo expondremos las siguientes teorías:

Teorías estocásticas:

- *Teoría del error catastrófico.*
- *Teoría del entrecruzamiento.*
- *Teoría del desgaste.*
- *Teoría genético-estocástica.*
- *Teoría de la mutación somática.*
- *Teoría de la restricción calórica.*
- *Teoría de los radicales libres (envejecimiento como by-product del metabolismo oxidativo).*

Teorías no Estocásticas:

- *Teoría evolucionista.*
- *Teoría del límite Hayflick.*
- *Teoría inmunológica.*
- *Teoría neuroendocrina.*

LAS TEORÍAS ESTOCÁSTICAS

Teoría del error catastrófico. Esta teoría, que fue formulada en 1963 y reformulada en 1970 por LE. Orgel³, expone que con el tiempo aparecen errores en la síntesis de proteínas y ADN. Si alguna de dichas proteínas anómalas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, provocará más errores en la sucesiva generación de proteínas y así una generación tras otra. Esto conlleva un *error catastrófico* de la homeostasis celular que provoca la muerte celular.

Se sabe que durante el proceso de envejecimiento, sí aparecen proteínas anómalas, pero no parece que surjan de errores en la biosíntesis de proteínas, sino que se trata de modificaciones pos-sintéticas⁴, por ello esta teoría no es del todo cierta, ya que está probado que el envejecimiento no está acompañado por la síntesis de proteínas defectuosas.

La diferencia de esta teoría está en que el error se produce por el paso del tiempo y no como las teorías del reloj biológico, que es por medio de un gen predecible e identificable.

Teoría del entrecruzamiento. Denominada también “*Teoría de los enlaces cruzados o de las uniones cruzadas*”. Fue formulada por M. Brownlee⁵ en 1991, explica que la formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos se incrementa con la edad.

En el desarrollo de las complicaciones diabéticas, Brownlee, estudió el papel fundamental que ejerce la glicación no enzimática. La glicación se inicia con la reacción de la glucosa con residuos de lisina y algunas bases de ácidos nucleicos. Con la edad, se produce un aumento significativo de productos AGE. Se forma una base de SCHIFF y se generan los AGE (productos finales de glicosilación avanzada), que trasmutan la función biológica de las proteínas extracelulares por reaccionar con lisinas esenciales.

Otros estudios han determinado que de los entrecruzamientos de polímeros (meloidinas: polímeros segmentados resultados de la deshidratación sufrida por la fructosamina y reagrupamientos con otras proteínas) y cadenas proteicas, provocan las complicaciones crónicas de la diabetes; constituyendo así los pigmentos fluorescentes y amarronados que entrelazan las proteínas.

3. Orgel LE. (1963): *The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing.* Proc Natl Acad Sci USA; 49: 517-21.

Orgel LE. (1970): *The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing. A correction.* Proc Natl Acad Sci USA; 76: 1476.

4. Mckerrow J. (1979): Nonenzymatic posttranslational amino acid modifications in aging: a brief review. Mech Ageing Dev; 10: 371-7.

5. Brownlee M. (1991): Glycosylation products as toxic mediators of diabetic complications. Annu Rev Med; 42: 159-66.

Son ejemplo de estas desorganizaciones funcionales las cataratas, consecuencia de un proceso de glicosilación y posterior entrecruzamiento de las proteínas del cristalino; o los procesos de entrecruzamiento entre las fibras de colágeno que producen la esclerosis.

“Algunos autores afirman que las hipótesis sobre los radicales libres de oxígeno y la glicación son componentes de una única vía bioquímica, porque el número de puentes cruzados aumenta con la edad, de forma similar a los productos generados por la acción de los radicales libres de oxígeno.”⁶

Teoría del desgaste o acumulación de productos de desecho. Expuesta por Sheldrake⁷ en 1974.

“El envejecimiento celular se puede explicar en términos de la acumulación de la ruptura de productos citoplásmicos, algunos de los cuales pueden ser perjudiciales para la célula; la única manera que las células podrían evitar su mortalidad inevitable sería creciendo y dividiéndose, diluyendo la ruptura acumulada de productos”.

Para Sheldrake, si las estructuras irremplazables que forman el organismo se dañan en sus partes vitales, conlleva la muerte de tejidos orgánicos, muerte de células, etc., y ello conduce a la vejez. Contribuyen a estos hechos tres factores:

- 1.- El producto de desecho que producen las células es perjudicial para la reproducción de las mismas. La acumulación de lipofuscina dentro de las células aunque está demostrada, no se conoce con certeza si es dañina para las funciones reproductoras o metabólicas celulares.
- 2.- Los lisosomas pueden degradar la lipofuscina. Y el producto de desecho, no puede destruirse o transportarse a través de las membranas más externas de las células.
- 3.- Por la “dilución” en la división celular, su concentración puede descender. Sin embargo, en el sentido estricto, esta sustancia no tiene que ser un producto de desecho.

Teoría genético-estocástica. Esta teoría en realidad incluye tres planteamientos independientes pero, eso sí, relacionados. Responsabiliza de los daños provocados al azar en el ADN del envejecimiento, al entorno celular.

1.- *Teoría de la regulación genética:* todas las especies poseen un grupo de genes que permiten el desarrollo y la reproducción de los individuos que las componen. La fase de reproducción está en función de la capacidad de defensa

6. Rolid Collado y López Escribano (coord.) (2005): *Enfermería: Geriatria y Gerontología*. Albacete, Alabán Ediciones.

7. Sheldrake AR. (1974): *The ageing, growth, and death of cells*. Nature; 250: 381-5.

del organismo ante factores adversos determinados. El envejecimiento tendría una relación directa con el desequilibrio de los factores que permiten el mantenimiento de la fase de reproducción.

2.- *Teoría de la diferenciación terminal*: el envejecimiento celular se debe a una serie de alteraciones en la expresión genética, pero que suponen una diferenciación terminal de las células. Considera muy importantes los efectos negativos del metabolismo sobre la regulación genética.

3.- *Teoría de la inestabilidad del genoma*: la inestabilidad del genoma se resalta como causa de envejecimiento, tanto al nivel del DNA como afectando la expresión de los genes sobre RNA y proteínas⁸.

Teoría de la mutación somática o Teoría de la mutación genética. Fue planteada por Szilard en 1959⁹. El envejecimiento, para él, es el resultado de la suma de alteraciones genéticas en el ADN nuclear de las células somáticas. Por ello, los cambios, están insertos en los errores en la transmisión genética o en la codificación de proteínas y son los agentes externos los causantes de dichas mutaciones.

Comfort¹⁰, que compartió esta idea, plantea que la lesión del ADN fuera básicamente a nivel mitocondrial. J. Miquel y J.E. Fleming¹¹ creen que el deterioro celular es consecuencia de un desequilibrio del genoma mitocondrial.

“... por una falta de equilibrio entre la reparación mitocondrial y el efecto desorganizador de los radicales de oxígeno. De este modo, las células privadas de la capacidad de regenerar sus poblaciones mitocondriales, sufrirán una disminución irreversible en su capacidad de sintetizar ATP, con la consiguiente degradación senescente del funcionamiento fisiológico y muerte final.” (Miquel, 1984 op. cit.)

Estas mutaciones mitocondriales se asocian a manifestaciones clínicas como la diabetes, ceguera, desórdenes de movimiento, demencia, disfunción renal.

8. Pardo Andreu, G. (2003): *Consideraciones generales sobre algunas teorías del envejecimiento*. Revista Cubana de Investigación Biomédica 22(1).

9. Szilard L (1959): *On the nature of the aging process*. Proc Natl Acad Sci USA; 45: 30-45.

10. Comfort A (1979): *The biology of senescence*. New York: Elsevier.

11. Miquel J, Fleming JE. (1984): *A two-step hypothesis on the mechanism of in vitro cell aging cell differentiation followed by intrinsic mitochondrial mutagenesis*. Exp Gerontol; 19: 31-6.

Teoría de la restricción calórica. Se apoya en la hipótesis, no demostrada, que la privación alimentaria, al causar un metabolismo más bajo, produce un menor número de sustancias antioxidantes y prolonga la vida. La actividad metabólica provoca, según plantea esta teoría:

- Aumento de la esperanza de vida.
- Aumenta la reparación del ADN.
- Disminución del número de enfermedades.
- Efecto antioxidante, etc.

Tendrían más expectativa de vida, si así fuera, las personas con un tipo de vida sedentario y con un metabolismo más bajo. Pero no es cierto, aunque es cierto que aumentan las expectativas de vida con una menor ingesta calórica.

Teoría de los radicales libres. Denham Harman¹² propuso, en 1956, la teoría sobre el envejecimiento más popular entre las estocásticas, en 1956:

“El envejecimiento resulta de los efectos perjudiciales fortuitos causados a tejidos por reacciones de radicales libres. Estas reacciones pueden estar implicadas en la producción de los cambios del envejecimiento, asociados con el medio ambiente, enfermedad y con su proceso intrínseco. Los radicales libres reactivos formados dentro de las células pueden oxidar biomoléculas y conducir a muerte celular y daño tisular. Las reacciones perjudiciales de los radicales libres se producen sobre todo en los lípidos, los cuales son los más susceptibles”. (Harman, 1956, op. cit.)

Los radicales libres son moléculas inestables que perdieron un electrón, o sea que muestran en su estructura un electrón no emparejado, y por ello son altamente reactivas, porque su cometido es hallar el que les falta para recobrar su estabilidad y lo encuentran entre las moléculas de su entorno.

Lo cual provoca que la molécula que pierde un electrón, en beneficio de la otra, se convierte a su vez en radical libre y así empieza una reacción en cadena que perjudicará muchas células y, si los antioxidantes no se interponen, puede ser indefinida.

La respiración, el metabolismo de los alimentos y el ejercicio son procesos naturales del organismo que producen radicales libres. Otros elementos del medio ambiente a los que estamos expuestos como el tabaco, radiación, medicamentos, polución industrial, aditivos químicos en los alimentos procesados y pesticidas etc., crean también radicales libres. Los dos orígenes primordiales de los radicales libres son:

12. Harman D. (1956): *Aging: a theory based of free radical and radiation chemistry.* J Gerontol; 11: 298-300.

-Internos:

- Cadena respiratoria mitocondrial.
- Otras reacciones intracelulares.

-Externos:

- Fármacos.
- Luz solar.
- Radiaciones ionizantes.
- Humo de automóviles.
- Campos electromagnéticos.

Las células del sistema inmune usan los radicales libres para atacar a las bacterias y virus, por lo que los radicales libres, por sí mismos, no son nocivos. Pero si los oxidantes no los controlan, las células sanas pueden resultar dañadas. El problema es que los radicales libres capturan electrones de los lípidos y proteínas de la membrana celular, y con ella la dañan impidiendo que cumpla sus funciones, intercambio de nutrientes y la limpieza de materiales de deshecho, con lo que impide el proceso de regeneración y reproducción celular.

Los radicales libres atacan el DNA (material genético) que suministra la matriz para la replicación celular, destruyendo el mecanismo de reproducción celular. Cuando los radicales libres toman el electrón que necesitan de las células del tejido colágeno de la piel, ayudan al desarrollo del envejecimiento y la piel va perdiendo su elasticidad, se arruga y se seca.

Si no hay un agente, como la vitamina C, que los contrarreste, el daño producido por estos radicales libres es acumulativo. También están implicados en enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, demencia senil como el alzheimer, amiloidosis, enfermedades auto-inmunes, accidente vascular cerebral, hepatitis, enfermedad cardiovascular, artritis reumatoide, hipertensión, diabetes mellitus, lupus, colitis ulcerativa, enfermedad periodontal, fallo renal crónico, entre muchas otras.

No se ha demostrado que esta teoría tan popular explique todo el proceso del envejecimiento. Está comprobado que el radical libre es uno de los componentes del proceso de envejecimiento, pero no el único, ni el más importante. No se ha justificado que si se dan factores aclaradores (scavenger systems), que eliminan estos radicales libres, o vitaminas antioxidantes, la vida de una persona mayor se alargue de forma significativa, aún cuando éste disminuya el nivel de radicales libres.

Sí es manifiesto su nexo con la ingesta de calorías, ya que a menor reacción metabólica, menor número de reacciones oxidativas.

LAS TEORÍAS NO ESTOCÁSTICAS

Teoría evolucionista. El proceso de envejecimiento es una característica común de todas las especies animales. Es pues una constante en la vida. Tres son las teorías evolutivas que intentan explicar la causa y su proceso.

1-Teoría del envejecimiento como proceso de adaptación

Entiende que la naturaleza, por medio de la evolución, ha establecido un sistema, el envejecimiento, para organizar la sucesión paulatina de las generaciones. La eliminación de los individuos gradualmente no sería posible si no existiera un pre-determinismo genético que estructurara su desaparición. Pero esta teoría se rechaza por dos motivos:

- A. La mayoría de las muertes en cualquier especie se producen por accidentes o enfermedades a edades no cercanas a la vejez, con excepción de los seres humanos que viven en zonas desarrolladas. Los individuos de las distintas especies, no viven el tiempo suficiente para llegar a estadios de vejez.
- B. *Teoría de la "Gerontogenes"* Fundamentada en la teoría general de la evolución: los que transmiten sus genes y dejan huella en el depósito hereditario de la especie, son los más aptos, que seleccionan aquellas modificaciones genéticas más adecuadas y por lo tanto mejores para la mayor adaptación de los individuos al entorno. La vejez está controlada por genes específicos, la teoría propone un control genético activo de los procesos de envejecimiento.

2-Teoría de las mutaciones tardías

Las mutaciones perjudiciales que son las responsables del envejecimiento, se acumulan, con el tiempo, y producen una errónea codificación. Debido a que la selección natural no habría podido evitar su difusión, los genes del envejecimiento se habrían instalado en los cromosomas humanos.

Hasta avanzada ya la madurez sexual, los efectos nocivos de los alelos perjudiciales no se evidenciarían. En concreto, dicha teoría entiende que los genes perjudiciales se acumulan y sólo se activan a partir de un momento de la vida, un tiempo tardío, por lo que sólo en aquellos individuos que han madurado o suficientes, protegidos en un medio seguro o por otras causas, se evidencia los efectos negativos, o sea la vejez.

3-Teoría del soma desechable

Para esta teoría el envejecimiento es una especie de desajuste entre la supervivencia y la reproducción. La selección natural busca un equilibrio entre dicha supervivencia y reproducción¹³.

13. Kirkwood TBL, Rose MR. (1991): *On of senescence: late survival sacrificed for reproduction.* Phil Trans R Soc London B.;332 (1262): 15-24.

La evolución pretende garantizar el mayor vigor juvenil, útil para la reproducción, durante el periodo idóneo de la misma, ante el peligro de muerte violenta, dirigiendo el resto del abastecimiento energético del organismo hacia el fomento de la mejor fecundidad.

Entiende que el nivel perfecto de inversión en el mantenimiento somático, es menor que el nivel que se requeriría para la longevidad somática indefinida.

Teoría del límite de Hayflick. Fue propuesta por Hayflick en 1961¹⁴, se conoce también como "*Teoría de la capacidad replicativa finita de las células*". Dice que el envejecimiento está genéticamente programado. Existe un gen que una vez activado llevaría a todos los cambios que causa el envejecimiento.

Los fibroblastos humanos normales, según esta propuesta, tenían una restricción del número de veces que podían fraccionarse: pueden duplicarse 50 veces las poblaciones de fibroblastos procedentes de un embrión. Este "límite de Hayflick" describe el fenómeno de la esperanza de vida proliferativa finita que muestran las células humanas *in vitro*. Sobre esto se plantean dos observaciones:

- 1) En 1970, Martín¹⁵ manifestó que la disposición de las células para duplicarse decae paulatinamente con la edad del donante. También otros investigadores hallaron un nexo inverso entre la edad del donante y la división potencial de las células *in vitro*. Ejemplos de esto se encuentran en poblaciones de timocitos, cristalinos y en músculo liso arterial.
- 2) El reloj que determina la pérdida de la capacidad proliferativa de las células, podría ser el telómero. En 1990 Harley¹⁶ vio que la longitud de los telómeros desciende paulatinamente en las células somáticas que se dividen en el organismo, e igual sucede durante el envejecimiento de los fibroblastos en cultivo. La hipótesis del telómero del envejecimiento celular provee de un mecanismo que explica la capacidad replicativa finita de estas células somáticas normales. Esta hipótesis postula que la telomerasa, enzima responsable de conservar la longitud del telómero, es activa durante la gametogénesis, y ayuda a la viabilidad a largo plazo de las células germinales. Pero durante la diferenciación de las células somáticas, esta enzima se encuentra reprimida, lo que aclara de este modo la pérdida de ADN telomérico, asociado con la capacidad replicativa finita de estas células. Esto pone de manifiesto

14. Hayflick L, Moorhead PS. (1961): *The serial cultivation of human diploid cell strains*. Exp Cell Res; 25: 585-621.

15. Martin GM, Spregue CA, Epstein CJ. (1970): Replicative lifespan of cultivated human cells. Effects of donor's age, tissue and genotype. Lab Invest; 23: 86-92.

16. Harley CB, Fitcher AB, Greider CM. (1990): *Telomeres shorten during ageing of human fibroblasts*. Nature; 345: 458-60.

que la actividad telomerasa y la longitud del telómero son biomarcadores que pueden estar relacionados con el envejecimiento celular e “inmortalización”.

El problema es que esta Teoría no puede explicar por qué la capacidad de división de las células no se extingue con la muerte, ni por qué algunas células como las neuronas, deterioradas o no, siguen funcionando durante mucho tiempo.

Teoría inmunológica. Para esta Teoría el genoma nuclear actúa como un “reloj molecular” o un “reloj celular”, controlando y programando los cambios que se desarrollan en un organismo desde su concepción, a través de las distintas etapas biológicas, hasta el envejecimiento¹⁷.

Surge un deterioro inmunitario como resultado de este proceso, que conduce a la aparición de un mayor número de procesos de auto-inmunidad.

“Los cambios como consecuencia de la edad en el sistema autoinmunitario son consecuencia fundamentalmente de los genes dependientes del CMH (Complejo Mayor de Histocompatibilidad). Especialmente significativo es el descenso que se produce en las células T, en particular la capacidad de estas células para proliferar en respuesta a estímulos extraños, incluidos antígenos específicos y anticuerpos celulares anti-T. Como hecho anatómofisiológico se ha observado una considerable involución del timo¹⁸ en cuanto a su masa y composición, siendo responsable de la pérdida de la inmunidad defensiva.” (Reolid Collado- López Escribano, 2005, op. cit.)

Es evidente que retrasar el envejecimiento lleva a retardar la senescencia inmune, incluida la pérdida de células T, funcionales. Aunque el deterioro del sistema inmune no aclara todos los condicionantes del envejecimiento.

Teoría neuroendocrina. Se dan cambios morfológicos, a nivel neuronal lesivos, que provocan cambios de nivel endocrino, que son, a su vez, causa del envejecimiento.

17. Flodin NW. (1984): *The senescence of postmitotic mammalian cells: a cell-clock hypothesis.* Mech Ageing Dev; 27(1): 15-27.

18. Es culpable de la merma de la inmunidad defensiva, la involución notable de la masa y composición del timo, que se observa en ratones viejos y en humanos. Se ha establecido que depende de la interacción de la interleucina (IL-2) con su receptor específico, la proliferación de los linfocitos T. Mientras las células T en reposo no contienen receptores para IL-2 ni producen IL-2, las células T activadas durante la linfoproliferación sintetizan estas proteínas. Por causa de la necesidad de IL-2 para la proliferación de las células T, se ha hipotetizado por muchos autores que la disminución en la linfoproliferación que ocurre con la edad creciente, se debe a una producción disminuida de IL-2 y/o expresión disminuida del receptor IL-2. De aquí la idea de corregir el envejecimiento mediante la adición de IL-2 exógena, porque es un inmunomodulador potente.

En definitiva, explica el proceso de senescencia sobre la base que con el transcurrir del tiempo, mengua el rendimiento fisiológico, originándose alteraciones anatomofisiológicas en muchos órganos. En los genes responsables de ciertas hormonas, dichos cambios se deberán a un deterioro.

Esta teoría centra los errores genéticos y sus resultados en el eje hipotálamo-hipofísio-supra-renal y aparenta dar una respuesta al problema de explicar el envejecimiento, siendo una teoría imaginativa y poco determinada, ya que muchos son los factores que inciden en dicho eje.

TEORÍAS INTEGRADORAS

Se trata de integrar las teorías estocásticas y no estocásticas y sus líneas de investigación, como solución a la diversidad de factores que plantean estas. El proceso de envejecimiento no es producto de una sola causa, sino debido a la interacción de múltiples factores genéticos y ambientales que inciden de formas diversas y según las peculiaridades de cada individuo, tanto genéticas como sociales.

Existen dos modelos:

- A Algunos científicos, entre los que destaca Miquel¹⁹, plantearon en 1980, que el envejecimiento celular puede derivar del daño provocado al genoma mitocondrio (ADNmt) por radicales libres de la membrana mitocondria interna.

Por causa de sus niveles más bajos de uso de oxígeno, las células que responden rápido no sufren la agresión de los radicales libres. En las células diferenciadas inalterablemente, no pasa esto ya que tienen altos niveles utilización de oxígeno.

Ya que el genoma mitocondrial es necesario para la división mitocondrial, el daño al ADNmt bloquea la replicación y recambio de esos orgánulos, con el consiguiente daño progresivo a la membrana debido a la peroxidación lipídica y los entrecruzamientos. Esto causa una disminución relacionada con la edad en la cantidad de mitocondrias competentes funcionalmente, con la consiguiente disminución en la producción de ATP y síntesis de proteínas dependientes de energía.

19. Miquel J, Economos AC, Fleming J, Johnson JE Jr. (1980): *Mitochondrial role in cell aging*. Exp Gerontol; 15: 575-91.

En 1982, Fleming desarrolló su hipótesis de la mutagénesis mitocondrial, aseverando que el daño está situado en el ADNmt²⁰.

La hipótesis de la mutación mitocondrial posee las siguientes ventajas:

1. En el desarrollo del envejecimiento existen mecanismos que posibilitan la intervención. La potenciación de la carga antioxidante de las células, por la administración de antioxidantes es un ejemplo.
 2. Hay células, especialmente las neuronas, que cambian con la edad, mientras que otras no nos muestran una involución conectada con el tiempo.
 3. La disfunción mitocondrial en las células somáticas, puede implicar un papel etiológico en todas o algunas de las enfermedades degenerativas relacionadas con la edad.
 4. Al completar las nociones de los radicales libres con las opiniones clásicas de Minof⁴⁵ y Pearl⁴⁶ en el papel de diferenciación celular y tasa metabólica, ofrece una definición más completa de las peculiaridades primordiales de la senescencia, desde nivel molecular al sistémico²¹.
- B. Propuesta por J.Tabú en 1999, relaciona los procesos genéticos con los radicales libres:

“... de modo que alguno de los genes responsables del envejecimiento fuera a la vez responsable de proteger a la célula mitocondria de las agresiones oxidativas procedentes de los radicales libres.”

RESUMEN

El envejecimiento es un fenómeno universal y al que todas las especies están sometidas y, por lo menos, en los animales superiores, no se originan igual en dos individuos de la misma especie. No es el envejecimiento fruto de un solo factor. Evidente que todos los agentes que hemos señalado, en las referidas teorías que hemos analizado, tienen relación con una parte del proceso. Es el envejecimiento un proceso en el cual inciden numerosos factores, intrínsecos, extrínsecos, genéticos, circunstanciales, entre otros.

20. En 1984 afirmó, que este daño conduce a una síntesis inapropiada de proteínas de la membrana interna y a una disminución resultante en la síntesis de ATP que crea un círculo vicioso de pérdida mitocondrial, con la consiguiente disminución en la producción de energía, síntesis de proteínas, función fisiológica y muerte final.

21. Pardo Andreu, G. (2003), op. cit.

- Condicionantes debidos a una predisposición genética:
 - Expectaciones de vida desiguales en las distintas especies. Entre hermanos monocigóticos hay una edad y causa de muerte similar.
 - En linajes longevos hay una mayor perspectiva de existencia.
 - En el sexo femenino existe mayor expectativas de vida.
- Factores ambientales:
 - Modos de vida.
 - Enfermedades asociadas.
 - Agentes circunstanciales: contaminantes, tabaco...

CAMBIOS ASOCIADOS A LA PSICOLOGÍA

A mediados del siglo XX, al terminar la II Guerra Mundial, los servicios sanitarios de los países desarrollados se enfrentaron a una población cada vez mayor, y ello fue el punto de arranque de la consideración actual que se da al proceso de envejecimiento. A partir de la segunda mitad del siglo XX, se comienzan a impartir cursos sobre la edad madura y la vejez o gerontología en los departamentos universitarios de psicología. El estudio que realizó, a fines de los años cincuenta, el Comité sobre Desarrollo Humano de la Universidad de Chicago centrado en los aspectos sociales de la vejez, y publicado por E. Cummings y W.E. Henry *"Growing Old: The Process of Disengagement"*, es toda una referencia ya clásica para investigadores de los aspectos psicosociales de la vejez. Hubo también unos estudios en Inglaterra en la misma época. Martín Roth estudió la salud mental de la población anciana, concluyendo que un 25% tenían problemas de salud²² mental. Todo ello conduce a la aparición de una nueva disciplina: la psicogerontología o psicología del envejecimiento que estudia las conductas psicológicas asociadas a las edades avanzadas.

"Los intentos compulsivos por permanecer jóvenes, en muchos hombres y mujeres que llegan a la edad mediana, la preocupación hipocondríaca acerca de la salud y el aspecto, la emergencia de la promiscuidad sexual para probar la juventud y la potencia, la vacuidad y la carencia de un goce genuino de la vida, y la frecuencia de la preocupación religiosa, son pautas conocidas. Son intentos de correr una carrera contra el tiempo. Y además del empobrecimiento de la vida emocional implicado en las actividades mencionadas, siempre es posible un verdadero deterioro del carácter. El retraimiento de la

22. Nos referimos a la definición salud, que del mismo da la Organización Mundial de la Salud de 1946. *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia"*. El Advisory Group de la OMS (1959) define la salud de los viejos así: *"La salud de los viejos es mejor medirla en términos de función (...) el grado de ajuste más que la falta de patología debe ser usado como la medida del monto de servicios que el viejo requiere de la comunidad"*.

*realidad psíquica estimula la deshonestidad intelectual y un debilitamiento de la fibra moral y el coraje. El incremento de la arrogancia y la crueldad, que encubren los tormentos de la envidia o la humildad destructiva y la debilidad, que encubren fantasías de omnipotencia-son sintomáticos de tal cambio.*²³

La conducta social y psicológica está conformada por una serie de factores: las prácticas sociales, las experiencias personales, el entorno familiar, el contexto económico y también el funcionamiento del cerebro o de otros órganos. Por lo tanto, el estudio de la psicología de la vejez implica a una serie de disciplinas que, cada una en su objeto propio, configuran un todo sujeto de estudio.

El estudio del deterioro cognitivo en función de la edad es el principal objeto de la psicogerontología. Esta exposición, contiene un estereotipo: el concepto vejez incluye pérdida de factores físicos, psicológicos, sexuales e incluso de relaciones sociales. Y no es así necesariamente. El problema esencial que la vejez plantea es entre la "generatividad"²⁴ y el "estancamiento"²⁵ según Erikson.

*"La capacidad de entregarse por completo en el encuentro de los cuerpos y de las mentes lleva a una expansión gradual de los intereses del yo y a un vuelco de catexia libidinal hacia aquello que se está generando"*²⁶.

MODELO DE CRISIS NORMATIVA

El Modelo se fundamenta en que el individuo, a lo largo de su vida, pasa por una serie de fases o etapas, con determinados y concretos problemas en cada una de estas etapas que acometer y tareas a solventar, antes de pasar al siguiente. Varios psicólogos, a partir de este modelo, han desarrollado teorías distintas pero dentro del contexto, desde Freud²⁷, Bühler, Maslow²⁸ con su teoría de la jerarquía de necesidades o la de estructuras de Remphein, hasta Erikson.

23. Jacques, E. (1966) La muerte y la crisis de la mitad de la vida. Buenos Aires. Rev. Psicoanálisis; XXIII, 4.

24. En la teoría de las etapas psicosociales, Erikson entiende por "generatividad", el deseo de ser más productivo, creativo, en transmitir conocimientos a las generaciones siguientes, realizar roles de enseñanza, instrucción, transmisión de valores, en definitiva "la preocupación por establecer y guiar a la generación siguiente" La relaciona con la trascendencia: dejar algo a los que vienen detrás.

25. La incapacidad de preocuparse por el otro entiende por, "estancamiento". No acepta que deba transmitir sus experiencias a la próxima generación, ya que no acepta el envejecimiento. Puede esperar, aún no es viejo. Se evita la conciencia de la verdad.

26. Erikson, E. (1968): Identity, Youth and Crisis. Nueva York: Norton & Company.

27. Freud sólo llegó a estudiar hasta la adolescencia.

28. Maslow, A. (1991): *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos.

Maslow concibe que las necesidades están organizadas estructuralmente con diferentes grados de poder, de acuerdo a una determinación biológica dada por nuestra constitución genética como organismo determinado. Su Jerarquía se estructura de modo y manera que las necesidades de déficit se encuentran en los escalones más bajos de la escala, y las necesidades de desarrollo en las más altas de la jerarquía.

La estructura de la jerarquía de necesidades se inicia, como se ha dicho, con las necesidades de déficit, o puramente fisiológicas, para pasar a las de seguridad, amor, pertenencia, estima, autoactualización y trascendencia. Al superar una de estas etapas, o sea al satisfacerla, se puede pasar a la otra más elevada, porque el foco de atención pasa al siguiente nivel e inmediato en la escala.

Se trata pues, de satisfacer necesidades de un escalón, lo que inmediatamente provoca necesidades a superar en el escalón superior. Cuando las necesidades de un nivel son satisfechas, no se produce un estado de apatía dentro de la estructura, sino que se pasa a preocuparse por las necesidades del nivel contiguo, encontrándose en el escalón inmediato más alto de la jerarquía, buscando saciar dichas necesidades.

Vemos por ello que, para Maslow, las necesidades menores son más pujantes que las superiores de la jerarquía y más prioritarias. Se solventarán sucesivamente las necesidades superiores y la motivación para satisfacerlas, una vez satisfechas las necesidades inferiores. De este modo se llega a un mayor grado de salud psicológica y humana a medida que la disposición hacia las necesidades superiores vaya tomando consistencia. *"...un hombre hambriento no se preocupa por impresionar a sus amigos con su valor y habilidades, sino, más bien, con asegurarse lo suficiente para comer"*²⁹.

ERIKSON (1902-1997)

Para Ericsson existen ocho crisis psicosociales en la vida del individuo que éste ha de vencer y el conjunto irá perfilando su identidad personal. El objetivo de la vida de un individuo es dicha identidad personal, definirla y completarla, y la superación de cada uno de los estadios o periodos de crisis, además de ir completándola le proporcionarán una gran satisfacción.

Los estadios se han de ir completando, uno a uno, con éxito, no se puede pasar al siguiente sin completar el anterior, ya que se basan unos en otros, como ocurre en el caso de las Jerarquías de Maslow. Los estadios son los siguientes:

29. Di Carpio, N.S. (1985): *Teorías de la Personalidad*. México: Interamericana.

- 1.- Confianza/desconfianza.
- 2.- Autonomía/vergüenza.
- 3.- Iniciativa/culpa.
- 4.- Laboriosidad/inferioridad.
- 5.- Identidad/disgregación.
- 6.- Intimidad/aislamiento.
- 7.- Fecundidad/estancamiento.
- 8.- Integridad del yo-deseesperación.

Los estadios son en este caso más cronológicos: los cuatro primeros se refieren a la niñez, a la adolescencia el quinto, el sexto y el séptimo a la edad adulta y el octavo a la vejez. Así pues exponemos a partir del número seis.

-Intimidad/aislamiento: en realidad no se trata de un periodo propio de la vejez, es la entrada en la vida adulta donde el individuo empieza a desarrollar profundos compromisos sociales. Conlleva a aceptar sacrificios y compromisos personales con otros por la necesidad de entrega y de amistad. Para adquirir esta conexión personal se necesita compromiso y sacrificio, y también desarrollar más el sentido de la identidad. La ausencia de éxito en estos cometidos significa aislamiento. El amor, afiliación, compromiso, relaciones de amistad, son los objetivos de este sexto estadio.

-Fecundidad/estancamiento: en la séptima crisis, la actividad frente a la improductividad. Se plantea la *generatividad* frente al estancamiento. Fundamentalmente concierne a las nuevas generaciones, a la transmisión a ellas de valores, la *generatividad* es apreciar que con nuestras vidas favorecemos a otras personas y les suministramos unos conocimientos y unas experiencias. Se propaga a través de las relaciones familiares, sociales y profesionales. Incluye tres virtudes:

- 1.- *Pro-creativa*: considerar las necesidades de la siguiente generación.
- 2.- *Productiva*: ejecutar un trabajo e integrarlo en la vida de la familia.
- 3.- *Creativa*: referida al crecimiento cultural sustantivo.

El individuo, al final de este estadio, empieza a recapitular sobre su vida y remodela sus objetivos priorizando las relaciones con la nueva generación. Para entrar en el octavo y último estadio es primordial tener un desarrollo personal íntegro. El estadio final de la vida, que corresponde a la vejez biológica, es la crisis integridad del *yo/deseesperación*, cuyas virtudes relacionadas son la renuncia, prudencia y sabiduría.

*"La aceptación del ciclo vital singular y único de uno como algo que tenía que ser y que, por necesidad, no admitía sustitutos...una camaradería con las órdenes de tiempos lejanos y diferentes metas... (aunque) el poseedor de la integridad está preparado para defender la dignidad de su propio estilo de vida contra toda amenaza física y económica...Porque en realidad sabe que la vida individual no es más que la coincidencia accidental de un ciclo vital dentro de un segmento de la historia."*³⁰

30. Erikson, E. H. (1963): *Childhood and society*. Nueva York: Norton.

Para Erikson es una fase de repaso exhaustivo de la vida, haciendo hincapié en las experiencias aún no resueltas, además de prepararse para lo que está por llegar: la muerte. El individuo, en esta octava etapa, analiza exhaustivamente su vida y realiza un balance. El resultado de todo este proceso será satisfactorio, si es positivo o desesperanzador, si es negativo. Es su última oportunidad para reconducir los valores y creencias de los que no se sienta satisfecho.

Tres son los condicionantes que analiza desde la prudencia y sabiduría, valores asociados a la vejez:

- Dar al pasado un significado, aceptar el pasado tal como fue y no por lo que pudo ser, admitiendo la conducta propia y sacando consecuencia de la realidad vivida.
- Aceptar los fallos de los padres, hijos, de uno mismo y de todos los que forman el entorno más personal, ya que han influido de una u otra forma en él y forman parte de su situación.
- Aceptar la muerte ya próxima, como la culminación de un ciclo vital, ya que es parte ineludible del conjunto.

Esta teoría ha sido cuestionada por su carga de individualismo y muy propia de sociedades con escaso control sobre sus componentes, aunque últimamente está siendo revisada y muy valorada.

HAVIGHURST

Propone cinco períodos en el desarrollo evolutivo del individuo, que si los supera, se sentirá realizado. Tres corresponden a la madurez, el resto a la vejez. Dichos periodos son:

- 1.- Las principales características o los "*intereses dominantes*" de la adultez temprana (de los 30 a los 40 años), son:
 - *Social*: integración en el ambiente y responsabilidad social y ciudadana.
 - *Profesional*: afianzamiento en el trabajo, en la profesión.
 - *Familiar*: criar e instruir a los hijos, entenderse y vivir con el cónyuge y cimentar un hogar.
- 2.- Se afianzan los tres "*intereses dominantes*" del periodo anterior en la madurez (de los 40 a los 50 años). Se hace patente la *generatividad*, la aspiración y compromiso de educar a la sucesiva generación. De igual modo se apoya, en este periodo a la anterior generación, ya longeva, y se acepta que se está llegando a una edad adulta con los cambios fisiológicos que conlleva.
- 3.- Se confirman las constantes del periodo anterior pero dándose una corrección de conductas, ya en el periodo final de la madurez (de los

50 a los 60). Hay mermas, otros papeles se han de ir adjudicando, se proyecta un nuevo grupo de edad, con declive de bríos, variables económicas, inminente jubilación y la muerte que comienza a vislumbrarse como una realidad.

- 4.- Para Havighurst, la jubilación induce al retiro (la década de los sesenta años). Es primordial en el nuevo contexto asumir una reducción de ingresos y un aumento de tiempo libre. Por lo tanto deben fomentarse nuevos roles, nuevas amistades, nuevos grupos de edad, otras aficiones, etc. Pero especialmente debe afirmarse la identidad, adaptándola a la nueva situación vital.
- 5.- La aceptación del retiro (década de los setenta y más): buscar la manera de conservarse lo más ágil y saludable posible, acomodándose a los límites físicos propios de la edad. Aceptar los fallecimientos de familiares y amigos de edades similares. Seguir en definitiva con la nueva identidad y los nuevos roles adquiridos.

TABLA 1. PERIODOS Y TAREAS DE HAVIGHURST

- Adulthood temprana*: afirmación general de lo profesional, social y familiar.
- Madurez*: Afianzamiento periodo anterior y *generatividad*.
- Final de la madurez*: ajustes y disposición para la jubilación.
- Retiro*: nueva identidad personal, nuevos roles familiares y sociales.
- Aceptación del retiro*: mantenerse física, mental y socialmente activo.

ROBERT PECK

Peck, relaciona el desarrollo al entorno y circunstancias del individuo, no a la edad biológica. Las diferentes fases condicionan y basan las anteriores. La identidad es un proceso que se desarrolla a lo largo de la vida ya que se trata de un "proceso constante de distinción, elección y asimilación de las experiencias y percepciones, y de las perspectivas e impulsos propios, así como de los que llegan de los padres, de los amigos y de la sociedad en general". Las fases por las que se desenvuelve en la vida de una persona corresponden a cuatro de adultez y tres de vejez.

- 1.- El auténtico sabio es el que atina en la opción elegida. Aprecio de la sabiduría frente a las facultades físicas. Siempre que sustituyan a la ausencia de energía y compensen ésta y la falta de salud, la experiencia y las relaciones son talento. Los factores y asuntos mentales predominan sobre los físicos.
- 2.- Socialización/sexualización: La relación es más racional y sentimental, el sexo se basa cada vez más en la comprensión, sentimientos y conocimiento más profundo.

- 3.- Flexibilidad afectiva/empobrecimiento afectivo: Es beneficiosa la flexibilidad para afrontar los cambios, las nuevas relaciones y las ya pérdidas, las nuevas circunstancias, los objetivos y deseos recientes, etc., sino se podría perder la capacidad afectiva.
- 4.- Flexibilidad mental/rigidez mental: aunque al individuo le resulte positiva su postura por el resultado beneficioso hasta el momento, no se puede encasillar sólo en esas actitudes, sino que hay que combatir el estancamiento intelectual. Se necesita una disposición abierta a los cambios, una mentalización más flexible, dispuesta siempre a valorar y aceptar los cambios.

Los cuatro estadios no se ordenan en función de la edad biológica, pueden darse en función del individuo y sus circunstancias antes o después, esta es la diferencia con Erikson. Hay que superarlas con independencia de la edad para solventar las siguientes tres dificultades:

- 1.- Diferenciación del ego, frente a intranquilidad por lo laboral. En esta fase de la vida, el individuo se ve afectado por la jubilación y sus repercusiones personales y dentro de los contextos familiares, de amigos y de entorno. Es necesaria una reacomodación del yo, que hasta el momento muy identificado con las situaciones vitales que se han perdido, o han sido superadas, debe centrarse en otros factores que compensen las pérdidas. Es necesario indagar en otras posibilidades personales.
- 2.- Trascendencia corporal/preocupación por el cuerpo: con la edad se produce un deterioro de las funciones corporales. El cuerpo envejece. Evidentemente, cuanto más aprecia una persona el estado físico, tendrá más dificultades para asumir esta realidad. El individuo tiene que valorar y desarrollar otras cosas, trascender de uno mismo, buscar otros caminos y aficiones.
- 3.- Trascendencia del ego/inquietud por el ego: es la dificultad de enfrentarse con la muerte. Hay aprensión, recelo a la desaparición que ya próxima asedia. Peck lo define como "*la noche del ego*" es el desafío mayor, el final. Se ha de admitir lo inevitable, el remate del proceso. Pero no es la muerte el final del ego, puede trascender a las nuevas generaciones para que lo sigan desarrollando y prolongando. Se trata de una especie de inmortalidad del ego, y depende de la capacidad de transmisión de cada uno.

TABLA 2. CRISIS DE PECK.

- No dependen de la edad biológica.
- El conocimiento o sabiduría sobre las capacidades físicas.
- Socialización sobre sexualización.
- Flexibilidad afectiva sobre rigidez mental.
- Trascendencia del cuerpo sobre la inquietud por el cuerpo.
- Trascendencia del ego sobre inquietud por el ego.

ROGER GOULD

Para Gould el desarrollo de individuo se estructura en siete transiciones, y en cada unas de ellas se dan determinadas “transformaciones”. Las referencias de la edad, no implican un modelo estricto, sino que depende de los individuos o, incluso, del grupo social que pertenecen. Estos factores actúan de variables en las transiciones.

- *Primera transición:* 16 a 18 años, termina el dominio paterno y por consiguiente se obtiene la libertad personal y social: amistades y entornos propios, y el camino a la conciencia de adulto. Inicio de la autonomía personal.
- *Segunda transición:* 18 a 22 años. Forma su grupo social, compuesto por sus amigos o iguales, que sustituye a la familia. Si bien la niñez ha sido superada, no está afianzado como adulto, surgiendo inestabilidades y confrontaciones en el conjunto familiar, generalmente con los progenitores.
- *Tercera transición:* 22 a 29 años: últimos años de dependencia psicológica paterna. Se rememora el amparo de la familia, permaneciendo dudas sobre la pertinencia de lo que opinan. Pero es el momento de afirmar la independencia, la autonomía, y trazarse un porvenir, diferente, propio. La intuición es el factor decisivo de esta etapa.
- *Cuarta transición:* 29 a 35 años. Aparece la madurez psicológica y mental. La persona establece sus objetivos previo análisis y razonamiento. El individuo razona asimismo sobre los valores y los acontecimientos, despojándose de las ideas inflexibles y enfoques maximalistas. Es en este periodo donde se afianzan las actividades, familiares, profesionales y sociales.
- *Quinta transición:* 35 a 43 años. Etapa de plenitud de la existencia. La autoridad de los padres es inexistente y los hijos todavía no cuestionan la de sus mayores en el grupo. Nacen los primeros atisbos de angustia al advertirse desgastes físicos y la rapidez con la que pasa el tiempo para cumplir los objetivos establecidos. El individuo es independiente y consciente de ello, pero también de la ausencia paulatina de la anterior generación y que la suya está avanzando hacia el límite de la vida. Para Gould es el grupo de edad que rige el mundo.
- *Sexta transición:* 43 a 50 años. Es una etapa preparatoria para afrontar la siguiente y definitiva. Se produce un proceso de reflexión sobre los valores existenciales: amistades, hijos, relaciones, etc. Se tienen la vida consolidada, pero se empieza a asumir lo que está por venir, una etapa difícil.
- *Séptima transición:* 50 a 60 años. La vida se concibe diferente en valores necesidades y propósitos, hay más comprensión con el pasado y el presente, aumentan los afectos hacia la familia. Aumenta el interés por la nueva generación que sube y se pretende trasladarse la experiencia y los conocimientos. Se asume que la vida es finita.

En esta teoría los grupos de años biológicos son orientativos, no estrictos.

ESTUDIO DE GRANT. GE. VAILLANT

Fue publicado por G.E.Vaillant³¹, pero se trata de un trabajo que se hizo entre 1938 y 1977 por estudiantes universitarios. Los resultados respaldan la teoría de Erikson y sus estadios, alude especialmente a la *generatividad* e intimidad. También plantea un factor recurrente en la psicología: la falta de afecto en la niñez condiciona factores tan dispares como la autonomía, la amistad, confianza e incluso gustos y aficiones personales.

El estudio concluye en que para lograr el equilibrio en la edad adulta son necesarios mecanismos de defensa como: *“reprimir la ansiedad, distorsionar la realidad, racionalización, somatización y proyección, pero especialmente los mecanismos maduros de sentido del humor y sublimación”*³². Los periodos de la madurez que propone son:

- 1.- *Edad de establecimiento*: independencia de los padres, creación de una familia y establecimiento en el entorno social.
- 2.- *Edad de consolidación*: en el planteamiento de Erikson corresponde a una etapa intermedia entre la generatividad y la intimidad. Se trata de afianzar lo alcanzado hasta el momento.
- 3.- *Edad de transición*: aparece cierta angustia y estrés, es útil buscar soluciones a problemas pasados y actuales. La vida profesional pierde intensidad, ya está consolidada.

LEVINSON

Levinson realizó un estudio en la universidad de Yale, planteando la existencia de un sistema de relaciones del individuo que evoluciona a lo largo de su vida, lo llamó *“estructura de la vida”*. Esta es definida por Levinson como *“la pauta que subyace o diseña la vida de un sujeto en un momento determinado”*³³. Dicha *“estructura de vida”* se basa esencialmente en la familia y en el trabajo, aunque se incluyen también otros factores como la religión, la raza, el entorno... Las etapas o fases son:

- 1.- *Preadulthood*, hasta los 22 años: Levinson establece una fase intermedia que llama: la transición a la adultez temprana, va de los 17 a los 22 años; en este periodo se inician las primeras relaciones, la formación académica, el inicio de la independencia económica y paternal. Periodo de formación de la persona que avanza hacia la adultez.

31. Vaillant GE. (1977): *Adaptation to life*. Boston. Little Brown.

32. Vaillant (1977): *op. cit.*

33. Levison, D. (1986): *A conception of adult development*. *American Psychologist*; 41(1):3-13.

2.- *Adulthood temprana* (17 a 45 años):

- Ingreso en el mundo adulto de los 22 a los 28 años:
 - a) Plantearse un objetivo (sueño): Aparece la "*escisión de género*", parece ser que varían los objetivos en relación hombre-mujer³⁴, no son los mismos. Muchas veces el sueño, el ideal, en esta fase es el trabajo o profesión al que dedicarse. Dependiendo de los valores que priman en la sociedad en un momento determinado, los jóvenes se decantan por una profesión u otra. Si predominan los valores de tipo social, tienden a ser periodistas o educadores, en el caso que sean los valores técnicos los que primen, serán las carreras técnicas, ingenieros, informáticos, matemáticos, las que más interesantes.
 - b) Tener una referencia (o mentor), no exclusivamente en campos de estudio, sino también en la profesión, instrucción, dirección, control etc. En cualquier campo.
 - c) Profesión. No se plantea la elección de carrera sino el impacto que se produce en el individuo cuando entra a formar parte del mundo laboral. El inicio no es en la mayoría de las ocasiones como uno ha soñado, debe afrontar la realidad y las circunstancias reales que él había idealizado en demasía.
 - d) Intimidad. Aparte de la intimidad sexual, alude a la intimidad afectiva de la pareja y al logro común del sueño u objetivo planteado en común.
- Segunda transición, de los 28 a los 33: Es una etapa de recapitular todos las responsabilidades adquiridas y afrontarlas, a todos los niveles: familiar, profesional y social. Es en esta etapa donde existen más fracasos matrimoniales.
- Culminación de la edad temprana, 33 a 40 años. La persona tiene su vida encarrilada, ahora debe asegurar los logros y fortalecer la posición familiar y social. Se prepara en esta fase para la "*crisis de la mitad de vida*"³⁵, desapareciendo el mentor y afrontándolo todo uno por sí solo.

34. Actualmente han cambiado mucho los roles del hombre y de la mujer, son de la década de los 70 y algunos de los 80 todos los estudios citados. Son correctos por lo general los referidos a los hombres, pero menos si se aplican con las mujeres del siglo XXI en los mismos contextos desarrollados, a no ser que se equiparen al hombre, son estudios sobre poblaciones de los EE.UU. u otros países desarrollados. Muy diferente con la realidad de países subdesarrollados. Sobre los modelos de este tipo, la cultural, ha sido la mayor de las críticas que se han dado. La "*escisión de género*" entiende que el objetivo del hombre es el trabajo y el de la mujer la familia (ama de casa) o, en su defecto, el trabajo y la familia.

35. Este concepto es muy impugnado y nace de la psicología (Jung), se fija sobre los 40 años. se entiende como un proceso de individualización Para asentar la propia singularidad, se

3.- *Adulthood intermedia* (40 a 65 años):

- Ingreso en la edad adulta intermedia (45 a 50 años): el individuo tiende a buscar nuevas opciones en la familia, en el trabajo y en el ámbito social. Es una etapa de transición.
- Culminación de la adultez intermedia (55 a 60 años): el individuo tiene una situación sólida en sus intereses pero aparece una crisis debido al paso a la vejez.

4.- *Adulthood tardía* (60 en adelante): es una etapa de evocaciones al pasado, ya no hay expectativas ni ideales, es tiempo de paz espiritual y examen de lo que ha sido la vida en espera de una muerte cada vez más próxima.

La ancianidad está citada por Levinson, como una quinta etapa a partir de los 80 años, pero no estudiada.

JANE LOEVINGER

Loevinger estudia el desarrollo del individuo en función de las "*estructuras de carácter*" y con "*estructuras de significado*", bastante independientes de la edad, y referenciadas las etapas a la madurez.

- 1.- *Fase pre-social*: es una fase de dependencia total hacia los mayores. Etapa de los lactantes, instintiva. Si la persona se queda en esta etapa es un ser infantil.
- 2.- *Fase impulsiva*: se crean conductas egoístas, intolerantes, egocéntricas, y vehementes. Propia de los niños, sólo les interesa la satisfacción de sus necesidades. Consideran las acciones buenas o malas según conlleven recompensas o sanciones. Psicológicamente hablando, los adultos que no superan este estadio, son niños.
- 3.- *Fase autoprotectiva*: no es extraño que los adultos permanezcan o se estanquen en ella, tratan de aprovecharse de los demás³⁶, eluden responsabilidades y son egoístas y oportunistas.
- 4.- *Fase de conformismo*: inicio de la edad adulta, los valores se transforman en externos: patrimonio, posición social, etc. Aprensión al

entiende como un proceso de individualización o sea buscar el significado del propio yo. Erikson, Vaillant y Levinson lo resucitan y consideran que marca una especie de fronteras entre el individuo ilusionado anterior y el "más compasivo, más ponderado y juicioso, más libre de luchas internas y de presiones externas y, a la vez, más sinceramente cariñoso consigo y con los demás" (Levinson, op. cit.). El concepto de "crisis de la mitad de la vida" compartido por todos los psicólogos, no es una opinión.

36. En este punto J. Loevinger establece un periodo de transición que llama "*delta tres*".

rechazo y a la reprobación. Se cumplen las normas sociales para evitarlos.

- 5.- *Fase de conciencia*: aparece la capacidad de autocrítica y las pautas de comportamiento propias. Independencia progresiva de normas sociales y racionalización de la conducta. Autoridad propia. Análisis del trabajo y las acciones personales y valoración estricta de las mismas.
- 6.- *Fase de la Autonomía*: se valora la autonomía propia y la de los demás, en el contexto social. Capacidad reflexiva. Afronta los problemas internos y externos. Se tienen elevados principios morales, tolerancia, flexibilidad. Comprensión por los errores propios y de los demás.
- 7.- *Fase integrada*: Plenitud, honradez, aceptación de lo bueno y lo malo de cada uno y de los otros. Moderación, honestidad, ética en los principios. Se llega a la cúspide de la vida y de los valores humanos más elevados. Jane Loevinger opina que las personas que llegan a este estado en su ancianidad son menos del uno por ciento.

ROBERT KEGAN

Las fases que propone se ajustan más bien a los entornos sociales y culturales y al sentido que en estos tiene el mundo y sus elementos componentes, que a las edades biológicas:

Fase 0, *incorporativa*: Lactancia. No hay diferenciación entre el self, el mundo o los demás.

Fase 1.- *Impulsiva*: es exacta a la propuesta por Loevinger. El eje es el yo. Egocentrismo. Alteración.

Fase 2.- *Imperial*: Encontrar la autonomía es un objetivo, igual que conseguir destrezas, competencias y éxito.

Fase 3.- *Interpersonal*: Diferenciación completa de las características sexuales. Reorganizar las relaciones.

Fase 4.- *Institucional*: Progreso de las relaciones con los demás y el conocimiento de uno mismo.

Fase 5.- *Interindividualidad*: respeto hacia los demás. Autonomía e idiosincrasia. Adulthood plena. Independencia. Individualidad.

MODELO DE PROGRAMACIÓN DE EVENTOS

Este modelo está basado en los acontecimientos que ocurren en la vida de la persona: primer amor, primera relación sexual, muerte de algún familiar o cónyuge, jubilación, etc. Como eventos normativos o idiosincrásicos, estas variaciones se dan por lo general en todos los individuos y a edades similares,

pero son individuales. Pueden darse trastornos psicológicos si el evento es imprevisto.

En este desarrollo influyen muchos condicionantes, como el entorno, las relaciones sociales, la raza, educación, estado físico, etc. y también en general estos periodos progresivos dependen del nivel socioeconómico³⁷. Las clases más favorecidas en lo económico retardan el paso de una fase a otra. La conclusión es un desarrollo regido por factores sociales, no biológicos, como el inicio del trabajo en la juventud o la jubilación.

Todos los ciclos tienen referencia con la edad. Pero son fundamentalmente sociales. En cada sociedad existen roles propios a cada edad, no necesariamente idénticos, pero sí parecidos y cronológicamente paralelos.

Todos los individuos tienen un “*reloj de edad*”, según Neugarten³⁸ que les muestra cual ha de ser su comportamiento en cada fase, pautas y conductas a seguir. Es la sociedad la que imparte estos modelos a respetar: un tiempo para formarse, uno para relacionarse, otro para acceder a la sexualidad, para casarse, formar una familia, formar parte de los grupos dirigentes de la sociedad, etc. Con más intensidad actúan los condicionantes sociales, cuánto más tradicional sea la sociedad. En la sociedad moderna están cambiando estos “relojes de edad” debido a la transformación social, hasta el grado que Neugarten habla de “*borrón de periodos de vida tradicionales*”.

BIBLIOGRAFIA

- AVENI CASUCCI, M. A. et al (1995): *Afectividad y sexualidad en la ancianidad*. Barcelona: Caja de Pensiones de Barcelona.
- BEAUVOIR, S. de (1970): *La vejez*. Buenos Aires: Sudamericana.
- BENGSTON, V. L., REEDY, M. N. y GORDON, C. (1985): “Aging and self-conceptions: Personality processes and social contexts”, en *Handbook of the psychology of aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- BLAU, Z. S. (1973): *Old age in a changing society*. Nueva Cork: New Viewpoints.
- BLUMER, H. (1982): *El Interaccionismo Simbólico. Perspectiva y Método*. Barcelona: Hora.
- BROWNLEE, M. (1991): “Glycosylation products as toxic mediators of diabetic complications”, *Annu Rev Med*; 42, 159-66.
- BUHLER, C. (1969): *Psychology for Contemporary Living*. Nueva York: Hawthorn.

37. Neugarten BL y Moore JW. (1968): The changing age status system. Chicago: University of Chicago Press.

38. Neugarten B. (1968): Adult personality: Toward a psychology of the life cycle. Chicago: University of Chicago Press.

- COMFORT, A. (1979): *The biology of senescence*. New York: Elsevier.
- COWGILL, D. O. (1986): *Aging Around the World*. Belmont, Ca.: Wadsworth.
- CUMMING, E. (1963): "Nouvelles réflexions sur la théorie du désengagement", *Revue internationale de sciences sociales*; 15 (3), 393-412.
- CUMMING, E. y HENRY, W. E. (1961): *Growing Old; the Process of Disengagement*. Nueva York. Basic Boork.
- DICARPIO, N. S. (1985): *Teorías de la Personalidad*. México: Interamericana.
- ERIKSON, E. H. (1963): *Childhood and society*. Nueva York. Norton.
- (1968) *Identity, Youth and Crisis*. Nueva York: Norton & Company.
- FLODIN, NW. (1984): "The senescence of postmitotic mammalian cells: a cell-clock hypothesis", *Mech Ageing Dev*; 27(1), 15-27.
- FRENKEL-BRUNSWIK, E. (1949): "Intolerante of ambiguity as an emocional and perceptual personality variable", *Journal of Personality*, 18, 108-143.
- GAGNON, J. H. y SIMON, W. (1973): *Sexual condut: The social suorce of human sexuality*. Chicago: Akdine.
- GUBRIUM, J. (1973): *The Mit. Of the golden years: A socio-environmental theory og aging*. Springfield: Thomas.
- HARLEY, CB., FUTCHER, AB. y GREIDER, CM. (1990): "Telomeres shorten during ageing of human fibroblasts", *Nature*; 345, 458-60.
- HARMAN, D. (1956): "Aging: a theory based of free radical and radiation chemistry", *J Gerontol*; 11, 298-300.
- HAYFLICK, L. y MOORHEAD, PS. (1961): "The serial cultivation of human diploid cell strains", *Exp Cell Res*; 25, 585-621.
- HOCHSCHILD, A. (1975): "Disengagement theory: A critique and proposal", *American Sociological Review*; 40, 553-569.
- JACQUEMIN, J. (1993): *Elderly Women and the Family, Malta*. NGO Forum to launch UN International Year of the Family.
- JACQUES, E. (1966) "La muerte y la crisis de la mitad de la vida", *Rev. Psicoanálisis*; XXIII, 4.
- KAUR, M. et al. (1987): *Socio-economic profile of the rural aged*. Sharma and Dak.
- KIRKWOOD TBL y ROSE MR. (1991): "On of senescence: late survival sacrificed for reproduction", *Phil Trans R Soc London B.*; 332(1262), 15-24.
- LAFOREST, J. (1991): *Introducción a la Gerentología*. Barcelona: Herder.
- LEVISON, D. (1986): "A conception of adult development", *American Psycologist*, 41(1), 3-13.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, F. y OLAZÁBAL ULACIA, J. C. (1998): *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- MADDOX, G. (1968): *Persistence of life style among the elderly: A longitudinal study of patterns of social activity in relation to life satisfaction*. Chicago: University of Chicago Press.

- MARTIN, C.E. (1981): *Factors affecting sexual functioning in 60-79 year old married males*. Archives of Sexual Behaviour.
- MARTIN, GM, SPREGUE, CA y EPSTEIN, CJ. (1970): "Replicative lifespan of cultivated human cells. Effects of donor's age, tissue and genotype", *Lab Invest*; 23, 86-92.
- MASLOW, A (1991): *Motivación y personalidad*. Madrid. Díaz de Santos.
- MCKERROW, J. (1979): "Nonenzymatic postranslational amino acid modifications in aging: a brief review", *Mech Ageing Dev*; 10, 371-7.
- MEDVEDED, Z. (1990): "An attempt at a rational clasification of theories of aging", *Biol. Rev.*, 65, 175-98.
- MIQUEL J, ECONOMOS AC, FLEMING J, JOHNSON JE. Jr. (1980): "Mitochondrial role in cell aging", *Exp Gerontol*; 15, 575-91.
- MIQUEL, J. y FLEMING, JE. (1984): "A two-step hypothesis on the mechanism of in vitro cell aging cell differentiation followed by intrinsic mitochondrial mutagenesis", *Exp Gerontol*; 19, 31-6.
- NEUGARTEN, B. (1968): *Adult personality: Toward a psychology of the life cycle*. Chicago: University of Chicago Press.
- NEUGARTEN, BL y MOORE, JW. (1968): *The changing age status system*. Chicago: University of Chicago Press.
- ORGEL, LE. (1963): "The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing", *Proc Natl Acad Sci USA*; 49: 517-21.
- (1970): "The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to ageing. A correction". *Proc Natl Acad Sci USA*; 76, 1476.
- PARDO ANDREU, G. (2003): "Consideraciones generales sobre algunas teorías del envejecimiento", *Revista Cubana de Investigación Biomédica*; 22(1).
- PÉREZ MELERO, A. (2005): *Guía de cuidados de personas mayores*. Madrid: Síntesis.
- ROF CARBALLO, J. (1955): *Patología psicósomática*. Madrid: Montalvo.
- REOLID COLLADO, M. et al. (coord.) (2005): *Enfermería: Geriatría y Gerontología*. Albacete: Altabán.
- ROSE, A (1965): *The subculture of aging: A framework for research in social gerontology*. Filadelfia: Davis Co.
- SABATO, E. (1998): *Antes del fin*. Buenos Aires: Seix Barral.
- SHELDRAKE, AR. (1974): "The ageing, growth, and death of cells", *Nature*; 250: 381-5.
- SHULZ, R. (1985): *Emotion and affect*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- SOKOLOVSKY, J. (1991): "Introduction to special section on health, aging and development", *Journal of Cross-Cultural Gerontology*; 6 (3): 273-276.
- VAILLANT, GE. (1977): *Adaptation to life*. Boston: Little Brown.
- YATES, FE. (1996) "Theory of Aging: Biological", en BIRREN, J. (ed.): *Enciclopedia of Gerontology. Age, Aging an the Aged*. San Diego: Academic Press.
- YUSTE, N, RUBIO, R. y ALEIXANDRE, M. (2004): *Introducción a la Psicogerontología*. Madrid: Pirámide.

PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO. REFLEXIONES PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE PREPARACIÓN Y DE ADAPTACIÓN A LA JUBILACIÓN

LOURDES BERMEJO GARCÍA

EL HORIZONTE DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

"La sustancia de la vida reside en la ocupación"
José Ortega y Gasset

Después de años de desarrollo de los servicios de atención a los mayores, la situación demográfica actual¹, han llevado a plantear a los más importantes organismos internacionales la necesidad de dar un giro en cuanto a las estrategias a desarrollar con las personas mayores. En este contexto nace el concepto envejecimiento activo², una visión diferente que implica nuevos abordajes en el diseño de intervenciones con las personas de edad, entre ellas, los socioeducativas.

Este término implica una concepción de la vejez como una etapa menos pasiva, más dinámica, creativa, y saludable. La influencia de la tradición de los recursos gerontológicos y la influencia de los estereotipos sobre la vejez (que no solo afectan a la sociedad en general, sino también a nosotros los

1. Siendo la esperanza de vida al nacer es en España la más alta de nuestra historia y de las mayores del mundo y viendo que desde los 65 años -edad preestablecida para la jubilación-, una persona puede esperar vivir 16 años más si es varón y otros 20 si es mujer (Informe 2002 del IMSERSO).

2. El término *"envejecimiento activo"* fue adoptado por la OMS a finales de los años 90 con el objeto de transmitir un mensaje más completo que el de *"envejecimiento saludable"*. Este concepto permite reconocer otros factores, además de los sanitarios como determinantes del envejecimiento. Se define como el "proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen" (OMS, 2002). Y en este contexto, la palabra *activo* hace referencia a una *participación continua* en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas y, por supuesto, no sólo a la capacidad para estar físicamente o laboralmente activo.

profesionales, a los propios usuarios y a sus familias), hacen que la mayoría de intervenciones, al igual que la literatura científica, estén teñidas de una *visión patogénica*, que incide en los déficits y limitaciones de la vejez. Es evidente que hasta ahora, se han desarrollado menos en líneas de trabajo favorecedoras de las capacidades y oportunidades de los mayores, de su participación activa en la familia y en la sociedad.

En las tres líneas estratégicas que la OMS propone para la promoción del envejecimiento activo –Participación, Seguridad y Salud–, la educación permite, al menos, desarrollar dos aspectos priorizados por este organismo: Proporcionar oportunidades de educación y aprendizaje durante el ciclo vital y alentar a las personas a participar plenamente en la vida de la comunidad familiar a medida que envejecen.

Aunque existen cada vez más evidencias de la interacción biopsicosocial de la persona, la realidad es que en nuestro contexto social y científico continúa sin creerse demasiado en ella. De hecho, se continúa poniendo más énfasis en los factores de salud física y mental que en aspectos más socioafectivos y en la influencia que éstos puede desempeñar en las otras dos. La preparación a la jubilación considera prioritaria esta interacción.

No podemos omitir el concepto diana de toda intervención con mayores: el de *calidad de vida*, no en vano, el envejecimiento activo también lo establece como objetivo. Sabemos que la calidad de vida supone el ajuste entre las exigencias, necesidades y oportunidades de *la situación y las del individuo*, tal y como son percibidas por él mismo y por la colectividad (Corraliza, 1987). Así, la influencia de la *calidad ambiental* en la calidad de vida es fundamental. Esta riqueza del entorno va a permitir que los recursos se conviertan en auténticas oportunidades para los mayores, algo imprescindible para la promoción del envejecimiento activo.

Otro de los conceptos clave para comprender el complejo concepto calidad de vida es el relacionado con el disfrute subjetivo de la vida, dentro del cual se encuentra el concepto “Felicidad”³. Aunque queda mucho por ahondar sobre la felicidad, lo que sí sabemos es que permite:

- Ensanchar la percepción,
- Estimular el compromiso activo y por tanto la participación,
- Facilitar las relaciones sociales,
- Amortiguar el estrés preservando así la salud.

3. Entendemos por felicidad el grado con el cual una persona evalúa la calidad total de su vida presente, considerada en su conjunto, de manera positiva, es la apreciación de persona acerca de la vida que lleva. Como dijo Maureen Lassen: “La felicidad no es solamente relativa a las circunstancias de nuestra vida sino también a cómo percibimos esas situaciones”. Esta *evaluación total* de la vida abarca todos los criterios de la persona: cómo se siente de bien, cómo se cumplen sus esperanzas, cuán deseables encuentra que son, etc.

Es por ello que, aumentar la felicidad de los mayores constituye un objetivo deseable en toda intervención socioeducativa con mayores y, como veremos más adelante, también en la Preparación para la Jubilación⁴.

EL EMPOWERMENT⁵ DE LOS MAYORES Y LA LUCHA CONTRA LOS ESTEREOTIPOS DE LOS PROPIOS MAYORES

A pesar de la enorme variabilidad en la vejez; de las enormes diferencias existentes entre las personas mayores (mayor que la que existe a ninguna otra edad), continúa vigente la importancia de los estereotipos⁶ sobre esta etapa vital. Éstos actúan no solo explícitamente a través de opiniones y juicios sino que lo hacen en forma implícita; es decir, las personas no somos conscientes de ello y, de hecho, influyen en la existencia de comportamientos discriminatorios, "edaistas"⁷.

Pero en lo que se refiere a la promoción del envejecimiento activo y del *empowerment* de los mayores lo más grave es que *los estereotipos* nos influyen a quienes debemos luchar contra ellos y además, *también influyen de forma negativa al propio grupo de mayores*, constituyendo una fuerza de freno para la mejora, el cambio⁸.

Los programas de PPJ pretenden minimizar el efecto negativo de los estereotipos al proporcionar *empowerment* a los trabajadores que van a jubilarse para capacitarlos en la gestión su propia vida.

4. A partir de ahora PPJ.

5. La palabra está compuesta por *en* y *power*, "poder", que los ingles cogieron del antecedente del francés *pouvoir*. Una forma posible de traducirlo sería "potenciación" (que mantiene la misma raíz latina *-potere-* del original). La palabra, que existía hacía tiempo en inglés, cobró un nuevo sentido en el marco de las luchas de las minorías. El *empowerment* de un grupo pasaba por dotarse de medios y armas propios para ejercer su acción sin depender de otros. *Empowerment* significa delegar y confiar en todas las personas para que cada uno sea dueño de su destino, de sus actos.

6. Un estereotipo es un cliché o un modelo fijo, compartido por una determinada colectividad, que se utiliza para conceptualizar a un determinado sujeto de conocimiento abstracto como la vejez o la juventud, la inmigración o el poder y nos sirven a modo de *teorías implícitas* respecto de ese sujeto de conocimiento. Estas concepciones –generalmente negativas– son aprendidas a través del proceso de socialización en un entorno sociocultural determinado. Lo importante es que, una vez aprendidos, tienen un poder causal de nuestra conducta tanto individual como social y son origen de profecías que tienden a su auto-cumplimiento.

7. No es de extrañar pues que Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud realicen recomendaciones que buscan provocar decisiones gubernamentales que combatan los estereotipos o falsas creencias en torno a la vejez (Naciones Unidas, 2002; OMS, 2002).

8. Sabemos que los estereotipos negativos sobre la vejez influyen en los mayores en diversos aspectos: empeoran su memoria, causan estrés y peores formas de combatirlo, e, incluso, predicen menor sobrevivencia (Levy, 2003).

LA JUBILACIÓN

“Tras un largo periplo laboral, lleno de problemas y satisfacciones, me ha llegado el momento de la jubilación. Para algunos amigos es la meta deseada día a día, después de toda una vida de sacrificio y dedicación; para otros es un momento difícil, un problema que resolver. Pero ¿qué será para mi?”

Dependiendo de la persona, la jubilación puede ser un premio o una condena. En función de cómo se sea capaz de afrontar, puede resultar una etapa llena alegría y de oportunidades, o puede representar el declive de una vida entregada al trabajo.

En la mayoría de los casos, cuando un hombre o una mujer se jubilan significa que ha estado más de 40 años trabajando. Durante todo este tiempo la persona ha dedicado la mayor parte de su vida a su actividad profesional, relegando a un segundo plano a sus aficiones, a sus amigos y, frecuentemente, a su familia. Todos conocemos la relevancia que tiene esta interacción persona-trabajo en nuestro desarrollo psicológico a nuestra construcción personal. Del mismo modo, el cese laboral es mucho más que *dejar de trabajar*.

Muchos trabajadores pasan su vida laboral esperando ansiosamente el momento de la jubilación, lamentando tener que trabajar todos los días... pero cuando finalmente llega, se ven desbordados por la incertidumbre y se plantean cuestiones como: ¿Tendré dinero suficiente para mantener el mismo ritmo de vida? ¿Ya no sirvo? ¿Me estoy haciendo viejo? ¿Qué voy a hacer cada día a partir de ahora?

Estas dudas pueden generar en la persona inseguridad y angustia respecto al futuro. El cambio que va a sufrir su vida, en cuanto a hábitos y costumbres es muy brusco y, para tratar de reducir sus efectos conviene preparar este momento con cierta atención.

Como dijo Moragas hace tiempo (1989), la jubilación implica a toda la persona y a su medio ambiente. Es un acontecimiento clave en el que se producen cambios en como la pérdida de la capacidad productiva y económica, marginación social, cambios en las expectativas de vida, y también nuevas oportunidades en la ocupación del tiempo disponible, en las relaciones personales, en la identidad personal, en la participación social etc. Cada persona tiene una percepción diferente de lo que representa su jubilación y la forma en la que se afronte es determinante.

Por todo ello es más que conveniente que la persona *jubilable* disponga de un conjunto suficiente de recursos personales que le ayuden a adaptarse a dicho cambio, a concebir la jubilación como el inicio de una etapa en la que realmente se puede tener una buena calidad de vida, en la que se puede ser muy feliz. Después de muchos años de sacrificio, las obligaciones son pocas y, con más tiempo disponible, se puede disfrutar de amigos, familia, aficiones, etc. La PPJ ha demostrado ser el arma más eficaz para favorecer la adaptación a esa etapa y para permitir que optimicen las nuevas posibilidades vitales que tendrán en el futuro.

En el presente trataré de dar respuestas a algunas cuestiones como:

- ¿Qué estereotipos, percepciones solemos tener acerca de la jubilación?
- ¿Qué variables personales van a influir en nuestra capacidad de afrontar esta fase de la vida?
- ¿Qué consecuencias de carácter psicológico se aprecian en las personas que se retiran del mundo laboral?
- ¿Qué hacer para prepararse para la jubilación y mejorar el ajuste personal (psicológico, emocional) ante la jubilación?
- ¿Cómo diseñar cursos de PPJ?

UNA APROXIMACIÓN AL CONCEPTO JUBILACIÓN

“Todo es ir pasando puentes; el de la petición de mano, el del primer hijo, el de la jubilación”

Gómez de la Serna

Atendiendo a su definición podemos decir que jubilación es la acción o efecto de jubilar o jubilarse que acontece aproximadamente entre los 60 y 65 años de edad. Según la *Enciclopedia of Aging* (Edkertd, 2001), tradicionalmente se ha definido como el cese relacionado con la edad de la vida laboral activa. En realidad, aunque se trata de una realidad socioeconómica posee enormes implicaciones en diferentes planos de la persona: psicológico, afectivo, relacional, existencial, etc. Y desde estos diferentes planos múltiples autores se han situado para definir este momento vital (social, psicológico, económico, entre otros).

Pero no hay mejor forma de recordar que es la jubilación que enumerando algunos de los estereotipos que más arraigados se encuentran en nuestro entorno:

- 1) *Vejez y jubilación son conceptos sinónimos.* Cada vez este binomio es menos consistente. Las prejubilaciones, el incremento de la esperanza de vida y, sobre todo, la mejora de las condiciones de vida evidencia, cada vez claramente, su disociación.
- 2) *La edad de jubilación son los 65 años.* Aunque, en principio la edad de jubilación es esta, la realidad es las prejubilaciones en edades muy tempranas son muy frecuentes, lo mismo que las profesionales que se acogen a una jubilación tardía.
- 3) *La jubilación no es un estado final:* la jubilación es un proceso, una transición del trabajo al no trabajo y el grado de satisfacción con el estado final debería depender hasta cierto punto de como es experimentado el proceso (Stecker, 1955). Es por ello que tenemos un margen para la intervención.

- 4) *No existe una secuencia similar a la hora de vivir la jubilación.* Ello contrasta con la evidencia de que muchas personas coinciden en experimentar similares fases al jubilarse por lo que puede hablarse de una secuencia lógica, normal en el proceso de adaptación a esta nueva situación personal y social⁹.
- 5) *Todas las jubilaciones son iguales.* Incierto puesto que existen distintos tipos, por ejemplo: Si ésta es voluntaria o no, si es anticipada o no o si es completa o parcial.

LA SATISFACCIÓN POR JUBILARSE

Existen cada vez mas investigaciones que tratan de clarificar las variables de las que depende que las personas experimentemos este fenómeno de tan diversa manera. Un refrán nos sirve como simplificación expresiva de las tres grandes áreas de la persona que se ven afectadas: "Salud, dinero y amor". Tratando de ahondar veamos algunos de los *factores predictivos de cómo las personas se enfrentarán a la jubilación*¹⁰:

1.- Género

Sabemos que las mujeres presentan una menor satisfacción al jubilarse. Y parece que se debe, entre otros factores, al hecho de que quedamos en peor situación económica (el nivel de ingresos económicos es mucho menor al masculino a la vez que nos preocupamos más al saber de nuestra mayor expectativa de vida (Szinovacz, 1986; 1987; Gratton y Haug, 1983). Las mujeres estamos en desventaja para obtener una adecuada pensión (presentamos mayor discontinuidad en los trabajos, comenzamos a trabajar más tarde por cuidar niños, lo interrumpimos por nuestros mayores, asumimos trabajos con menor sueldo, y, por tanto, tenemos menor oportunidad de una pensión digna (Barfield & Morgan, 1978; Órano & Henretta, 1982).

Parece, además que existen otras razones por la que las mujeres presentamos déficits en la PPJ, éstas relacionadas con los roles tradicionales femeninos en la sociedad, roles que enfatizan inferioridad, dependencia y pasividad (Perkins, 1995).

2.- La vida de pareja

Estar casado/a es un apoyo importante para conllevar mejor el tránsito a la jubilación y el retiro mismo. Las personas casadas (fundamentalmente hombres)

9. Atchley destaca las siguientes fases: Luna de miel, decepción y/o hiperactividad o astenia, reorientación: respuestas más realistas y estabilidad, acomodación a la situación actual (1982).

10. Basado en las aportaciones de Madrid y Garcés (2000).

pueden tener tras la jubilación, una mayor satisfacción moral y vital, mejor salud física y psicológica, y mayor apoyo social. Entre otras razones porque pueden compartir con la pareja actividades de ocio (Secombe y Lee, 1986). Muchas parejas se ajustan bien, con algo de tiempo, a la transición hacia el retiro y demuestran mayor satisfacción marital tras la jubilación.

Pero también todos conocemos una minoría que presentan problemas durante y después del retiro. Estos problemas suelen estar asociados a condiciones específicas: poca salud, problemas económicos y la existencia de un periodo de “*jubilación asincrónica*” (cuando la jubilación de ambos cónyuges no coinciden en el tiempo).

Otras características de las personas favorecen una buena relación de pareja en esta fase de la vida, como es el caso de la posesión o no de actitudes tradicionales acerca de quién es el que posee el rol de proveedor en la pareja y la capacidad para flexibilizar estos roles. Desde luego, si saben acomodarse, la disminución de los problemas laborales y cotidianos puede permitir una mejora de la calidad de las relaciones matrimoniales.

3.-Tener a cargo personas dependientes

Sabemos que el tener personas dependientes en casa, que necesitan cuidados enfatiza actitudes tradicionales con respecto al rol de la mujer (como cuidadora de hijos y ama de casa) y refuerza el rol asignado al hombre (como proveedor económico en el hogar). Así, si el marido trabaja las mujeres son más proclives a retirarse por cuestiones familiares (cuidado a personas dependientes, con discapacidad o enfermas).

4.- Categoría y factores laborales

Las razones que los trabajadores exponen para jubilarse anticipadamente varían atendiendo a su nivel cultural, educativo, etc. Por ejemplo, los trabajadores en ocupaciones más altas, mayor nivel educativo –funcionarios o personal del sector servicios– aluden a *razones positivas* para la jubilación anticipada (disfrutar de actividades, más libertad y relacionarse más con la pareja).

Otros trabajadores aluden *razones neutras* (trabajaron suficiente y por eso jubilarse o hacerlo porque los hacen otros...). Mientras que las *razones negativas* (salud, el trabajo es muy estresante, o conflictos con los compañeros) se encuentran más frecuentemente en profesiones con niveles inferiores y con menor formación y en el sector industrial. Sabemos que en trabajos de bajo nivel ocupacional se es más vulnerable a tener problemas de ajuste a la jubilación.

El status ocupacional es la variable más importante que distingue a las personas con declive en bienestar en la jubilación de los que no lo tenían. Puede que a estas personas les cueste mantener una continuidad, en la que además se vive una reducción de sus ingresos y una pérdida del status laboral.

Por el contrario, se observa que los trabajadores de mayor nivel profesional pueden mantener contactos profesionales e implicarse en grupos con mas frecuencia.

Los trabajadores son más proclives a tomar la decisión de jubilarse si sus trabajos tienen características no muy agradables para ellos (falta de promoción en el trabajo, estrés, necesidad de actualizarse por el rápido cambio tecnológico, etc.).

5.- El apoyo social

La persona que recibe de las personas relevantes que le rodean (familiares y amigos) apoyo encontrará un mejor ajuste ante esta nueva situación personal.

Puesto que la jubilación requiere que las personas construyan un nuevo sentido de identidad como Jubilados/as, este compromiso y apoyo de sus allegados es vital en este periodo. Dependiendo del grado de apoyo percibido la construcción de su nueva identidad se realizará con mayor o menor facilidad.

6.- Los ingresos económicos

El factor económico es un muy importante predictor de las actitudes hacia el retiro. Hombres y mujeres que tienen unos ingresos adecuados, buena salud, residen en un medio agradable y tienen acceso a un buen sistema de apoyo social son más favorables a estar satisfechos con la jubilación, que aquellos que no poseen los anteriores factores.

7.- El estado de salud general

Existen pocas evidencias científicas de que se produzcan cambios en la salud durante la jubilación. La explicación estaría en que la salud en este momento de la vida está relacionada con los comportamientos y estilo de vida previos. Si conocemos personas que de deterioran tras el retiro se debe mas a que no ha mantenido algunos elementos necesario para el mantenimiento de su salud (como regularidad en horarios, desarrollo de un patrón suficiente de ejercicio, ajuste de la ingesta adecuadas a su nueva situación, etc.).

8.- La capacidad de planificación

Otra evidencia es que los trabajadores que han planificado su jubilación y las actividades posteriores que les gustaría realizar, tienen mas facilidad para realizar un ajuste positivo. Parece que aquellas personas con mayores niveles de educación, más ingresos y con mayor posición profesional planifican mejor su retiro y, consecuentemente, son los que presentan mejores ajustes.

9.- El nivel educativo

El nivel educativo de la persona que se jubila juega un importante papel en la predicción del posterior ajuste (siempre en conjunción con las anteriores variables). Así, a mayor nivel educativo mejor ajuste, quizás debido a que también son los que mejor planifican esta nueva situación vital.

10.- Características de la personalidad

Aunque las características de la personalidad no se han estudiado demasiado en este ámbito se tiene conocimiento de varias ideas que resultan de interés:

- Las personas que puntúan alto en el *constructo neuroticismo* son más proclives a ver los problemas de la edad y quejarse. Son una población de alto riesgo y más propensa a experimentar emociones negativas y comportamientos no adaptativos en situaciones como la jubilación.
- *Las personas extravertidas* son más felices con el nuevo estadio de la vida. Este rasgo de personalidad hace que permanezcan activas, socialmente comprometidas y posean un gran control en el trato diario con personas e instituciones
- *El constructo dureza emocional* podría tener implicaciones en la satisfacción vital de los jubilados, en el sentido de que les permite estar menos amenazados por los cambios y por las transiciones de rol.
- Percibir el *locus de control interno* se ha asociado con cualidades personales positivas como mayores niveles de autoestima y menor estrés ante cambios en la vida, mayor satisfacción vital y mejor funcionamiento psicológico en la jubilación

11.- Forma de presentación de la Jubilación, las expectativas y sus consecuencias económicas

Algunas características de cómo se presenta la jubilación también han de ser contempladas.

- La forma en la que tiene lugar la jubilación: si se produce de forma inesperada o como consecuencia de la ocurrencia de algún suceso negativo (por ejemplo, la enfermedad de un cónyuge, tener personas dependientes a su cargo) la adaptación a la situación será negativa.
- Las expectativas que tiene una persona acerca de esta nueva etapa vital influye en el ajuste correspondiente a dicho estadio. Si las expectativas son positivas y están planificadas se obtendrá un adecuado ajuste y satisfacción en la jubilación
- Si los ingresos económicos son percibidos como apropiados por la persona, la jubilación se percibe mucho más satisfactoriamente.

CONSECUENCIAS DE LA JUBILACIÓN EN LAS PERSONAS

Como ya hemos ido viendo, las consecuencias de la jubilación –sean éstas positivas o negativas– afectan a muchas facetas de la persona –económica, psicológica, sociocognitiva, psicoafectiva, relacional –cambios en las relaciones familiares y sociales–, etc.

Al profundizar en las de tipo psicológico Brathwaite y Gibson (1987) concluyen que los mejores predictores del estrés en el retiro son la salud y los problemas económicos.

Así, la jubilación será un evento estresante para quienes tenga implicaciones negativas. Para los que son forzados al retiro involuntariamente, por razones de salud, de empresa, o para quienes experimentan que la salud o que los ingresos económicos disminuyen después de la jubilación. Éstos experimentarán un gran estrés, en contra de aquellos para quienes el retiro es voluntario, planeado y no económicamente perjudicial.

Si la persona no construye el retiro como un desenlace positivo y que debe tener lugar en su momento, la probabilidad de la persona de sufrir sintomatología depresiva es mayor. Y si esta situación es atribuida a causas internas, estables y globales combinado con un sentido de que esos aspectos son esencialmente incontrolables por la persona y no modificables, entonces la jubilación es percibida con infelicidad y estrés (Woods, 1990).

FAVORECIENDO EL BINOMIO ENVEJECIMIENTO ACTIVO/ JUBILACIÓN. QUÉ HACER PARA PREPARARSE PARA LA JUBILACIÓN

“El futuro es ese tiempo en el que desearás hacer hecho lo que no estás haciendo ahora”

Mary Waldrup

Para conseguir un buen ajuste en el camino hacia la jubilación hay que mirar hacia delante intentando planificar los años de vida venideros (Atchley, 1982). Toda medida preventiva debería partir de esta premisa. Para ello la preparación de los trabajadores próximos a la *jubilación*, mediante acciones socioeducativas es la mejor opción.

La PPJ resulta de la aplicación de los conocimientos de la gerontología educativa y de la necesidad de proporcionar a las personas que van jubilarse una oportunidad para la optimización de sus habilidades de afrontamiento por la misma. Es una buena herramienta que logra llevar a la práctica algunas evidencias que son clave:

- 1) *La prevención* es la mejor estrategia para anticiparse a los problemas y para encontrar respuestas a los mismos,
- 2) El *envejecimiento activo* se logra gracias a la participación, a la optimización de las condiciones de salud (lo que requiere de la sabia combinación de factores físicos, psíquicos y socioafectivos),

- 3) Las personas somos *responsables* de nuestro envejecimiento y si estamos capacitados podremos desplegar mejor todos nuestros recursos –“*somos capaces*”–.

Bajo la premisa de que las personas podemos mejorar constantemente, que podemos aprender continuamente, la educación debe convertirse en una realidad para todas las personas. Con esta premisa se ha desarrollado el concepto “*educarse en la vejez*” que busca dar a todas las personas, independiente de su edad, una oportunidad formativa que le permita optimizar sus capacidades, favorecedoras éstas de su desarrollo individual y social.

Desde luego el transito de la vida laboral activa a la jubilación es un momento tan importante en la biografía de una persona y en la de sus familiares que bien requiere ofrecerle una oportunidad para ayudarlo a afrontarlo. La educación viene a ofrecerla. Así, cuando este capítulo nos referimos a educación pensaremos en aquel recurso que permite el reencuentro con las demandas y las aspiraciones de los mayores en su momento vital. (Havighurst, 1976). En el momento de la preparación para la jubilación, la educación ofrece una oportunidad para capacitarse, para aumentar las posibilidades de ajuste a esta nueva situación. Como puede verse los objetivos de la PPJ coinciden con los que desde la gerontología educativa se ofrecen (Bernejo García, 2005).

¿Cuáles son las necesidades educativas de las personas mayores?¹¹

Desde una perspectiva personal. *Necesidades individuales para envejecer satisfactoriamente:*

- * Saber comunicarse (habilidades para la convivencia y la integración social).
- * Obtener, valorar y comprender información (para controlar su propia vida).
- * Aprender (formarse, perfeccionarse, aplicar lo aprendido en su vida).
- * Saber actuar (habilidades para la participación y para asumir compromisos).
- * Lograr ganar confianza en uno mismo y desarrollar una autopercepción y autoestima positiva hacia uno.
- * Saber a dónde ir (poder dar sentido y finalidad a su vida).
- * Saber desarrollar una buena filosofía de la vida y vivir en armonía en su entorno.
- * Enfrentarse a los cambios individuales (de imagen, de salud, de rol social, de relaciones afectivas, de ocio obligado, etc.).

11. Elaboración propia a partir de Leclerc (1985, p.137), de las opiniones de los mayores (Cruz Roja, 1985, p.138) y de mi experiencia docente.

- * Vivir felizmente en las circunstancias actuales y lograr el máximo desarrollo personal.

Desde una perspectiva comunitaria. *Necesidades sociales para envejecer satisfactoriamente:*

- * Establecer nuevas relaciones interpersonales (hacer nuevos amigos).
- * Participar en grupos.
- * Participar y tener relaciones satisfactorias en su entorno familiar.
- * Enfrentarse a los cambios del entorno (socio-culturales y familiares).
- * Cómo participar y ser útil en su entorno socio-familiar.

Y ¿cómo han de ser estos programas de PPJ?

Como cualquier otro programa socioeducativo, los PPJ han de orientarse al logro de tres tipos de objetivos y contenidos educativos¹²: los conceptuales (datos, hechos y conceptos), los procedimentales (motrices y cognitivos), y los actitudinales (actitudes y valores).

A.- *Contenidos conceptuales.* Nos referimos a los conocimientos o informaciones que normalmente necesitamos. Pueden ser informaciones breves, sencillas, que no requieren complicados esfuerzos de comprensión (los *hechos y datos*¹³) o contenidos, que requieren ser comprendidos antes de poder almacenarlos y utilizarlos posteriormente. Estos conocimientos nos permiten generalizar lo aprendido y aplicarlo a nuevos contextos y situaciones (son los *conceptos*)

B.- *Contenidos procedimentales.* Hablamos de procedimiento como el conjunto de acciones ordenadas que se orientan para la consecución de una meta. A veces los llamamos métodos, habilidades o estrategias.

Los procedimientos de carácter *cognitivo* se refieren a las estrategias de pensamiento, a las habilidades para crear y generalizar conocimiento. Requieren saber y utilizar ideas, conceptos, recuerdos, percepciones, expectativas, etc. Las habilidades de pensamiento están involucradas en nuestra capacidad para analizar y comprender la realidad, para construir expectativas, para tomar decisiones, para planificar nuestra vida... Son estos contenidos los que hay que movilizar en la PPJ. También las habilidades de comunicación, de planificación, de relajación son contenidos procedimentales.

12. Entendemos por contenido educativo el conjunto de saberes, de conocimientos y de habilidades que permiten a las personas (tengan la edad que tengan) mejorar su desarrollo personal y social. Es decir, todo aquello que se puede enseñar y aprender.

13. Nos referimos a informaciones simples pero importantes: fechas o acontecimientos que no debemos olvidar, tareas que realizar, teléfonos o direcciones que recordar, nombres, información simple relacionada con nuestra salud y autocuidado, y un larguísimo etcétera.

C.- *Contenidos actitudinales.* Son los contenidos educativos más complejos. Las actitudes impregnan toda nuestra vida: Nuestros roles sociales, familiares familiares;, incluso, nuestra imagen de nosotros mismos. Junto con las actitudes, las opiniones y las creencias nos conforman y sirven para organizar nuestras preferencias, para determinar lo que es valioso y es lo que nos impulsa. La PPJ también debe actuar en este ámbito, propiciando actitudes de *empowerment*, estimulando a la acción.

Por otra parte, los objetivos de los programas de PPJ son:

- Preparar a los trabajadores para que disfruten del máximo nivel de bienestar individual y social en la nueva etapa vital que es la jubilación.
- Transmitir información y favorecer el desarrollo de competencias para el afrontamiento de la jubilación y para la planificación de la nueva etapa vital que se abre después.

Veamos algunos de los muchos *objetivos específicos* en los que pueden tomar cuerpo los programas de PPJ:

- Tomar conciencia de los cambios que se van a producir, las oportunidades que se abren y los ajustes de actitud que se requieren.
- Mejorar la visión sobre los estereotipos deterministas de los conceptos de Jubilación y Vejez y reemplazarlos por una visión más realista y positiva de esta etapa de la vida.
- Favorecer que cada participantes pueda planificar su futuro tras la jubilación.
- Favorecer la adquisición de habilidades de afrontamiento psicológico a la jubilación.
- Desarrollar habilidades sociales para establecer y mantener sistemas de apoyo social y relaciones socio-familiares.
- Estimular y abrir vías para el uso creativo del tiempo libre.
- Facilitar la participación en nuevas formas de utilidad social y comunitaria: voluntariado, formación permanente, etc.
- Potenciar estilos de vida sanos para el mantenimiento de la salud física y mental.
- Informar sobre aspectos económicos y jurídicos específicos de la nueva situación, sobre temas relacionados con la vivienda, así como los recursos y servicios socio-sanitarios disponibles en el entorno.
- Aplicar las estrategias adecuadas para facilitar el cambio de actitudes, etc.

Ante la necesidad de afrontar de un modo integral los cambios que van a producirse en el entorno físico y socioafectivo, los contenidos deben abordar todas las áreas. Y para cada tema tratado habrá que desgranar los tres tipos de

contenidos expuestos, diluidos, sin necesidad de denominarlos como tal, sino propiciando que se adquieran, de una forma natural, ahora una idea y un concepto, ahora analizar nuestra actitud hacia ello ahora la estrategia para afrontarlo.

Dos grandes temas agrupan los contenidos de los programas de PPJ:

→ La jubilación como proceso continuo:

- Asunción de la realidad actual (física, mental, social, económica).
- Planificación del ocio, de nuevas actividades: en el hogar, de actividades lúdicas, en acciones profesionales independientes, etc.
- Planificación de los objetivos vitales que se quieren conseguir en el tiempo que le quede por vivir. Lograr que la vida tenga un sentido para cada persona, que no sea *"matar el tiempo"*.
- Planificación conjunta con el resto de miembros de la familia con quienes convive.

→ Desarrollo de habilidades personales:

- De búsqueda de recursos: personales, familiares, comunitarios (ocupaciones, actividades, relaciones, etc.).
- De interacción personal: comunicación, empatía, estrategias de negociación, comprensión, habilidades sociales, etc.
- De prevención de problemática psicológica: ansiedad, depresión, inestabilidad psicológica, etc. Habilidades para el autocontrol, para la relajación.
- De conceptualización de la nueva situación: asunción de los nuevos objetivos acordes a la realidad actual de tipo psicológico, familiar, social y psicológica.
- De prevención de problemas:
 - ⇒ Psicológicos y de trastornos de tipo somático,
 - ⇒ De tipo sociofamiliar,
 - ⇒ De tipo económico y de entorno físico, etc.

Finalmente, la metodología de los programas de PPJ deberá ser:

1. Participativa, es decir, que va a buscar que los participantes tomen un papel activo en la actividad, que expresen sus criterios, que tengan que reflexionar, cuestionarse ideas o comportamientos propuestos. Se aplica en la práctica la idea de que los mayores son activos mentalmente y que son capaces de ser protagonistas de sus aprendizajes.
2. Estará siempre centradas en los intereses, la experiencia y las opiniones de los protagonistas. Es decir, aunque partimos de un programa diseñado previamente, necesariamente el taller será flexible para adaptarse a los mayores participantes en cada actividad (acorde con la actual pluralidad

- de la población mayor –mayores urbanos/rurales, con estudios previos/sin ellos, con o sin habilidades lecto–escritoras, hombres / mujeres, mayores más jóvenes y los más mayores entre los mayores, etc. –).
3. Tendrá una adecuada combinación entre teoría y práctica. *Teoría* en cuanto proporcione los conocimientos más avanzados y útiles de las ciencias relacionadas con el tema haciendo siempre el trabajo previo de presentárselos como conocimientos aplicables y *práctica* pues el taller busca la capacitación de los mayores, el desarrollo de sus competencias aplicables en la adaptación a esta fase de la vida.
 4. Utilizará medios didácticos atrayentes y que propongan repertorios de actuación interesantes para ser analizados y aprender de ello. Podrán emplearse:
 - a. Presentación por Ordenador para esquematizar o presentar secuencias de procedimientos.
 - b. Visualización de películas, videos, entrevistas, etc.
 - c. Para analizar en profundidad diversos aspectos propuestos se realizará la combinación del empleo de
 - Dinámicas de grupo
 - Trabajo en gran grupo
 - d. Elaboración de conclusiones con los propios participantes que busquen la máxima transferencia de los contenidos tratados.

A la hora de desarrollar el programa ofrecemos una secuencia ya empleada en muchos cursos.

Primera Etapa:

Diagnóstico y preparación por parte de los promotores (Dirección de la Empresa, Comité de Empresa, Servicio Médico de la Empresa, los Responsables del Programa, etc.).

Difusión A través de los medios de comunicación internos de la empresa. Se especificará su carácter (voluntario, gratuito o que se realizarán dentro del horario laboral).

Inscripciones. Los interesados cumplimentarán una solicitud de inscripción. A través de carta personal se comunicará a los admitidos la información necesaria y se invitará a su pareja a la participación.

Segunda Etapa:

Una de las formas más tradicionales de abordar la jubilación es por medio de una serie de módulos que estructuran los contenidos como los que a continuación se exponen.

Módulo 1. Introducción:

- La jubilación, una etapa vital. Cambios que se producen
- Mitos y estereotipos sobre la Jubilación
- Preparación activa y positiva para una etapa vital
- Salud integral y calidad de vida
- El Plan Personal de Vida

Módulo 2. Bienestar Físico:

- Concepto integral de salud
- Hábitos saludables: nutrición, ejercicio físico, sueño, vida sexual, estilo de vida y hábitos tóxicos
- Prevención de la enfermedad y accidentes. Rehabilitación
- Asistencia sanitaria

Módulo 3. Bienestar Psico-Social:

- Autoconcepto y personalidad
- Memoria, aprender a aprender
- Trastornos psicopatológicos, enfermedad mental: factores de riesgo y prevención
- Técnicas de relajación
- Familia. Grupos y redes de relación social

Módulo 4. Tiempo libre

- Actividades ocupacionales: creativas, artesanales, manuales
- Actividades educativas: intelectuales, culturales...
- Actividades recreativas: juegos, deportes, espectáculos, viajes...
- Actividades ideológicas: políticas, religiosas, voluntariado, trabajos comunitarios, actividades intergeneracionales

Módulo 5. Nuestro entorno

- Vivienda habitual: acondicionamiento, prevención de riesgos
- Movilidad y barreras: transportes
- Alternativas de lugares de vida: Pisos tutelados, Residencias, Servicios de Ayuda a domicilio, servicios de domótica, etc.

Módulo 6. Planificación económica y legal

- Aspectos jurídicos y económicos previos a la jubilación: pensiones, rentas y planes de jubilación, gestión patrimonial para el futuro, etc.

- Derechos y responsabilidades

Módulo 7. La Jubilación: una visión positiva

- Reflexión sobre los temas tratados, transferencia, aplicabilidad
- La Preparación a la Jubilación: un proceso. “*Caminante no hay camino, se hace camino al andar*”, Antonio Machado

Tercera Etapa: La evaluación

Es necesario diseñar un sistema de *evaluación continua*, a largo del Programa. Ésta incluirá una valoración de los efectos del programa en los participantes, en relación con todos los conocimientos -conceptuales, actitudinales y a las habilidades y destrezas-. Es necesaria también una evaluación continua del propio programa para poder ir introduciendo las modificaciones que el grupo requiera.

Al finalizar el taller ha de realizar una *evaluación final* en la que deberán participar todos los allegados (participantes, profesorado, representantes de la empresa, etc.). Gracias a las sugerencias y comentarios obtenidos podremos mejorar la organización de futuros programas de PPJ.

PARA CONCLUIR

“La acción mas pequeña vale mas que la intención mas grande”

J.Huet

Aunque existen multitud de formatos posibles para desarrollar los programas de PPJ, las siguientes *características* han de reconocerse detrás de cualquiera.

Han de ser *flexibles, dinámicos*, capaces de adaptarse a las diferencias individuales de las personas y de los grupos que se conformen. Han de lograr, mediante una metodología dinámica y participativa, de que las personas puedan concebir su situación futura como una realidad a planificar¹⁴

Han de contemplar, como explicaremos a continuación, *contenidos educativos de tres tipos: conceptuales* para que puedan comprender el fenómeno de la jubilación en sus vidas, *actitudinales* para que les haga sentir capaces y que los motive hacia la acción y *procedimentales* que les proporcione habilidades, estrategias de afrontamiento aplicables en la práctica.

14. Como señalan Braithwaite y Gibson (1987), teniendo en cuenta las diferencias individuales en las necesidades, valores y objetivos de los participantes.

Serán más eficaces si ayudan a los participantes a conseguir los objetivos básicos que favorecen una buena adaptación a la jubilación¹⁵.

Siempre *desde una perspectiva de proceso*, en el que las acciones socioeducativas van a acompañar este proceso de capacitación.

Pudiéndose iniciarse un tiempo *antes de la jubilación*, a una edad más temprana (sobre los 55 años), aumentando la receptividad de las personas y dando más tiempo para iniciar procesos de cambio, de adquisición de hábitos y de planificación a medio plazo.

Deberían poder ofrecer un *"seguimiento"* de los participantes una vez concluidas éstas, así como ofrecer la ayuda necesaria para facilitar la modificación de estilos de vida poco adaptativos al retiro.

BIBLIOGRAFÍA

- AAVV. (1991): *El jubilado ante su futuro. Plan de Preparación a la jubilación*. Madrid: Narcea-INERSO.
- ALONSO, U. (1996): "Incidencia de las intervenciones educativas y culturales en la identidad personal, la estabilidad emocional y las relaciones interpersonales", en GUIRAO PÉREZ, M.: *Calidad de vida de los alumnos universitarios mayores*. Granada: Grupo Editorial Universitario. Universidad de Granada, 151-155.
- ATCHLEY, R. C. (1971): "Retirement and leisure participation: Continuity or crisis?", *The Gerontologist*, 11(1), 13-17.
- (1982): "Retirement: Leasing the world of work", *The Annals of the American Academy of Policy and Social Science*, 464, 120-131.
- BARFIELD, R. E. y MORGAN, J. N. (1978): "Trends in planned early retirement", *The Gerontologist*, 18, 18-22.
- BECK, S. H. (1984): "Retirement preparation programas: Differentials in opportunity and use", *Journal of Gerontology*, 39, 596-602.
- BEDMAR MORENO, M. (2001): "Educación de personas mayores", en COLOM CAÑELLAS, A. J. y ORTE SOCÍAS, C. (coords.): *Gerontología educativa y social. Pedagogía Social y Personas mayores*. Palma: Universitat de les Illes Balears, 427-437.
- BEEHR, T. A. y NIELSON, N. L. (1995): "Descriptions of job characteristics and retirement activities during the transition to retirement", *Journal of Organizational Behavior*, 16, 681-690.

15. Sabiendo que lo que persiguen los trabajadores que se jubilan son, entre otras cosas, ingresos adecuados, buena salud, residir en un medio agradable y disponer de un apoyo social favorable (Seccombe y Lee, 1986; entre otros).

- BELANDO MONTORO, M. R. (2000): *Educación y vejez social. Ámbitos y propuestas de intervención*. Barcelona: PPJ.
- BERMEJO GARCÍA, L. (1993): "Pedagogía y gerontología: un fin en común", *Gerpress*, 8, 4-8.
- (1993b): *Viva la jubilación. Reflexiones y sugerencias para comprender y vivir mejor la jubilación*. Madrid: Popular. (Colección Para Mayores, nº 7).
- (1995): "Educación ambiental en el medio rural de Cantabria. Programa para la prevención de la incapacidad y la adaptación ecológica", *Revista de Gerontología*, 5 (1), 38-43.
- (2004): *Educación Ambiental para personas mayores. Un modelo de Pedagogía Gerontológica*. Santander: Gobierno de Cantabria-CDESC.
- (2005): *Gerontología Educativa. Como diseñar proyectos educativos con personas mayores*. Madrid: Editorial Panamericana. (Colección Gerontología Social-SEGG).
- BEVERIDGE, W. E. (1983): "The aproach to retirement: A study of the perceptions and expectations of a sample of men from three occupational levels", *Journal of European Industrial Training*, 7, 4-9.
- BOSSÉ, R., ALDWIN, C. M., LEVENSON, M. R. y WORKMAN-DANIELS, K. (1991): "How stressful is retirement? Fundings from the normative aging study", *Journal o Gerontology: Psychological Sciences*, 46(1), 9-14.
- BOYACK, V. L. y TIBERI, D. M. (1975): "A study of preretirement education". Paper presented at *The Annual Meeting of the Gerontological Society*, Louisville.
- BRAITHWAITE, V. A. y GIBSON, D. M. (1987): "Adjustment to retirement: What we know and what we need to know", *Aging and Society*, 7, 1-18.
- BRANDA, L. A. (2001): "Innovaciones educativas. Aprendizaje basado en problemas, centrado en el estudiante y en grupos pequeños", *Revista de Enfermería Rol*, 24 (4), 309-312.
- CANO, F. (1996): "Estrategias y estilos de aprendizaje en la edad adulta y la vejez", en GUIRAO PÉREZ, M.: *Calidad de vida de los alumnos universitarios mayores*. Granada: Grupo Editorial Universitario. Universidad de Granada, 129-140.
- CHENE, A. y SIGOUIN, R. (1997): "Reciprocity and Older Learners", *Educational Gerontology*, 23, 259-272.
- CLARK, R. L., JOHNSON, T. y McDERMED, A. A. (1980): "Allocation of time and resources by married couples approaching retirement", *Social Security Bulletin*, 43, 3-17.
- COLL, C. (1996): "Psicología y educación: aproximación a los objetivos y contenidos", en COLL, C., PALACIOS, J. y MARCHESI, A.: *Desarrollo psicológico y educación. Psicología de la Educación II*. Madrid: Alianza Editorial, 8-21
- COLL, C. y VALLS, E. (1992): "El aprendizaje y la enseñanza de los procedimientos", en COLL, C., POZO, J. I., SARABIA, B. y VALLS, E.: *Los contenidos en la reforma. Enseñanza y aprendizaje de conceptos, procedimientos y actitudes*. Madrid: Santillana, 81-132.

- COLOM CAÑELLAS, A.J. y ORTE SOCÍAS, C. (coords.) (2001): *Gerontología educativa y social. Pedagogía Social y Personas mayores*. Palma: Universitat de les Illes Balears, 529-543.
- COSTA, P.T. y McRAE, R.R. (1980): "Somatic complaints in male as a function of age and neuroticism: A longitudinal analysis", *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 245-251.
- CROSS, K.P. y FLORIO, C. (1978): *You are never too old to learn*. New York: McGraw Hill.
- ESCARBAJAL DE HARO, A. (1998): "Fomentando la reflexión crítica en las personas mayores", en SÁEZ CARRERAS, J. y ESCARBAJAL DE HARO, A. (coords.): *La educación de personas adultas. En defensa de la reflexividad crítica*. Salamanca: Amarú, 143-202.
- FERNÁNDEZ, A. y PUENTE, J. M. (dirs.) (1992): *Educación de personas adultas. 2. Psicopedagogía y microdidáctica*. Madrid: Diagrama.
- FERNÁNDEZ-RÍOS, L. y GARCÍA-FERNÁNDEZ, M. (1999): "Psicología preventiva y calidad de vida", en SIMÓN, M.A. (ed.) *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca nueva, 133-154.
- FRIEDMAN, E. A. y HAVIGHURST, R. J. (1954): *The meaning of work and retirement*. Chicago: University of Chicago Press.
- FROUFE QUINTAS, S. (1998): "Aprender de mayores: La Universidad de la Experiencia", *Documentación Social*, 112, 269-283.
- FRY, P. S. (1992): "A consideration of cognitive factors in the learning and education of older adults". *International Review of Education*, 38 (4), 303-327.
- GARCÍA ARROYO, M. J. (2001): "La educación y el aprendizaje como medio optimizados de la calidad de vida en un grupo de personas mayores", en COLOM CAÑELLAS, A. J. y ORTE SOCÍAS, C. (coords.). *Gerontología educativa y social. Pedagogía Social y Personas mayores*. Palma: Universitat de les Illes Balears, 293-306.
- GARCÍA MARTÍNEZ, A. (2000): "Modelos socio-educativos para las personas mayores", en MEDINA TORNERO, M. E. y RUIZ LUNA, M. *Políticas sociales para las personas mayores en el próximo milenio*. Murcia: Caja de Ahorros del Mediterráneo, 331-339.
- GARCÍA MÍNGUEZ, J. (1998): "El derecho de aprender sin límite de edad", en SÁEZ CARRERAS, J. y ESCARBAJAL DE HARO, A. (coords.) *La educación de personas adultas. En defensa de la reflexividad crítica*. Salamanca: Amarú.
- GARCÍA MÍNGUEZ, J. y SÁNCHEZ GARCÍA, A. (1998): *Un modelo de educación en los mayores: La interactividad*. Madrid: Dykinson.
- GLENDENNIG, F. (1984): "Educational Gerontology. Towards a necessary discipline?", en *Gerontology: Social and behavioural perspectives*. Kent: Bromley Croom Helm, 225-234.
- GOUDY, W. J., POWERS, E. A. y KEITH, P. (1975): "The worksatisfaction, retirement-attitud typology: Profile examination", *Experimental Aging Research*, 1, 267-279.

- GRATTON, B. y HAUG, M. R. (1983): "Decision and adaptation", *Research on Aging*, 5(1), 59-76.
- HACKMAN, J. R. y OLDFHAM, G. R. (1976): "Motivation through the desing of work: Test os a theory", *Organizational Behaviour and Human Performance*, 16, 250-279.
- HICKSON, J., HOUSLEY, W. F. y BOYLE, C. (1988): "The relationship of locus of control, age, and sex to life satisfaction and death anxiety in older persons", *International Journal of Aging and Human Development*, 26(3), 191-195.
- HORNSTEIN, G. A. y WAPNER, S. (1985): "Modes of experiencing and adapting to retirement", *Journal of Aging and Human Development*, 21(4), 291-315.
- HOTARD, S. R., McFATTER, R. M., McWHIRTER, R. M. y STEGALL, M. E. (1989): "Interactive effects of extraversion, neuroticism and social relationship on subjective well-being", *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 321-331.
- HOULE, C. O. (1974): "The changing goals of education in the perspective of lifelong learning", *International Review of Education*, 20, 430-445.
- HULTSCH, D. F. y DIXON, R. A. (1990): "Learning and memorng in aging", en BIRREN, J. E. y WARNER SCHAIE, K. (ed.): *Psychology of aging*. San Diego: Academic Press, 258-269.
- IMEL, S. (1995): *Teaching Adults: Is it Different? Myths and Realities*. ERIC ED3816690.
- JAMES, A., JAMES, W. L. y SMITH, H. (1984): "Reciprocity as a coping strategy of the elderly: A rural Irish perspective", *The Gerontologist*, 24, 483-489.
- JOUKAMAA, V. M. y SALOKANGAS, R. K. R. (1989): "Retirement aging, psychosocial adaptation and mental health. Finding of the TURVA project", *Acta Psychiatrica Scand.*, 80, 356-367.
- KILTY, K. M. y BEHLING, J. H. (1980): *The professional worker, work alienation and preretirement planning and attitudes (research report)*. Washington: The NRTA-AARP Andrus Foundation.
- LECLERC, J. G. (1985): "Understanding the educational needs of older adults: A new approach", *Educational Gerontology*, 2-3, 137-144.
- LEEHR, U. y DREHER, G. (1970): "Determinants of attitudes towards retirement", en HAVIGHURST, R.J. et al. (Eds.), *Adjustment to retirement: A cross-nationalat study*. Assen, The Netherlands, Van Gorcum.
- LIMÓN MENDIZABAL M. R. (1997): "La educación de las personas mayores", en PETRUS, A. (coord.): *Pedagogía Social*. Barcelona: Ariel Educación, 292-329.
- MARÍN, R. y DE LA TORRE, S. (1991): *Manual de la creatividad*. Barcelona: Vicens Vivens.
- MARTÍN GARCÍA, A. V. (1994): *Educación y envejecimiento*. Barcelona: PPU.
- MCCLUSKY, H. Y. (1978): "The community of generations: A goal and a context for the education of persons in the later years", en SHERRON, R. H. y LUMSDEN, D. B. (eds.): *Introduction to Educational Gerontology*. New York: Hemisphere.

- MCPHERSON, B. y GUPPY, N. (1979): "Pre-retirement life-style and the degree of planning for retirement", *Journal of Gerontology*, 34, 254-263.
- MONTERO GARCÍA, I. (2000): "Nuevas perspectivas en el aprendizaje de los mayores", en ALCALÁ MANGAS, M. E. y DE VALENZUELA SANCHEZ, E. (eds.): *El aprendizaje de los mayores ante los retos del nuevo milenio*. Madrid: Dykinson, 91-131.
- MOODY, R. H. (1976): "Philosophical presuppositions of education for old age", *Educational Gerontology*, 1, 1-16.
- MORAGAS MORAGAS, R. (1991): *La jubilación. Un enfoque positivo*. Barcelona: Grijalbo.
- (1991): *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- MORENO GARCÍA, C. y LÓPEZ-HERRERÍAS, J. A. (2001): "Las personas mayores, como modelo socio-culturalizador", en COLOM CAÑELLAS, A. J. y ORTE SOCÍAS, C. (coords.): *Gerontología educativa y social. Pedagogía Social y Personas mayores*. Palma: Universitat de les Illes Balears, 77-89.
- MOTTAZ, C. (1986): "Gender differences in work satisfaction, work related rewards and values and the determinants of work satisfaction", *Human Relations*, 39, 359-377.
- MOUSSER et al. (1985): Citado en ASKHAM, J. (1995): "The married lives of older people", en ARBER, S. y GINN, J. (eds.) *Connecting gender and ageing. A sociological approach*. Buckingham: Open University Press.
- NACIONES UNIDAS (2002): Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento. Nueva York: UN.
- NEUGARTEN, B. L, MOORE, J. W. y LOWE, J. C. (1999): Normas de la edad, limitaciones de la edad y la socialización de los adultos, en NEUGARTEN, B. L.: *Los significados de la edad*. Barcelona: ALBOR- Master de Gerontología Social, 47-59.
- NEWMAN, E. S., SHERMAN, S. R. y HIGGINS, L. E. (1982): "Retirement expectations and plans: A comparison of professional men and women", en SZINOVACZ, M. (ed.): *Womens retirement: Policy implications of recent research*, Beverly Hills, California: Sage, 123-139.
- OKUN, M.A. (1977): « Implications of geropsychological research for the instruction of older adults", *Adult Education*, 27 (3), 139-155.
- OMS (2002): *Envejecimiento Activo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2002): "Envejecimiento activo: un marco político. Contribución de la Organización Mundial de la Salud a la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento", *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 37 (S2), 74-105.
- ÓRAND, A. M. y HENRETTA, J. C. (1982): "Delayed career entry, industrial pension structure, and early retirement in a cohort of unmarried women", *American Sociological Review*, 47, 365-373.
- PÉREZ SERRANO, G. (1996): "El aprendizaje adulto. Características psicopedagógicas", en GARCÍA LORENZO, L. y AMADOR MUÑOZ, L. (dir.): *Formación de formadores. La formación a distancia en el mundo laboral*. Sevilla: Consejería de Gobernación de la Junta de Andalucía, 83-118.

- PERKINS, K. (1991): "Blue-collar women and retirement", *Social Work Research and Abstract. Abstract of Disertation*, 27(3).
- (1995): "Social insecurity: Retirement planning for women", *Journal of Women and Aging*, 7(1-2), 37-53.
- PETERSON, D.A. (1985): "The Development of Education for Older People in the USA", en GLENDENNIG, F.: *Educational Gerontology. International perspectives*. London: Croom Helm, 81-100.
- PETRUS ROTGER, A. (2001): "Nuevas experiencias de intervención socioeducativa hacia las personas mayores", en COLOM CAÑELLAS, A. J. y ORTE SOCÍAS, C. (coords.): *Gerontología educativa y social. Pedagogía Social y Personas mayores*. Palma: Universitat de les Illes Balears, 611-647.
- REQUEJO OSORIO, A. (1998): "Sociedad del aprendizaje y tercera edad", *Teoría Educación*, 10, 145-167.
- RHODEWALT, F y AGOSTPOTTIR, A. (1984): "On the relationship of hardiness to the type A behaviour pattern: Perception of life events versus coping with life events", *Journal of Research in Personality*, 18, 212-223.
- RICHARDSON, V. y KILTY, K. (1991): "Adjustment to retirement: Continuity vs. discontinuity", *Journal of Aging and Human Development*, 33(2), 151-169.
- ROA VENEGAS, J. M. (1999): "Valor educativo de la tercerda edad", *Comunidad Educativa*, 262, 36-40.
- ROMANS, M. y VILADOT, G. (1998). *La educación de las personas adultas. Cómo optimizar la práctica diaria*. Barcelona: Paidós.
- RUBIO HERRERA, R. y FERNÁNDEZ DE HARO, E. (1996): "Autoconcepto y autoestima en la edad adulta", en GUIRAO PÉREZ, M.: *Calidad de vida de los alumnos universitarios mayores*. Granada: Grupo Editorial Universitario. Universidad de Granada, 141-146.
- SÁEZ CARRERAS, J. (1998): "Pensando en las personas mayores: de la reflexión práctica y la reflexión crítica", en SÁEZ CARRERAS, J. y ESCARBAJAL DE HARO, A. (coords.): *La educación de personas adultas. En defensa de la reflexividad crítica*. Salamanca: Amarú.
- SÁEZ, N. y VEGA J. L. (1989): *Acción socio-educativa en la tercera edad*. CEAC. Editorial Educación y Enseñanza.
- SALOKANGAS, R. K. R. y JOUKAMAA, M. (1991): "Physical and mental health changes in retirement age", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 100-107.
- SECCOMBE, K. y LEE, GR. (1986): "Gender differences in retirement satisfaction and its antecedents", *Research on Aging*, 8, 426-440.
- SPIGNER-LITTLES, D. y ANDERSON, C.E. (1999): "Constructivism: A Paradigm for Older Learners", *Educational Gerontology*, 25, 203-209.
- STECKER, M. (1995): "Why do beneficiaries retire? Who among them return to work", *Social Security Bulletin*, 18(3).
- SZINOVACZ, M. (1986-87): "Preferred retirement timing and retirement satisfaction in women", *International Journal of Aging and Human Development*, 24(4), 301-317.

- (1996): "Couplesemployment/retirement patterns and perceptions of marital quality", *Research on Aging*, 18(2), 243-268.
- SZINOVACZ, M. y WASHO, C. (1992): "Gender differences in exposure to life events and adaptation to retirement", *Journal of Gerontology*, 47 (4), 191-196.
- THOMPSON, W.E. (1958): "Pre-retirement anticipation and adjustment in retirement", *Journal of Social Issues*, 14, 35-45.
- TORRE, S. de la (1991): *Evaluación de la creatividad*. Madrid: TAEC-Escuela Española.
- TORRES, M. (1999): "Actitudes y motivaciones de las personas mayores hacia su desarrollo personal", *Cuadernos técnicos de Servicios Sociales*, 7. Consejería de Servicios Sociales CAM.
- TRULUCK, J. E. y COURTENAY, B. C. (1999): "Learning Style Preferences Among Olders Adults", *Educational Gerontology*, 25, 221-236.
- TYLER JOHN, M. (1988): *Geragogy: A theory for teaching the elderly*. New York-London: The Haworth Press.
- UNESCO (1985): *Education et personnes âgées en France. Rapport pour IV Conference Internationale sur l'Education des Adultes*. Paris: Centre International de Gérontologie Sociale.
- VEGA, J. L. y BUENO, B. (1995): *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- (1996): *Pensando en el futuro: Curso de preparación para la jubilación*. Madrid: Síntesis.

Webs de interes:

<http://www.imersomayores.csic.es/salud/psicologia/sociedad/pyr.html>

<http://gero.usal.es>

JUBILACIÓN, GÉNERO Y ENVEJECIMIENTO

LOURDES PÉREZ ORTIZ
Profesora Titular de Sociología
Universidad Autónoma de Madrid

INTRODUCCIÓN: JUBILACIÓN, GÉNERO Y ENVEJECIMIENTO

Hablar de envejecimiento y género es tratar de dos de las variables fundamentales en el estudio del comportamiento humano: sexo y edad. Son al mismo tiempo las más elementales de cuantas podemos encontrar para clasificar a los seres humanos y son, además, las de carácter más puramente biológico o fisiológico. Mirar a estas dos variables es intentar penetrar el intrincado y secreto camino por el que nuestra naturaleza interactúa con lo social. La Sociología de la Vejez y la Gerontología Social son, precisamente, el resultado de la reflexión científica sobre la relación entre esas dos características fundamentales. Ninguna de ellas tiene, entre sus pretensiones, simplificar la explicación de las conductas humanas, sino más bien, analizar de qué manera influyen distintas variables en la experiencia de la vejez y, por extensión, cómo la edad biológica se convierte en edad social o hasta qué punto la edad destruye, anula, refuerza o coexiste con otras variables sociales. En definitiva, de qué manera algunas variables se transforman en normas sociales que influyen o condicionan nuestras vidas.

Es importante destacar esa función en oposición a la simplificación de las conductas, especialmente, cuando se trata de variables tan grandes. Analizar la realidad social de los mayores, de las mujeres o de los jubilados no puede significar encasillar sus comportamientos en modelos rígidos de conducta, sino más bien, intentar desentrañar de qué manera los factores que definen esas situaciones (edad, sexo o haber terminado la vida activa) pueden afectar a las experiencias y a los modos de pensar de las personas que las atraviesan, sin cerrar la posibilidad de que los propios sujetos puedan desarrollar conductas diferentes en función de su capacidad de adaptación, de otras características sociales o de la singularidad de su experiencia vital.

La referencia a la jubilación cuando se analizan las diferencias entre hombres y mujeres ante la experiencia de la vejez es fundamental. En primer lugar porque la jubilación es precisamente uno de los asuntos en los que más se manifiestan esas diferencias y, en segundo lugar, porque la jubilación es uno de los fenómenos que caracterizan esa etapa vital. La jubilación propia o del

cónyuge, junto con la llegada de los nietos siguen siendo, *grosso modo*, los dos grandes *ritos de paso* que marcan el inicio de la vejez. *Grosso modo*, porque es obvio que para muchas personas esos acontecimientos se producen antes o después de la vejez, para otros es posible que nunca lleguen a suceder. Sin embargo, en el caso de la jubilación, las últimas décadas se han saldado con un adelanto sustancial, de forma que el número de personas para las que la vida laboral termina años antes de que puedan considerarse mayores, es cada vez más importante. Desde el punto de vista sociológico esta tendencia reviste un gran interés por cuanto ha contribuido a la definición de una nueva fase del curso vital, la edad mediana, que emerge de forma cada vez más clara, como una etapa distinta, con normas, valores y estilos de vida propios, aunque sigue presentando una gran ambigüedad en su definición. Es muy necesario prestar más atención a estos jubilados precoces para los que la preparación a la jubilación puede ser especialmente pertinente. Hay que tener en cuenta que, a diferencia de las jubilaciones que se producen a la edad ordinaria, estas son en muy buena medida inesperadas por sus protagonistas, dificultando su anticipación en términos personales y materiales. Se da la circunstancia, además, de que el estudio científico de la jubilación ha ido indisolublemente ligado a la experiencia masculina por cuanto la incorporación plena de las mujeres al mercado de trabajo, sólo se ha producido en las generaciones más recientes. De manera, que lo que sabemos de la jubilación y los modelos explicativos que se han construido no sólo no incorporan la experiencia de los jubilados precoces, sino que además, han ignorado sistemáticamente a las mujeres. Más allá de otras consideraciones, lo cierto es que en este momento ya hay muchas mujeres jubiladas, pero más aún, en los años venideros muchas más mujeres se convertirán en jubiladas. Y es que, en los últimos años, se ha dedicado bastante atención a la realidad de las mujeres, pero esas mujeres sin calificativos eran, en realidad, mujeres jóvenes. Mujeres que se incorporaban masivamente a la educación superior o al mercado de trabajo, es muy probable que la pujanza de estos cambios hayan ocultado el interés por lo que sucederá cuando esas mujeres, protagonistas de grandes transformaciones sociales, alcancen la vejez o por lo que ha sucedido con las mujeres de otras generaciones que asistían a esos cambios (Arber y Ginn, 1991; Maquiera, 2001). De hecho, en España, esas mujeres no han permanecido como meras espectadoras del cambio, la realidad es que sin ellas, sin su experiencia previa y sin su contribución activa, nada de esto habría sido posible (Pérez Díaz, 2001; Pérez Ortiz, 2003).

Sin perder de vista estas salvedades, a continuación se presentan algunas de las conclusiones de un estudio sobre mujeres mayores realizado en 2003, en el que se pretendía contestar fundamentalmente a la pregunta de si hombres y mujeres envejecen de forma diferente en la España de comienzos de siglo. El estudio se realizó en el año 2003 a instancias del Instituto de la Mujer, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y fue llevado a cabo por un equipo interdisciplinar compuesto por investigadores de la Universidad Autónoma de Madrid, del Instituto de Geografía del Consejo Superior de Investigaciones Científicas y del Instituto de Salud Carlos III; los resultados de la investigación se publicaron en 2003 (Pérez Ortiz, 2003). El objetivo principal del estudio fue comprobar si existe o no una forma de envejecer propiamente femenina, en qué

se concreta y por qué motivos se produce. Los resultados de la investigación indican que, en efecto, existen variadas facetas en las que la experiencia de envejecer es diferente para hombres y mujeres. El motivo es que las identidades de género, edificadas en edades más tempranas de la vida, no se alteran de manera notable en la vejez y porque esas identidades reciben el refuerzo de normas sociales que establecen expectativas de comportamiento diferentes para unas y otros en esta etapa postrera de la vida. Una de las facetas más diferenciadas por género resulta ser la de la *sociabilidad* de las mujeres mayores, es decir, tanto sus relaciones personales como los lazos que las vinculan a la sociedad en general. Este es el asunto principal del que tratan estas páginas, no obstante, las diferencias empiezan mucho antes, precisamente, en los aspectos más elementales de la vida, en las posibilidades de supervivencia.

LAS POSIBILIDADES DE SUPERVIVENCIA

Es conocido que la esperanza de vida en España es mayor para las mujeres que para los hombres. El último registro (INE, *Tablas de mortalidad de la población española, 1998-99*) revela que la esperanza de vida al nacer de las mujeres excede en casi siete años a la de los hombres (75,3 años para los varones, 82,2 para las mujeres). Lo que quizá es menos conocido es que esta diferencia tiene dos implicaciones: la primera es que las posibilidades de experimentar la vejez, que ya son masivas aunque no universales, tampoco son las mismas para los dos sexos; en las condiciones de mortalidad de 1998-99, el 92% de las niñas nacidas en ese año tendría ante sí el reto de afrontar esta etapa de la vida, pero el 19% de los niños varones nunca tendrá esa posibilidad. En segundo lugar, una vez alcanzada la vejez, la duración de esta etapa de la vida también es distinta para hombres y mujeres, en este caso, la diferencia es de cuatro años, ya que por término medio, las mujeres que tenían 65 años en 1998-99, vivirán unos veinte años más y los hombres, unos dieciséis. La diferencia es menor a los 65 años que al nacer, lo que indica que la sobremortalidad relativa de los hombres se produce, sobre todo, en edades jóvenes y se reduce a medida que avanza la edad. Esta constatación también tiene una derivación importante, en el sentido de que para las mujeres la muerte está indiscutiblemente asociada a la vejez, pero no así para los hombres; para ellos la edad madura implica ya una exposición considerable al riesgo de morir. Hemos establecido un umbral de "exposición considerable" al riesgo de morir cuando la probabilidad de fallecer alcanza a una persona de cada 200 en una edad determinada. Esto sucede a los hombres a los 52 años, seis años después (a los 58 años), la probabilidad alcanza ya a uno de cada cien; entre las mujeres estas probabilidades se alcanzan once años después: a los 63 y a los 69 años, respectivamente, ambas edades muy próximas a la edad ordinaria de jubilación.

En los últimos años, la discusión sobre la esperanza de vida ha dado en distinguir entre cantidad y calidad de vida, de manera que de esta diferencia en años por vivir no derivaría ninguna ventaja para las mujeres si se tradujera en años vividos con enfermedad o discapacidad; sobre todo en la medida en que se dificulte seriamente o impida que la vida se desenvuelva de forma autónoma. De hecho, con la información de la que disponemos, la realidad está bastante próxima a

esta afirmación, ya que el suplemento de vida de las mujeres en relación con sus coetáneos varones, consiste fundamentalmente en años de discapacidad, y es que la esperanza de vida libre de discapacidad es de 76 años para los varones y de 77 para las mujeres (INE, *Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud*, 1999). Es decir, que la ventaja de 4 años de vida de las mujeres sobre los varones se traduce en un año más de vida autónoma, pero en tres más con alguna discapacidad. Esto quiere decir que la ventaja de las mujeres se refiere, sobre todo, al acceso a la vejez, puesto que en vida sin discapacidades las mujeres sólo cuentan con un año más que los varones. Este asunto, sin embargo, tampoco está cerrado a la discusión, existen indicios de que las discapacidades de los varones pueden estar subestimadas como consecuencia de normas y construcciones sociales, el argumento deriva de la constatación de que la dificultad para realizar las tareas domésticas es una de las causas más importantes de discapacidad y dependencia entre las mujeres. Confrontadas a un cuestionario, muchas mujeres refieren sus dificultades para desarrollar este tipo de actividades por razones fisiológicas, sin embargo, los hombres rara vez aluden a ellas y parece que no se debe a que efectivamente puedan realizarlas, sino más bien al hecho de que nadie espera (ni ha esperado nunca) que las hagan (SEGG, 2004). Si esto es cierto, la diferencia en la autonomía de hombres y mujeres no sería real, sino completamente artificial o construida socialmente, en referencia a las expectativas sociales que pesan sobre uno y otro género, y cabría extender a los modelos de dependencia las características atribuidas a las pautas de mortalidad en esta última etapa de la *transición de mortalidad* (Gómez Redondo, 1995: 82), es decir, la importancia de lo social en la muerte y la enfermedad, puesto que si hay enfermedades sociales (accidentes, muertes violentas, etc.), que se imponen como causas fundamentales de mortalidad, también habría dependencias sociales construidas en función del género.

Sea cual sea la discusión sobre el estado de salud de los mayores, lo cierto es que si las mujeres viven más, la población mayor estará dominada cuantitativamente por mujeres. Según el último registro oficial de la población española, el *Padrón municipal de habitantes de 2004*, en España hay 7,3 millones de personas mayores, de ellos, algo más de tres millones son hombres y 4,2, mujeres; es decir, que las mujeres mayores exceden en más de un millón a los hombres. La *ratio de masculinidad* o número de mujeres por cada 100 hombres es de 137, pero por encima de los 80 años ya hay más de dos mujeres por cada hombre. El Instituto Nacional de Estadística prevé que, en el futuro, el desequilibrio se irá reduciendo paulatinamente, pero no desaparecerá, de manera que la vejez es hoy y seguirá siéndolo todavía durante mucho tiempo, una cuestión eminentemente femenina y, más aún, la vejez avanzada. Lógicamente, el desequilibrio entre los dos sexos restringe las posibilidades de vivir en pareja. Los datos sobre estado civil de los mayores son claros, entre los varones, la situación mayoritaria es el matrimonio, casi ocho de cada diez están casados; entre las mujeres, sin embargo, lo más frecuente es no tener pareja bien por viudedad, por soltería o por haber disuelto su unión. Según el Censo de 2001, entre las mujeres la condición de casada deja de ser mayoritaria a los 74; en las condiciones de mortalidad de 1998-1999 el 83,0% de todas las mujeres podrían alcanzar esa edad y afrontarían una vida media de casi trece años. Entre los hombres la

condición de casado sólo pierde su posición mayoritaria hacia los 89 años, una edad que sólo alcanzaría el 14,4% de los hombres, a los que restaría una vida media de 3,6 años. Lo que significan estos datos es que la mayoría de las mujeres tendrán que afrontar una vejez en soledad, sin la posibilidad de obtener la compañía y el apoyo de un cónyuge, mientras que para los hombres este suceso es mucho menos probable. El varón mayor típico es un hombre casado, es decir, que cuando hablamos de hombres mayores hablamos fundamentalmente de parejas mayores, para las mujeres las cosas son muy distintas.

FORMAS DE CONVIVENCIA

Con esta información no resulta extraño que los hombres vivan mayoritariamente en pareja (42,2%) o con la pareja y algún hijo (24,8%). Entre las mujeres, las formas de convivencia son más variables, las predominantes son la vida en pareja (26,8%) y la vida en solitario (26,7%). Los datos proceden del Censo de 2001. Llegado este momento, la pregunta clave es si esas diferencias en las formas de convivencia se producen como consecuencia de normas y roles de género contruidos socialmente o si, por el contrario, responden a la realidad biológica de las diferentes posibilidades de supervivencia de hombres y mujeres. El caso parece bastante claro para la vida en solitario. Según el Censo de 2001 el 10,9% de los varones mayores y el 26,7% de las mujeres viven solos, en términos absolutos la mayor presencia de las mujeres es aún más abrumadora (315.466 varones y 1.043.471 mujeres). Se podría argumentar, y así se ha hecho hasta hace muy poco tiempo, que las diferencias son el resultado de la existencia de respuestas diferenciadas por género ante la vida en soledad. Estas respuestas obedecerían, a su vez, a normas y roles de género socialmente establecidos, por ejemplo, como los roles femeninos tradicionales asignan a las mujeres las tareas domésticas y no a los hombres, los varones no serían capaces de garantizar las operaciones de mantenimiento de sus hogares como base de su vida autónoma; las mujeres sí. Además, los roles tradicionales de género asignan distintos grados de autoridad a hombres y mujeres, de forma que un hombre que quedase solo podría reclamar la convivencia con otros familiares, mientras que las mujeres, al carecer de la autoridad necesaria, serían más propensas a resignarse a su situación y a afrontarla en soledad, sin la concurrencia de sus familiares. Toda vez que la causa fundamental de la vida en solitario de los mayores es la viudedad, podemos refinar un poco más el análisis. En este caso, la definición de los roles de género debería producir distintas respuestas o estrategias residenciales a la muerte del cónyuge. En el caso de los varones, el fallecimiento de la esposa conduciría al abandono de la vivienda familiar, porque no es capaz de mantenerla o porque su autoridad le da la posibilidad de desarrollar otra estrategia, la de ir a vivir a la vivienda de otro familiar. Las mujeres, sin embargo, responderían permaneciendo en su propia vivienda hasta que su nivel de competencia se viera seriamente alterado. Analicemos, entonces, la información disponible sobre las formas de convivencia de los viudos mayores con el fin de contrastar la hipótesis de la influencia de las normas sociales. Los datos del censo no reflejan en absoluto estos comportamientos, la diferencia no se debe a lo que hacen los viudos o viudas, no responde a una pauta social, las propor-

ciones de viudos que viven solos son muy similares para los dos sexos (48,9% de las mujeres y 46,7% de los hombres), lo que sucede es que hay menos viudos que viudas. Estas proporciones de viudos y viudas que viven solos confirman, además, que en nuestro país, la viudedad ha dejado de ser causa de “reagrupamiento de las generaciones de la familia bajo un mismo techo” (Meil, 2001). Según nuestra encuesta, en el caso de las mujeres, la solución de ir a vivir al domicilio de un hijo u otra persona no empieza a ser importante hasta los 80 años (Pérez Ortiz, 2003: 31).

Entre las demás formas de convivencia, empieza a ser cada vez más habitual que los mayores compartan sus hogares con hijos no emancipados; esta situación es más frecuente entre los varones, quizá por el efecto de la edad (al vivir menos, la población masculina mayor es por término medio más joven que la femenina); en cualquier caso, las diferencias no son muy grandes, quizá porque el efecto de la edad se compensa por la pauta que rige las edades al matrimonio de hombres y mujeres, que hace que los hombres tengan sus hijos a edades más tardías que las mujeres. Claro que, en esta forma de convivencia, lo determinante no es tanto la capacidad de supervivencia de los padres, como la norma social del retraso en las pautas de emancipación de los jóvenes. El 12% de las mujeres mayores (más de 500.000 mujeres) convive con su esposo y alguno de sus hijos y sin nadie más (no hay nuera o yerno, ni nietos, que nos indiquen que el hijo ha formado su propia pareja o su propia familia, es decir, que se haya emancipado) y cerca del 10% vive sola con uno o más hijos. Entre los varones las proporciones son del 24,8% y del 3,1%, respectivamente.

Además de los aspectos meramente instrumentales, los sentimientos generales ante la vida que expresan los mayores no son indiferentes a las formas de convivencia. En general, parece que la forma de convivencia que les procura mayor satisfacción es la situación de *nido vacío*, es decir, vivir en pareja. Nuestra encuesta lo ha comprobado en el caso de las mujeres; cualquier otra forma de convivencia produce mayor insatisfacción, especialmente la vida en soledad. La vida en pareja procura a las mujeres la compañía y el apoyo del esposo, si el estado de salud es bueno, el nido vacío puede ser una buena ocasión para recuperar la intimidad o para realizar actividades en compañía; si la salud está deteriorada o el grado de autonomía personal comprometido, la pareja puede proporcionar apoyo, ayuda y un sentimiento de seguridad e, incluso, de independencia. Además, la fase de nido vacío puede contemplarse como una fase de culminación de las tareas reproductivas, una sensación de trabajo bien hecho que proporcionará, indudablemente sentimientos positivos. En apoyo de esta afirmación puede argumentarse la constatación obtenida en el estudio sobre mujeres mayores de que las mujeres implicadas en lo que hemos denominamos *crianza prolongada* (mujeres casadas que conviven con el esposo y uno o más hijos), muestren un grado de satisfacción general ante la vida inferior al de las mujeres que viven sólo con la compañía del esposo. En el estudio referido esta diferencia se explica atribuyendo un carácter ambivalente a la crianza prolongada, de manera que si la permanencia de los hijos en el hogar proporciona compañía, ayuda en la realización de ciertas tareas cotidianas y la oportunidad de seguir ejerciendo el rol de madres, también supone una carga adicional de trabajo para las mujeres mayores (que la ayuda de los hijos no

compensa), la posibilidad de que surjan conflictos derivados de la convivencia con estos hijos ya adultos y, además, muy probablemente un sentimiento de frustración por no haber culminado su tarea de reproducción social con el establecimiento de sus hijos en hogares independientes (Pérez Ortiz, 2003: 35 y ss.).

RELACIONES DE PAREJA

Las formas de convivencia constituyen el marco estructural en el que se desarrolla la vida familiar de los mayores, para completar este aspecto básico de la experiencia de envejecer es necesario referirse también a los aspectos relacionales (Requena, 1995). La Gerontología clásica atribuye un papel primordial a la familia en la vejez, pero con diferencias de género, de forma que aún es más importante para las mujeres que para los varones. Para ellos, la familia viene a ocupar, en esta última etapa del curso vital, el lugar que ya no llenan otros roles, particularmente los laborales. Para las mujeres, sin embargo, la importancia de la familia es continuación de lo que ha ocurrido en las edades anteriores; la familia es importante para las mujeres a lo largo de toda su vida y, precisamente, esa continuidad evita en su vejez las rupturas que sí suponen para los varones. Los varones, en la vejez, sustituyen un rol principal (el laboral) por otro que, hasta ese momento había sido secundario (el familiar); entre las mujeres no existe ninguna sustitución, no hay discontinuidad, porque los roles familiares han sido siempre los más importantes para ellas. En ambos casos, es cierto que la vejez implicaría un enriquecimiento de las relaciones conyugales y familiares, que satisface a las personas mayores e influye positivamente en su bienestar personal y en su calidad de vida (Iglesias, 2001: 89), sin embargo, hombres y mujeres han llegado a este punto atravesando caminos diferentes.

El núcleo más reducido de las relaciones familiares está constituido por las relaciones conyugales. Si la clásica *curva de satisfacción marital* se cumple, la satisfacción con las relaciones conyugales aumentaría a medida que las parejas avanzan hacia la *plataforma de lanzamiento* y al nido vacío (Morgan & Kunkle, 1996: 229 y ss.), de manera que las relaciones matrimoniales serían una fuente de satisfacción vital importante para ambos sexos en la vejez. Si esto es cierto, la distinta incidencia de la viudedad en cada uno de los géneros marcaría ya una diferencia sustancial en la forma de experimentar la vejez de hombres y mujeres. Pero, además, existen indicios de que el matrimonio beneficia más a los hombres que a las mujeres; los hombres casados obtienen buenos rendimientos del matrimonio en términos de satisfacción vital, mejor salud y esperanza de vida más alta; en el caso de las mujeres el saldo es menos firme, probablemente porque ellas siguen asumiendo el protagonismo en la carga de trabajo, en un sentido amplio, que requiere el mantenimiento del hogar y de las relaciones familiares (Bengtson et al., 1990). La encuesta del Instituto de la Mujer parece corroborar, tanto la afirmación de que la gran mayoría de las parejas mayores forman matrimonios felices (Quirouette & Gold, 1992), como la vigencia de la curva de satisfacción marital, al menos en las últimas etapas del ciclo. En primer lugar, la opinión general de las mujeres entrevistadas es que la vejez no había cambiado sus relaciones matrimoniales, pero entre las que habían notado alguna evolución, el predominio de las que indicaban que sus relaciones habían

mejorado era muy notable (17,7%, frente al 4,9%). En segundo lugar, la restricción de los roles parentales (en nuestro caso, la emancipación de los hijos), quedaba asociada con una mejora de las relaciones matrimoniales.

La evolución de las relaciones conyugales, obviamente, no se detiene en la vejez, es de esperar que el avance de la edad o un deterioro del estado de salud o la sucesión de acontecimientos como la emancipación de los hijos, la aparición de los roles de abuelos o la desaparición de otros miembros de la familia, alteren los roles y el reparto de responsabilidades. De hecho, en la encuesta quedaba probado el efecto negativo de la edad, particularmente a partir de los 80 años. El efecto del deterioro de la salud o de la aparición de problemas para desempeñar las actividades de la vida diaria, sin embargo, no se mostraba con tanta claridad. Es muy probable que, al empeorar la salud, actúen factores que actúan en sentidos inversos sobre las relaciones de pareja. En términos generales, la salud es un factor de importancia capital en la formación de los sentimientos y de las percepciones subjetivas de los mayores, pero además, los miembros de la pareja pueden reaccionar de formas muy distintas ante el deterioro fisiológico de sus parejas. Un esposo que se convierte en cuidador puede generar en el cónyuge cuidado un sentimiento de gratitud que favorezca las relaciones de pareja, o, al contrario, la persona que recibe la ayuda puede sentirse molesta, lo que sucederá, por ejemplo, en el caso de que los cuidados requeridos sean demasiado íntimos. De todas formas, ni el deterioro de la salud o la pérdida de la autonomía funcional, ni la situación de receptor de cuidados, se convierte automáticamente en una posición de subordinación con respecto al otro miembro de la pareja. Si las posiciones dentro de la pareja estaban definidas previamente, es probable que la nueva situación no las cambie en absoluto. En el caso de las mujeres mayores, cuando las pautas de poder familiar responden a un sólido modelo patriarcal, "es posible que se mantengan las antiguas pautas de poder familiar, a pesar de la disminución de fuerzas mentales y físicas" (Rose & Bruce, 1996: 173). De manera que las distintas experiencias del matrimonio para hombres y mujeres no resultan de la edad o de los cambios fisiológicos asociados a ella, sino más bien de la manera en que las relaciones se hayan definido en etapas anteriores del ciclo de vida y la medida en que esas relaciones respondan o no a los patrones tradicionales.

LA DIVISIÓN DEL TRABAJO DOMÉSTICO

Precisamente en la definición de los roles tradicionales de género, las relaciones matrimoniales incluyen una asimetría en las relaciones de poder, que se refleja en el reparto de las tareas domésticas y en la toma de decisiones dentro del ámbito doméstico. Las condiciones objetivas y, en particular, el dominio financiero de los varones, induce a pensar que las mujeres tienen una posición subordinada dentro del hogar. En la mayoría de los países, y también en el nuestro, los ingresos correspondientes a las pensiones son sustancialmente más altos para los varones que para las mujeres (Sancho y otros, 2003), lo que, sin duda contribuye a perpetuar durante la vejez el poder relativo del hombre en el matrimonio. Pero, además, una parte importante de las mujeres casadas no tiene una pensión por derecho propio, porque no han trabajado o no lo han

hecho en las condiciones que exigen los sistemas de pensiones (Pérez Díaz, 2002). En este sentido, el sistema de pensiones en conjunto actúa (sus principios, sus reglas de cálculo, pero también sus exigencias formales) como mecanismo institucional de prolongación de las diferencias de género en la vejez (Leitner, 2001). No obstante, la jubilación cambia las condiciones en las que se produce ese dominio financiero en la medida en que las pensiones ya no son fruto directo de una actividad profesional, sino un fruto diferido y, quizá también, porque los ingresos que proporcionan son inferiores a las rentas salariales y además son fijos. El análisis del reparto de las tareas domésticas se utiliza como indicador de la medida en que en la vejez se mantienen las definiciones de roles masculino y femenino y, además, puede darnos alguna idea sobre si los términos de esa posición dominante (basada en lo material) varían con la jubilación.

El debate suscitado en años recientes sobre la medida en que la jubilación y la vejez debilitan las fronteras entre lo masculino y lo femenino se ha basado en buena medida en el análisis de lo que sucede en este ámbito de la distribución de las tareas domésticas. El debate surge tras la constatación de la redefinición de roles que está afectando a otras etapas del curso vital (Ginn & Arber, 1996: 28-29). Quienes apoyan este desdibujamiento de roles en las últimas fases del curso vital afirman que la jubilación hace que los varones participen más en este tipo de tareas, sin embargo, se mantiene la discusión sobre si esa participación se circunscribe a las actividades típicamente *masculinas* o si los hombres mayores están empezando también a participar en otras más marcadamente femeninas (Askham, 1996: 130). Otros autores incluyen algunos matices que añaden interés a la discusión, por ejemplo, Wilson (1996: 160-161) constata que en la vejez se produce efectivamente una revisión de los roles de género, pero no en los momentos inmediatamente posteriores a la jubilación o en los primeros años de la vejez, sino en la vejez avanzada. La razón que motiva esta revisión de roles es el valor estratégico que adquiere la pareja como medio para mantener la independencia (Rose y Bruce, 1996: 171); por no renunciar a su autonomía, los varones están dispuestos a implicarse en labores domésticas o en el cuidado de sus mujeres enfermas o dependientes. De todas formas, aún en esta vejez avanzada, los cambios no son radicales, las mujeres pueden liberarse de algunos de los aspectos más pesados de las tareas domésticas y conseguir algo más de libertad en su vida social (Wilson, 1996: 161). Estos cambios o adaptaciones no transformarían sustancialmente las posiciones adquiridas y el matrimonio mantendría hasta el final su función de control sobre las mujeres. Es posible que las generaciones actuales de mayores españoles sean portadores de definiciones de roles de género aún más tradicionales que sus coetáneos europeos o norteamericanos, pero, por otra parte, están viviendo sus años de madurez y vejez en un contexto de cambio social muy rápido. Si en estas últimas etapas de la vida estuvieran protagonizando un cambio en esos roles cabría preguntarse si hay tras él un efecto de la edad o si sólo están recogiendo los efectos de las transformaciones sociales que suceden a su alrededor.

Del citado estudio del Instituto de la Mujer (Pérez Ortiz, 2003: 139-151) se deduce que las mujeres mayores españolas se dedican con una gran intensidad y exclusividad a las labores del hogar. Entre las que siguen casadas, la dedicación disminuye con la edad, gracias a la ayuda de los esposos en las primeras etapas

y por la ayuda del servicio doméstico, en las edades más avanzadas. En principio, este comportamiento es bastante lógico, en los primeros años los varones, todavía relativamente jóvenes, son capaces de colaborar en las tareas domésticas y así lo hacen, la colaboración empieza a disminuir más o menos cuando la esposa ha cumplido los 80 años. Es muy probable que a esa edad (la esposa tiene 80 o más años, pero el esposo tendrá más si se ha cumplido la pauta de contraer matrimonio con hombres más mayores) quizá ni siquiera el trabajo conjunto de los dos miembros de la pareja sea suficiente para realizar todo lo necesario para mantener su vivienda. Con esta información, podríamos concluir que efectivamente hay una tendencia a compartir las tareas domésticas en la primera vejez pero, en contra de lo afirmado por Wilson, el cambio no se produce en las edades más veteranas, sino en las más jóvenes, el motivo podría residir exclusivamente en las dificultades físicas que suelen acompañar a la edad que dificultan o imposibilitan afrontar la dureza de las tareas domésticas. No obstante, esta explicación no resiste el contraste con el comportamiento de los mayores ante otro tipo de tareas domésticas, en particular con la realización de la compra cotidiana. Esta actividad requiere aún más fuerza física que otras necesarias para el mantenimiento de los hogares, sin embargo, los varones participan en mayor medida en su realización, la colaboración aumenta con la edad y se mantiene en los tramos de edades superiores. Sucede que la compra no es una tarea más entre las actividades domésticas, es la "más masculina", requiere fuerza física, en ocasiones puede requerir el desplazamiento en automóvil pero, sobre todo es una actividad que se realiza fuera de los límites del ámbito doméstico y está más en consonancia con las pautas de uso del tiempo de los hombres mayores. A la vista de estos resultados, la conclusión es clara, existe una división sexual del trabajo entre las parejas mayores que clasifica unas actividades como masculinas y otras como femeninas y las asigna a cada uno de los miembros de la pareja según el género.

OTRAS RELACIONES FAMILIARES

La vida familiar de las mujeres mayores, obviamente, no se agota en las relaciones de pareja. Las relaciones con otros miembros de las redes de parentesco son, en general, frecuentes y positivas, pero sin duda las más significativas son las que mantienen con sus hijos. Como en otros ámbitos de la experiencia de la vejez, además del género, otras características personales establecen diferencias en las relaciones con los hijos, entre ellas a proximidad física entre los domicilios de unos y otros, el estado civil o el estado de salud. En algunas circunstancias, las relaciones con los hijos pueden adquirir un carácter estratégico, fundamentalmente, en caso de viudedad, cuando las mujeres viven solas o en cuando la salud empeora. Sin embargo, la información disponible no siempre demuestra que en estas situaciones las relaciones sean más frecuentes (Pérez Ortiz, 2003). Quizá sea la viudedad el asunto que más reflexión ha suscitado en cuanto a las relaciones con los hijos. Podemos resumir el comportamiento esperado en un esquema según el cual, al enviudar los padres mayores los hijos y, quizá en menor medida el resto de la familia, desarrollan una estrategia compensadora incrementando los contactos con los mayores. Esto

sucede sobre todo en las primeras fases de la viudedad, aunque cuando quien viuda es una mujer mayor, se supone que la familia mantendrá la estrategia durante más tiempo (Morgan & Kunkle, 1986). En el estudio del Instituto de la Mujer, sin embargo, las mujeres que tienen más contactos con sus hijos son las casadas, no las viudas; tampoco tienen un contacto más frecuente las mujeres que viven solas, ni las que juzgan más negativamente su salud o necesitan ayuda para realizar actividades de la vida diaria (Pérez Ortiz, 2003). En el caso de que un deterioro del estado de salud o de dificultades funcionales, es posible que las relaciones no sean tan frecuentes porque las mujeres mayores pierdan la iniciativa en el establecimiento de los contactos. Es decir, que si mientras las mujeres mantienen un estado de salud satisfactorio la iniciativa de los contactos procede, unas veces de los hijos y otras de las propias madres, al cambiar las circunstancias físicas de las mujeres la iniciativa quede exclusivamente en manos de los hijos; es posible, incluso que los hijos realicen un esfuerzo suplementario y busquen con mayor frecuencia el contacto con sus madres, pero quizá no en la medida suficiente para compensar los esfuerzos que ya no pueden realizar las mujeres mayores. La significatividad de estas relaciones queda demostrada por la constatación de que la frecuencia de los contactos es un determinante muy poderoso de la satisfacción vital de las mujeres y de la ausencia de sentimientos de soledad. Las relaciones con los nietos también reducen muy significativamente estos sentimientos, pero son absolutamente dependientes de las que se mantienen con los hijos. Sólo aquellas personas que mantienen contactos frecuentes con sus hijos, tienen relaciones asiduas con sus nietos; todo parece indicar que la posibilidad de que exista un contacto asiduo con los nietos con independencia de las relaciones que se mantienen con los hijos es bastante reducida.

Las mujeres mayores también mantienen relaciones frecuentes con otros familiares. Las más estrechas son las relaciones con los hermanos, que son relaciones duraderas y con un cierto número de cosas en común como la pertenencia a una misma cultura familiar y, en la mayoría de los casos, también a una misma generación (Morgan & Kunkle, 1996: 235). Tradicionalmente se asumía que estas relaciones dejaban de tener importancia en la adolescencia, sin embargo, los análisis más recientes han puesto de manifiesto su relevancia en la madurez y la vejez. Lo que sucede es que las relaciones con los hermanos, como otros tipos de relaciones familiares, pasan a un segundo plano cuando se forma la propia familia de procreación y, sobre todo, cuando llegan los hijos; sin embargo, cuando los hijos empiezan a emanciparse estas relaciones se revitalizan. Para las personas que nunca han formado su propia familia, seguramente, las relaciones han sido intensas durante toda la vida y lo que sucede en la vejez, es una continuación de esa pauta de relación. La evidencia disponible corrobora la hipótesis en el caso de las mujeres solteras; hay que tener en cuenta que, si en la vejez, la familia es el lugar más importante en la provisión de sociabilidad, ayuda y compañía, en el caso de los solteros o separados, que están más marginados de las redes familiares, ese lugar se desplaza hacia la familia extensa y los amigos (Rodríguez, 1994: 49). La situación de las mujeres viudas, sin embargo, no sigue el comportamiento esperado, para ellas lo importante a este respecto es si tienen o no hijos vivos, es decir, que el

factor crítico para mantener relaciones frecuentes con estos familiares no es el estado civil, sino más bien la maternidad. Por fin, entre las mujeres que viven solas, tampoco estas relaciones actúan como mecanismo de compensación ante la falta de convivientes, las relaciones que mantienen con sus hermanos son relativamente escasas. Con respecto al significado de estas relaciones, en general, resultan ser poco significativas en la configuración de los sentimientos generales ante la vida de las mujeres mayores y tienen escasa influencia en la experiencia de sentimientos de soledad. Esta constatación confirmaría, por otro lado, que las mujeres mayores entienden la soledad, fundamentalmente, en relación con la familia más estrecha (Pérez Ortiz, 2003).

EL CUIDADO DE OTROS

Dentro del ámbito doméstico todavía queda una faceta en que se puede mostrar la especificidad de la experiencia femenina frente a la vejez, se trata de las actividades relacionadas con el cuidado de otros o con el denominado apoyo informal. La concepción estereotipada a este respecto nos presenta a las personas mayores y, sobre todo a las mujeres, como receptoras de los cuidados, sin embargo esta es sólo una parte de la verdad porque los mayores y, otra vez sobre todo las mujeres, son parte activa, y aún muy activa, en la prestación de ayuda a otros miembros de la familia. La Encuesta de 2003 nos permitió corroborar este extremo, desde entonces otras fuentes de información han venido a confirmarlo (INE, *Encuesta de Uso del Tiempo*; IMSERSO, *Encuesta de Condiciones de Vida de las Personas Mayores*). Una buena parte de las mujeres mayores necesitan ayuda para desenvolverse correctamente en su vida cotidiana (27,9% en la encuesta de 2003), la mayoría efectivamente recibe esa ayuda de sus familiares, aunque en los últimos años se han registrado algunos cambios a este respecto, quizá menor de lo que habíamos previsto, pero todavía notable. Algunas investigaciones realizadas a finales de la década de los '90 nos indicaban que el apoyo informal se estaba haciendo más plural con la entrada en el sistema de nuevos agentes que compartían no sólo la prestación de cuidados sino también la responsabilidad última sobre la persona atendida. Hablaban de un incremento en la implicación de los varones jóvenes y también de la ayuda externa, es decir la que prestan personas ajenas a la familia normalmente a cambio de una remuneración. En nuestro trabajo comprobamos esa irrupción de nuevos agentes, pero con algunos matices: en primer lugar, la intervención de los varones era bastante más reducida de lo que esos otros trabajos indicaban, mucho más importante resultaba ser la presencia de ayuda remunerada (hasta la cuarta parte de todas las mujeres mayores que necesitaban ayuda la obtenían de una persona contratada); en segundo lugar y, quizá mucho más importante, las mujeres no sólo seguían proporcionando la mayor parte de la asistencia, sino que cuando la dependencia de las mujeres era más severa o cuando la ayuda consistía en la realización de tareas con un contenido más íntimo, las mujeres solían asumir los cuidados en exclusiva. Tal como hemos visto más arriba, las mujeres mayores tienen más probabilidades de necesitar atención que los varones. Además, mientras que los varones necesitados de ayuda pueden recibirla en el ámbito de su propio hogar y de su propia esposa, sin que la

situación implique más cambios y rupturas que las derivadas del deterioro de las capacidades, entre las mujeres la situación es muy distinta. Lo más seguro es que cuando necesiten la ayuda no puedan contar ya con el esposo, bien porque haya fallecido o porque su propio estado de salud no lo permita; en ese caso el cuidado deberá ser asumido por otra persona, probablemente en un hogar distinto. Obviamente hay muchos varones que están asumiendo el cuidado de sus esposas enfermas o discapacitadas, pero esta no es la situación más frecuente. La norma social asigna, además, diferentes valoraciones según quién cuide, si el cuidado parte de la esposa al esposo no tendrá ninguna consideración especial, pero si el cuidado es del esposo a la esposa, probablemente se considerará un hecho extraordinario y se ponderarán las virtudes y la abnegación del esposo.

El estudio, además, puso de manifiesto la notable aportación de las propias mujeres mayores a las redes de ayuda informal. Aproximadamente una de cada nueve mujeres mayores respondió explícitamente que se encargaba de forma habitual del cuidado de otra persona, la tercera parte de ellas de sus cónyuges. Sin embargo, es evidente que las mujeres prestan ayuda a muchas más personas. Si el estudio consiguió identificar a una proporción equivalente en ese año a unas 136.000 mujeres que prestaban ayuda a sus esposas, en ese momento había en España más de medio millón de mujeres de 75 o más años viviendo con sus esposos y nadie más, obviamente esas mujeres están prestando cuidados a sus parejas, lo que sucede es que lo hacen como continuación de su rol de amas de casa, podríamos decir que “de forma natural”, es decir que ellas no creen que sea algo especial, digno de reseñarse en una encuesta. Otras muchas mujeres comparten sus hogares con algún hijo no emancipado, resulta fácil pensar que les estarán prestando algún tipo de ayuda. Ambos tipos de cuidados permanecen invisibles no sólo a los investigadores, sino a la sociedad en su conjunto. Sobre los varones no suelen pesar estas obligaciones.

Entre todos los receptores de las ayudas y apoyo de las mujeres mayores, los nietos son los que ocupan un lugar más destacado. En España, como en otros países de su entorno, el número de mujeres implicadas en el cuidado de sus nietos es cada vez mayor (Kropf & Burnette, 2003; Dellmann-Jenkins, Blankemeyer & Olesh, 2002, Glass & Huneycutt, 2002). En la encuesta del Instituto de la Mujer, más de la quinta parte de las mujeres entrevistadas (21,0%) declaró cuidar a sus nietos con bastante frecuencia. De hecho, el rol de abuelo, bastante desestructurado en las sociedades occidentales, parece estar cobrando sentido para muchas mujeres mayores a través de esta actividad de cuidado (Tobío, 2001). Los factores que permiten el desarrollo de la función de abuelas en estos términos tienen que ver con la mayor disponibilidad de mujeres mayores (por el aumento de las probabilidades de supervivencia) y con las mejores condiciones de salud que presentan, sin embargo, el factor determinante son las necesidades de otras personas, fundamentalmente de las madres jóvenes que realizan algún tipo de actividad remunerada. Con respecto a la disponibilidad de mujeres mayores, sucede, además, que el aumento del número de abuelas potenciales como consecuencia del envejecimiento de la población confluye con la reducción del número de niños. En España, por ejemplo, en 1970, cuando nacían más de seiscientos mil niños (656.102), había

un millón doscientas mil mujeres (1.239.745) de 65 a 79 años, es decir, unas dos abuelas por cada nuevo niño. En el año 2003, el número de nacidos ha descendido en más de doscientos mil (439.863), pero el de abuelas ha aumentado en más de un millón (2.172.384), es decir, que la población española cuenta en estos momentos con unas cinco abuelas potenciales para cada nuevo niño (INE, *Anuario Estadístico de España, 2004*, Madrid).

Hasta hace muy poco tiempo, la valoración de la actividad de cuidado de las abuelas ofrecía un saldo netamente positivo (para las abuelas y para los niños), en los últimos años, sin embargo, este juicio ha empezado a revisarse. El cuidado de los nietos proporciona experiencias positivas a las mujeres mayores en la medida en que posibilita el contacto y la interacción más frecuente con hijos y nietos (Barer, 2001); también proporciona un sentimiento de utilidad y continuidad frente a las rupturas que implica la vejez (Pérez Ortiz, 2004). Muchas abuelas tendrían un contacto escaso con los nietos si no estuvieran implicadas en ese cuidado y, hoy por hoy, las mujeres mayores españolas parecen extremadamente dependientes de sus relaciones familiares, especialmente de las que establecen con sus hijos. No obstante, hay cierta evidencia de que algunas características de las abuelas o de los niños o la intensidad y estilo de cuidado tienen consecuencias de un signo bien distinto; cuando el cuidado es muy intensivo en tiempo y actividades o cuando los niños son demasiado pequeños, la actividad de cuidado puede ser una fuente de estrés para las abuelas (Guijarro Morales, 2001).

Es muy probable, además, que el cuidado de los nietos se esté imponiendo como una norma social de obligación en la función, por encima de las condiciones de salud, las necesidades o los deseos de las mujeres mayores. Una obligación que constreñiría poderosamente las vidas de las mujeres mayores y que choca frontalmente con los modelos emancipadores que dominan hoy los enfoques sobre la vejez. Abundando en la perspectiva de género, el cuidado de los nietos puede verse también como un instrumento de control sobre las mujeres mayores. Desde siempre, la vida post-reproductiva de las mujeres mayores ha despertado el recelo de la sociedad patriarcal. El estereotipo de la bruja que encarna a una mujer liberada y al margen de la sociedad (Ortega, 2001), se sustituye por la evidencia de las mujeres mayores, cada vez en mejor estado de salud, liberadas de las demandas en conflicto entre las obligaciones productivas y reproductivas, que se ha colocado en situación de perseguir sus propias metas y de aplicar sus energías y experiencia para reivindicar su posición social y la igualdad de sexos, y por tanto de amenazar las bases del poder patriarcal. Devolver a las mujeres mayores a las obligaciones reproductivas supone un refuerzo del modelo patriarcal de cuidados y permite no poner en cuestión el reparto de estas tareas entre hombres y mujeres. Las consecuencias sobre la emancipación de las mujeres mayores son inmediatas, pero también alcanzan a otras generaciones, el cuidado de las abuelas transmite esos valores patriarcales a la generación de los nietos y elude que la generación de las hijas se enfrente a los varones y resuelva su propia situación. Para las mujeres mayores, asumir el cuidado de los nietos como cuidadoras principales o cuasi-principales supone no salir del ámbito privado, de lo doméstico o lo reproductivo y no poder escapar del círculo vicioso de la opresión de género que se suma en ellas al efecto de la edad.

Como mecanismo de conciliación (informal) de la vida familiar y laboral de las madres trabajadoras, el papel de las abuelas cuidadoras ha sido, hasta el momento muy eficaz. Sin embargo, que las abuelas se responsabilicen de los hijos de las mujeres trabajadoras supone que el problema de la conciliación queda dentro del ámbito privado que es también el ámbito de lo invisible y de lo femenino; de manera que, al final, los problemas de conciliación son problemas de mujeres, que se resuelven entre mujeres y “de puertas adentro”. Pero además, circunscribir este problema al ámbito privado supone hacerlo depender exclusivamente de la suerte individual, en la que el recurso estratégico para una madre trabajadora consiste en poder contar con su propia madre para que la sustituya en sus funciones; si este no es el caso, la madre trabajadora queda sola frente a las contradicciones y las presiones que implica el problema de la conciliación.

Por lo que se refiere a los mayores, el cuidado de los nietos también establece diferencias notables entre la vejez de los hombres y las mujeres. En primer lugar, aunque buena parte de estas abuelas cuidadoras se apoyan en sus parejas para cumplir esta función, otras muchas tienen que afrontarlo en soledad por no tener pareja o, en menor medida, por una falta de disposición de sus maridos a participar en las labores de cuidado. En segundo término, aunque los hombres mayores también puedan actuar como abuelos cuidadores, la intensidad y los estilos con los que desempeñan su función son muy distintos. Si lo comparten con las esposas, lo más probable es que la mayor carga de trabajo recaiga en ellas; si lo hacen en soledad, probablemente la asistencia que prestan sea muy distinta de la que ofrecería una mujer. Los abuelos suelen ocuparse de las tareas que se realizan fuera del hogar, las que tienen que ver con desplazamientos o con el ocio de los niños; las mujeres suelen ocuparse de la alimentación de los niños y, en ocasiones, también del aseo.

RELACIONES DE AMISTAD

Para la Gerontología tradicional otras formas de sociabilidad ajenas a la familia, han pasado bastante más desapercibidas. Es el caso de las relaciones de amistad. Las amistades tienen distinta importancia en cada una de las etapas de la vida: el *impulso de afiliación*, es decir, la necesidad de relacionarse con los pares o iguales está mucho más presente entre los jóvenes (De Miguel, 2002: 23); en las edades intermedias, las relaciones de amistad tienen que competir con las de pareja y con la actividad profesional, pero quizá el acontecimiento que las desplaza con más fuerza es la llegada de los hijos. Sin embargo, la vejez, cuando los hijos y el trabajo ceden su papel protagonista, las relaciones de amistad parecen restringirse aún más, en parte como reflejo de los efectos de la mortalidad, del deterioro del estado de salud y los problemas de movilidad, que dificultan el mantenimiento de las amistades más antiguas; su reemplazo por otras nuevas no siempre resulta fácil. La “erosión de las redes de amistad” se suma a la restricción de las redes de sociabilidad que sigue a la jubilación y puede conducir a una situación en la que las relaciones se limitan a la familia y, como mucho al vecindario y en la que, a pesar del apoyo familiar, se puede desembocar en situaciones de aislamiento social (Iglesias, 2001: 45-49). En el caso de las mujeres, como la mayor parte de las amistades no proceden del

ámbito laboral, sino del vecindario o de personas con las que se han compartido experiencias vitales (matrimonio, crianza de los hijos, etc.), es posible que la erosión de las relaciones no sea tan profunda y esta amenaza de retraimiento no se produzca como consecuencia del abandono de la actividad laboral, sino quizá, más tarde, cuando hagan su aparición de problemas de salud.

La información disponible, muestra que tanto los hombres como las mujeres mayores mantienen relaciones con sus amigos con bastante asiduidad, aunque siempre por debajo de los contactos familiares (Sancho y otros, 2002: 274). Es muy probable, además, que esas relaciones de amistad, aunque más escasas que en otras etapas de la vida, sean, por el contrario mucho más íntimas (Quadagno, 1999: 209). De hecho, la mayor parte de esas relaciones tienen tras de sí una larga historia de experiencias, emociones y tiempo compartidos (Atchley, 1988: 150). La valoración subjetiva de las relaciones de amistad, sin embargo, contiene una diferencia de género, y es que en general, las mujeres mayores expresan un menor grado de satisfacción con la cantidad y calidad de sus amistades que los varones (Sancho y otros, 2002). En otro orden de cosas, las mujeres mayores tienen amistades predominantemente femeninas y los hombres, masculinas. Este comportamiento responde en parte a las reglas de homogeneidad que rigen las relaciones de amistad a todas las edades; sin embargo, es indudable que determinadas normas sociales intervienen en esta selección.

Las normas sociales también pueden intuirse tras las variaciones que el estado civil imprime a las relaciones de amistad de las mujeres mayores. Según nuestro estudio, las mujeres casadas y las viudas son las que mantienen relaciones menos frecuentes; sin embargo, los caminos por los que unas y otras han llegado a esa situación son distintos. Las mujeres casadas pueden necesitar menos estos contactos porque tienen otros, más significativos, con sus esposos e hijos; esta circunstancia se manifiesta en el hecho de que estas mujeres suelen considerar más que suficientes sus contactos con amigos, a pesar de que, objetivamente, sean escasos (Pérez Ortiz, 2003). En el caso de las mujeres viudas, sin embargo, la restricción de los contactos con amigos se explica por el cambio de coordenadas sociales que implica la viudedad, es decir, por el hecho de que las amistades anteriores estaban vinculadas a su condición de mujer casada y, al perderla se sienten fuera de lugar (Lopata, 1996), y también por el peso de normas sociales tradicionales que las invitan a restringir su círculo de amistades en el que, por ejemplo, difícilmente suelen participar los hombres. El grado de satisfacción con la situación actual está bastante relacionado con la frecuencia de los intercambios con los amigos. De manera que la amistad es una importante dimensión de los sentimientos generales ante la vida de las mujeres mayores. Los sentimientos de soledad, por el contrario no tienen una relación tan sólida con las relaciones de amistad, lo que nos vuelve a hablar del concepto de soledad que tienen las mujeres mayores.

ACTIVIDADES Y DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO

Hemos interpretado la sociabilidad en un sentido amplio, incluyendo no sólo las relaciones personales, sino también las actividades que realizan los mayores. Si el análisis estuviera referido a otras edades, hablaríamos de ocio o de

tiempo libre, sin embargo, en los mayores todo el tiempo se supone libre. En realidad esto es una exageración, los mayores continúan teniendo una buena parte de su tiempo ocupado en actividades obligatorias, sin embargo, en el lenguaje coloquial, e incluso en el científico, el tiempo libre o el ocio se entiende como aquél que no se dedica a la realización de una actividad remunerada, es decir, es un tiempo libre de trabajo. Precisamente, en las sociedades occidentales la vejez se define por la disminución del tiempo que invierten en actividades productivas y reproductivas. Los que han trabajado en etapas anteriores de la vida, hombres y mujeres, generalmente abandonan la actividad profesional; las mujeres ven reducirse sus cargas de trabajo doméstico, una vez que los momentos más duros de la crianza de los hijos han terminado. Para quienes han trabajado, la jubilación supone un giro radical y en ocasiones repentino en la distribución del tiempo, centrado antes en una actividad productiva, estructurada y no voluntaria y abierto ahora a la propia iniciativa (Iglesias, 2001: 25). Para las mujeres que no han trabajado en actividades remuneradas extradomésticas, la observación anterior debe matizarse en el sentido de que, aunque buena parte de su tiempo sigue ocupado en actividades obligatorias, en la vejez, parte de ese tiempo se libera (Wilson, 1996: 161), de manera que, aunque en menor medida, las mujeres también participan de esa reestructuración del tiempo cotidiano.

En unas y otros, el cambio que se produce no es meramente cuantitativo, es decir, no sólo se produce un aumento del tiempo libre a su disposición; se modifican actividades y hábitos cotidianos, los que estas personas venían realizando desde su edad adulta, pero también se transforma la estructura y la naturaleza del tiempo, que pierde patrones fijos al liberarse (en todo o en parte) de las actividades obligatorias. Quizá el cambio no se produce en los términos de la utopía emancipatoria de la *teoría de la tercera edad* de Peter Laslett (Laslett, 1987), según la cual la primera vejez habrá de convertirse en un tiempo de apogeo de la vida, de realización personal creativa. No obstante Laslett plantea en el camino hacia su construcción utópica una idea de extraordinario interés, y es que a medida que los mayores pueden participar en actividades de ocio activo (lo que él achaca exclusivamente a la mejora en sus condiciones de salud), las normas sobre los estilos de vida apropiados para ellos se van debilitando. Esa debilidad de las normas puede proporcionar más libertad a los mayores para definir sus actividades y sus formas de vida, pero en exceso podría conducirles a una situación de desorientación e, incluso, de anomia. A este respecto las conclusiones no son claras, hay quien piensa que aunque los mayores, debido al aumento de las probabilidades de supervivencia y a la mejora de su estado de salud, tienen más tiempo libre, esto no conduce necesariamente a un aumento de las actividades de ocio (Rodríguez Rodríguez, 2002: 114); según este punto de vista, más que tiempo libre, lo que queda a los mayores es tiempo vacío, lo que podría conducir a una "situación de hastío permanente" (Iglesias, 2001: 39). La razón de la falta de actividades de ocio en el tiempo de los mayores podría ser simplemente el resultado de que continúan realizando las mismas que en fases anteriores de su curso vital, porque tras la jubilación, las personas mayores practican lo que aprendieron (Bazo, 2001: 57). En este caso podría existir un componente generacional, puesto que las personas que hoy son mayores

llegaron tarde al desarrollo de la sociedad de consumo y del ocio (Díaz de Rada, 2001: 16 y ss.). Podríamos pensar, que los miembros de estas generaciones centraron sus vidas de adultos en el trabajo o en el cuidado de la familia con tanta exclusividad que no pudieron desarrollar aficiones o actividades de tiempo libre que pudieran desplegarse en la vejez. Este enfoque niega, de alguna forma, la capacidad de aprendizaje y adaptación de los mayores, aunque no exista prueba alguna que demuestre que esas capacidades disminuyan con la edad o estén ausentes en la vejez (Ginn y Arber, 1996: 25).

Aún con estas definiciones tan estrechas del uso del tiempo que realizan los mayores, parece que existen diferencias sustanciales entre hombres y mujeres. Para Freixas (1993: 146) la mayoría de las actividades de las mujeres mayores son “de carácter individual, domésticas y de cuidado de otros”; Pérez Díaz (2000: 16 y ss.) destaca la contribución de las mujeres mayores al mantenimiento de la unidad de las familias, un objetivo que requiere de las mujeres una considerable inversión de tiempo y energías. Por lo que se refiere a las actividades de ocio, entre las mujeres se produce una cierta continuidad de su rol de amas de casa extramuros del hogar, ya que buena parte de su tiempo libre está dominado por actividades basadas en costumbres domésticas, aunque también se inclinan hacia las actividades de contenido cultural (Bazo, 2002: 57). Fericgla (1992: 207) traza un mapa bastante completo de las actividades que llenan el tiempo libre de hombres y mujeres: las mujeres acuden a cursillos y talleres de actividades manuales y participan en otras dirigidas al cuidado del cuerpo, es decir, su tiempo libre se reparte en actividades típicamente femeninas como son las par-domésticas y las de cuidado corporal, y en actividades culturales; los hombres, sin embargo, se inclinan más por la práctica de actividades de aire libre y por los juegos de azar. Y es que, en la vejez, se sigue vinculando culturalmente a las mujeres con el hogar y a los hombres con espacios exteriores a éste (Sancho y otros, 2002: 333). Sin embargo, no siempre el tiempo de unas y otros es independiente, Wilson (1996: 149) señala que, tras la jubilación, muchos hombres casados “se ven arrastrados” por su mujeres a la realización de nuevas actividades. Según Wilson esto sucede porque al finalizar la vida activa los hombres caen en el ámbito doméstico, que es el ámbito de decisión propio de las mujeres; entonces ellas toman el control de muchas cosas, incluyendo el de la distribución del tiempo de la pareja.

Según el *Informe 2004* (Sancho y otros, 2005: 550), “las actividades más frecuentes en la vida cotidiana de los mayores son, por este orden: ver la televisión, estar con personas de su edad, ir al parque, oír la radio, hacer la compra y reunirse con amigos”. Uno de los aspectos más destacados en el uso del tiempo de los mayores ha sido precisamente su intensa exposición a la audiencia de medios de comunicación. En efecto, según la misma fuente, nueve de cada diez mayores ven la televisión todos o casi todos los días y más de cinco de cada diez oyen la radio con la misma frecuencia. Esta elevada frecuencia vendría a confirmar la idea comúnmente aceptada de un ocio pasivo y con actividades poco significativas. En otras ocasiones me he opuesto a esta interpretación por considerar que simplifica excesivamente este fenómeno (Pérez Ortiz, 2003: 303; Sancho y otros, 2002 y 2005) fundamentalmente porque la audiencia de medios no necesita exclusividad para su realización, es decir, que se puede

estar viendo la televisión u oyendo la radio mientras se hacen otras cosas, porque la televisión puede ser simplemente un sonido de fondo que hace compañía en un hogar que la marcha de los hijos ha dejado en silencio; o porque esos medios de comunicación, al funcionar con arreglo a esquemas horarios uniformes, pueden contribuir a estructurar el tiempo de los mayores. Cabría añadir una razón adicional, y es que el resto de la población comparte esa elevada exposición a los medios audiovisuales. Para todos ellos la televisión es una fuente de entretenimiento, pero también de información. En cualquier caso, también parece existir una diferencia de género en esta actividad, y es que los hombres oyen más la radio y leen más la prensa que las mujeres (Sancho y otros, 2002).

Las diferencias de género se extienden a otras actividades y, en general, a la definición y a la aceptación misma del tiempo libre de los hombres y las mujeres mayores. En el *Informe 2004* (Sancho y otros, 2005: 551) se plantea la hipótesis de que, desde un punto de vista colectivo, el ocio de los varones es más aceptable que el de las mujeres. La razón de esta norma de género reside en que para los hombres mayores el derecho al ocio se sigue del abandono de su actividad principal, la profesional; la jubilación se entiende fundamentalmente como un derecho conquistado al descanso tras una larga vida de trabajo. Las mujeres, sin embargo, no han abandonado su actividad principal, el cuidado del hogar y la familia y, por tanto, no han conquistado derecho alguno. Si esta norma social existe, los varones podrían desarrollar cualquier actividad de ocio, incluso, dedicarles todo su tiempo con toda naturalidad, porque cuentan con la sanción positiva del resto de la colectividad. Para las mujeres la norma operaría de forma muy distinta, si el ocio de las mujeres mayores no cuenta con el juicio positivo de su medio social, es muy probable que las mujeres no realicen abiertamente estas actividades con el fin de evitar la sanción social. En términos generales, es cierto que las mujeres realizan menos actividades de ocio, claro que bien podría ser porque sus labores domésticas no les dejan tiempo, porque aunque la carga de trabajo se reduzca e la vejez con respecto a lo que sucedía en etapas anteriores de la vida, aún necesitan dedicar una parte importante del día a estas tareas. Pero también hay algún indicio de que el reparto del tiempo de hombres y mujeres mayores responde a esa norma social que supone sanciones de distinto signo para el ocio de unos y otras. El indicio más revelador podría estar en una actividad que realizan con asiduidad los mayores, se trata de la compra. Sucesivas ediciones del informe del Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO (Sancho y otros, 2002 y 2004) recogen una diferencia sustancial en la frecuencia con la que varones y mujeres realizan las compras cotidianas, en la última edición se recogen los resultados de una encuesta realizada a 2.000 personas de 65 o más años según la cual el 39,3% realiza compras a diario o casi a diario, la proporción es importante (ya hemos visto unas páginas atrás como esta es la actividad doméstica en la que los varones casados más colaboran con sus esposas), pero la proporción de mujeres que realizan esta actividad con la misma frecuencia es mucho más alta: el 65,4%. La explicación de esta diferencia podría ser simple y llanamente que la compra es una actividad doméstica, vinculada al desempeño del rol de ama de casa y, por tanto, más vinculada a las mujeres que a los varones, sin embargo, la compra es también una actividad social, que requiere la interacción con otros, y que se realiza fuera del ámbito

doméstico. Si la compra se realiza en lugares en los que se ha realizado durante muchos años, esta actividad puede proporcionar la ocasión para mantener relaciones sociales con personas a las que se conoce desde hace tiempo y con las que, posiblemente, la relación se ha ido estrechando año a año hasta el punto de aproximarlas a una relación de amistad. Además, la compra puede ser, para las mujeres mayores, un pretexto para salir a la calle o una forma de salir eludiendo la sanción negativa. Es muy probable que esa sanción negativa que otorga la colectividad se transforme en las mujeres mayores en una cierta *ética de la ocupación*, que no les permita manifestarse abiertamente como ociosas (Pérez Ortiz, 2003: 304), algo que sí estaría permitido a los varones, porque ellos “ya han cumplido” con sus obligaciones (las laborales). De esta forma, la compra se convertiría en las mujeres en una actividad mixta, en parte derivada de sus obligaciones como amas de casa y en parte liberadora de tales obligaciones, como actividad de ocio equivalente a otras que los varones desarrollan con mayor asiduidad como pasear o reunirse con amigos en algún lugar fuera de su vivienda.

Otras normas de género se encuentran en los lugares en los que se despliegan las actividades de ocio de hombres y mujeres, por ejemplo, los bares y cafeterías que frecuentan, sobre todo, los varones. También las asociaciones, clubes y sociedades recreativas y los lugares de sociabilidad específicos para mayores. A cambio, las mujeres van más a la iglesia: según la encuesta en la que se basa el *Informe 2004*, el 58,5% de las mujeres la frecuentan al menos una vez a la semana, frente al 34% de los hombres. Quizá esta actividad, como la compra, actúe también como *actividad-refugio* o como actividad *cuasi-social*, en la que se mezclan el ocio con otro tipo de motivos, acudir a la iglesia puede significar también, además de cumplir con el precepto religioso, realizar intercambios sociales con personas a las que se conoce desde hace tiempo y con las que existe una comunidad de intereses y experiencias. También es cierto que en otras actividades las diferencias aparecen cada vez más difuminadas, por ejemplo en las compras no cotidianas (lo que conocemos coloquialmente por “ir de compras”, frente a “hacer la compra”, que se refiere a la compra diaria), las mujeres acuden con mayor frecuencia (18,3% todas las semanas, frente al 12,3% de los hombres), pero la diferencia no es muy importante, quizá porque esta actividad implica desplazamientos a cierta distancia, probablemente en automóvil, en cuyo caso las mujeres, que mayoritariamente no conducen, necesitan el concurso de los varones. Algo parecido puede suceder con las visitas a familiares que viven en otros domicilios, quizá por idénticas razones. Quizá más sorprendente es la similitud en la frecuencia con la que hombres y mujeres mayores mantienen contactos con niños y jóvenes, hay que tener en cuenta, además, que buena parte de esas actividades implican seguramente labores de cuidado. Por otra parte, en actividades como las relacionadas con la formación o el voluntariado, aún siendo minoritarias, la implicación de las mujeres mayores es mayor que la de los varones.

CONCLUSIONES: ENVEJECER EN FEMENINO

La primera conclusión que se extrae de las páginas anteriores es que, efectivamente, la experiencia de la vejez es diferente para hombres y mujeres. Una buena parte de esas diferencias tienen un origen biológico porque las probabi-

lidades de supervivencia de unos y otras son distintas: por un lado, la vejez no será una experiencia para una proporción mayor de hombres que de mujeres, pero una vez llegados a la vejez, todavía existen diferencias y, en general, la vejez de las mujeres es más larga. El diferencial de longevidad entre hombres y mujeres tiene un reflejo mecánico en el estado civil y éste, a su vez, en las formas de convivencia. No son las normas sociales las que establecen, por ejemplo, que haya muchas más mujeres que hombres viviendo en soledad, es que hay más mujeres viudas que hombres viudos.

Las diferencias sociales empiezan a manifestarse después, en la vivencia del matrimonio y, sobre todo, en la división del trabajo doméstico y en las funciones de cuidado que asumen las mujeres. La vejez femenina está dominada por su continuidad en el rol tradicional de amas de casa, pero este rol se intensifica en esta fase del curso vital a través del cuidado de otros miembros de la familia. En general, las mujeres mayores cuidan a sus esposos, tengan o no problemas de salud o de autonomía personal, una proporción importante asumen el cuidado de los hijos que no han formado sus propias familias y que permanecen en los hogares de sus madres, otra proporción también considerable se ocupa del cuidado de sus nietos. En el trabajo que aquí se presenta llamamos al primer fenómeno "crianza prolongada", el cuidado de los nietos podría considerarse de manera similar, como una "segunda crianza" o una "segunda carrera de crianza". Esta segunda carrera se está imponiendo cada vez con más fuerza como función de las mujeres mayores que ya han abandonado su vida productiva y/o reproductiva. Aunque muchos varones están participando también en el cuidado de otras personas, las obligaciones no constriñen de la misma forma a los hombres. Todas estas obligaciones suceden en un ámbito de la experiencia, el familiar, que es especialmente relevante en la configuración de los sentimientos generales ante la vida de los mayores.

Las diferencias de género se proyectan también en las actividades que llenan el tiempo de los mayores. Los hombres participan más en actividades que se realizan al aire libre y que requieren mayor actividad; las mujeres en actividades para-domésticas, en las que se realizan dentro de los límites del hogar y con un carácter más pasivo. Es muy probable que tras esta distribución del tiempo exista una norma general que sanciona positivamente el ocio de los varones, pero no el de las mujeres. En el caso de los hombres el ocio se justifica porque sus obligaciones han terminado cuando lo ha hecho su actividad profesional, para la actividad principal de las mujeres, el cuidado del hogar y la familia, no existe sin embargo, jubilación. Se ha aventurado la hipótesis de que las mujeres utilizan algunas actividades como forma de eludir esta norma y, pareciendo ocupadas, encuentran en ellas la ocasión de interactuar con otros y salir de sus casas. No obstante, en algunas actividades las diferencias entre hombres y mujeres no responden ya a la visión estereotipada de actividades propiamente femeninas o masculinas y, en este sentido, los rígidos límites de los roles tradicionales de género están empezando a hacerse más difusos.

BIBLIOGRAFIA

- ARBER, S. y GINN, J. (1996): *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea.
- BAZO, M. T. (2001): *La institución social de la jubilación: de la sociedad industrial a la postmodernidad*. Valencia: Nau Llibres.
- (2002): “La institución social de la jubilación y las personas jubiladas”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, número especial “Jubilación flexible”, 241-254.
- BENGTSON, V.; ROSENTHAL, C. y BURTON, L. (1990): “Families and aging: diversity and heterogeneity”, en BINSTOCK, R. y GEORGE, L. (eds.): *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego: Academic Press, 263-281.
- DE MIGUEL, A. (2002): *Las transformaciones de la vida cotidiana en el umbral del siglo XXI*. Madrid: CIS.
- FERICGLA, J. M. (1992): *Envejecer. Una Antropología de la ancianidad*. Barcelona: Anthropos.
- FREIXAS, A. (1993): *Mujer y envejecimiento: aspectos psicosociales*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- GÓMEZ REDONDO, R. (1995): “Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida de la población española, 1970-1990”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71-72, 79-108.
- GUIJARRO MORALES, A. (2001): *El síndrome de la abuela esclava. Pandemia del siglo XXI*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- HUI, Y. F. (2000): “Ageing in developing countries”, *Ageing International*, Spring, 47-57.
- IGLESIAS, J. (dir.) (2001): *La soledad de las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: IMSERSO.
- LOPATA, H. Z. (1996): *Current Widowhood*. Londres: Sage.
- MAQUEIRA, V. (comp.) (2002): *Mujeres mayores en el siglo XXI. De la invisibilidad al protagonismo*. Madrid: IMSERSO.
- MEIL, G. (2001): “La otra cara del desafío demográfico a la protección social: los desafíos derivados del cambio familiar”, *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 36, 95-116.
- MORGAN, L y KUNKLE, S. (1996): *Aging. The social context*. London: Pine Forge.
- ORTEGA, M. (2002): “La vejez en la historia moderna”, en MAQUEIRA, V. (comp.): *Mujeres mayores en el siglo XXI*. Madrid: IMSERSO.

- PÉREZ DÍAZ, J. (2001): *Transformaciones sociodemográficas en los recorridos hacia la madurez. Las generaciones españolas de 1906-1945*.
- (2004): *La Feminización de la Vejez*. Madrid: IMSERSO.
- (2003): *Envejecer en Femenino. Las mujeres mayores en la España de comienzos del siglo XXI*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- QUADAGNO, J. (1999): *Aging and the life course*. Boston: Mac-Graw-Hill.
- REQUENA, M. (1995): "Estructuras familiares complejas: la formación de las familias múltiples en España", *Revista Internacional de Sociología*, 10, 59-86.
- RODRÍGUEZ, J. A. (1994): *Envejecimiento y Familia*. Madrid: CIS.
- SANCHO, M.T.; ABELLÁN, A. y PÉREZ ORTIZ, L. (2002): *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: IMSERSO.
- SANCHO, M.T.; ABELLÁN, A. y PÉREZ ORTIZ, L. (2005): *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid: IMSERSO.
- TOBÍO, C. (2001): "Cambio social y solidaridad entre generaciones de mujeres", en MAQUIEIRA, V.: *Mujeres mayores en el siglo XXI*. Madrid: IMSERSO.
- WILSON, G. (1996): "'Yo soy los ojos y ella los brazos': cambios en los roles de género en la vejez avanzada", en ARBER, S. y GINN, J.: *Relación entre género y envejecimiento*. Madrid: Narcea, 141-62.

EL PENSAMIENTO POSITIVO

ANABELLA MARTÍNEZ PÉREZ

UN LARGO CAMINO

A lo largo de la historia, los seres humanos han construido interpretaciones de su tránsito por la tierra necesariamente dicotómicas e idealistas cuyo último sentido residía en oponer un pensamiento “positivo” a la cruda realidad en la que se desenvolvía la vida. Los fenómenos naturales impuestos férreamente por la naturaleza –la muerte, el dolor, el odio– no podían ser aceptados fatalmente, pues conducían a un derrotismo que hubiera sido letal para la especie. Contra lo *negativo* que venía impuesto por la naturaleza hubo de surgir primariamente lo *positivo*, que debió ser “construido” desde los orígenes a base de interpretar el mundo bajo el prisma de la superación de la fatalidad, real o material (instrumental) e ideal (intelectual). La insondable realidad se fue recomponiendo mentalmente a base de oponer contrarios. Los hombres sabían que indefectiblemente morirían por el frío y el hambre, o a causa de la vejez o la enfermedad, contra lo que opusieron su capacidad física y mecánica de resistencia, pero tuvieron un recurso más importante que en su evolución ha conducido a la sociedad actual: el pensamiento.

El pensamiento no sólo permitió a los primeros hombres construir útiles de piedra o conocer el secreto de los metales, sino que también les condujo a la “rebelión contra la fatalidad”, elaborando interpretaciones que, aunque no tuvieran soporte empírico, produjeron uno de los primeros componentes *sentimentales* del *homo sapiens*: la esperanza. Desde mucho antes que los griegos, los hombres se “rebelaron” contra la naturaleza, incluso contra la muerte segura y constatada, proponiendo fórmulas abstractas de regeneración –resurrección, reencarnación, tránsito a otro mundo, etc.–, bien conocidas a través de los monumentos funerarios de la antigüedad, megalitos, pirámides, etc. Crearon lo que llamamos *pensamiento mítico*, un conglomerado de creencias no constatables empíricamente pero sumamente eficaces. Sólo hay que pensar en lo que estaban dispuestos a hacer por conservarlo y transmitirlo –cruces rituales de iniciación, antropofagia, sacrificios humanos, etc.– para comprender la importancia suma que tenían las elaboraciones mentales para su supervivencia.

Se trataba de una supervivencia como individuos, pero también como colectividad, como grupo que se defiende en común, lo que era necesario

biológicamente, pero también “espiritualmente”. Así las elaboraciones mentales *esperanzadoras, sentimentales, espirituales*, se fueron haciendo más complejas y abstractas, convirtiéndolas en signo identificativo del grupo. Precisamente, la defensa del grupo, necesario para luchar contra la naturaleza, y su supervivencia generacional siempre amenazada se convirtieron en una primera necesidad colectiva de búsqueda de *argumentos esperanzadores*, lo que acarreó las primeras interpretaciones unificadas y codificadas, la antesala de las religiones.

En este primer estadio, el pensamiento mítico tuvo que vencer las primeras resistencias derivadas de la dificultad de aceptar ideas no constatables. Por ejemplo: por más que se ofrecieran sacrificios humanos, el volcán no dejaba de arrojar lava y gases mortales. Contra la realidad “negativa” hacia falta la magia, un pensamiento mucho más elaborado y que además exigía el concurso de un “especialista”, dispuesto no sólo a interpretar sino a demostrar. El pensamiento se hacía así herramienta y, como tal, evolucionaba.

Se fueron elaborando ideas más complejas, en las que empezaban a aparecer conceptos abstractos (la anticipación al efecto, la predicción, etc.), todos ellos obtenidos de las primeras observaciones sobre el comportamiento real de los hombres. Magia y mito dieron las primeras explicaciones al origen de los hombres y a su sentido, en ésta y otras vidas. Compusieron las grandes explicaciones, cosmogonías y teleologías, y fueron sintetizando como “actos humanos” las primeras observaciones sobre el comportamiento y la reacción contra los fenómenos naturales. A los fenómenos negativos se les oponían esperanzadoramente los actos de los propios hombres: al dolor se le combatía con las primeras drogas –ya hay que tener en cuenta el efecto placebo-, a la enfermedad con los primeros remedios curativos, a la muerte con los primeros “auxilios espirituales”, pues pronto empezó a aparecer la idea de paraíso, reencarnación, etc.

El hombre vivió así durante siglos y, aunque nos parezca menos irreverente después de esta explicación antropológica, en parte mantiene el mismo pensamiento: las drogas contra el dolor han evolucionado, los remedios curativos también, y los auxilios espirituales contra la muerte siguen manteniendo el mismo ideal de “rebeldía” que hace milenios. Dios sigue venciendo a la muerte en la casi totalidad de las religiones. El origen de este complejo salvífico es reconocible. El que cura es el mismo (con una nueva magia especializada, la ciencia) y disfruta del mismo respeto que el que auxilia (con un nuevo papel, más global y seguro tras las aportaciones de la filosofía, la teología, pero también del conocimiento del comportamiento humano). Todavía, por lo general, el que auxilia espiritualmente es el que mantiene el más alto signo identitario (no hace falta buscarlo en el Islam; está presente en la mismísima USA).

Desde Aristóteles, todo hombre se hacía “útil” socialmente, un concepto que llega a su cenit en el cristianismo, pues el Dios hecho hombre redime a toda la humanidad, incluidos los pobres o los esclavos. Todos somos hijos de Dios. El Cristianismo se predica como un credo unificador y teleológico, pues propone un punto originario –paraíso primitivo- y un objetivo –la salvación-, siempre que el pecado (negativo) sea combatido con la virtud (positivo). *Todos* los hombres albergan *toda* la esperanza.

La feliz reelaboración cristiana de ideas que ya existían en otras religiones y pueblos del Oriente Medio se ha constituido a lo largo de los siglos en el mejor bálsamo para activar la “rebelión contra la realidad”. El propio Cristo fue un rebelde. Así que durante siglos, el credo unificador sustentó un pensamiento positivo universal y coherente. (En otras partes del mundo se desarrollaron religiones que, en suma, proponían modelos parecidos de coherencia y unificación, en los que no nos detenemos).

Así, podemos afirmar que una manera de “pensamiento positivo” basado en la “esperanza no comprobable” ha estado siempre vigente en la humanidad en su larga evolución. Pero lo verdaderamente notable es que lo ha estado hasta hace poco y que, en buena parte, lo sigue estando. Y más aún: sigue estándolo en un alto nivel dentro de la jerarquía, ideal y factual, que rige el mundo. Basta con repasar la lista de “científicos” (“defensores de la realidad”) que han sido “expulsados del grupo” por los “defensores a ultranza de una “esperanza no comprobable” –pensemos en Galileo o en Miguel Servet- para comprender que, como dirían los fundamentalistas de cualquiera de las elaboraciones ideales del mundo, *fuera de nuestro credo no hay salvación*. Y el credo, como bien dice Luis Rojas Marcos, es el que proporciona el “optimismo”, una necesidad vital que acompaña al hombre desde hace milenios y que es la base de todas las religiones o creencias codificadas. En conclusión, esperanza y optimismo, en una forma u otra, más o menos reelaboradas a través del mito, la magia, la religión, la filosofía o la ciencia, han sido la base de una inclinación innata al “pensamiento positivo”¹.

NUEVOS PROBLEMAS, NUEVAS SOLUCIONES

Luis Rojas Marcos piensa que el “carburante del progreso” ha sido precisamente esta inclinación al optimismo; incluso se recrea en una frase de Helen Heller que recalca que “ningún pesimista ha descubierto el secreto de las estrellas, ni ha navegado por mares desconocidos, ni ha abierto una nueva puerta al espíritu humano”. El doctor Rojas Marcos da la lista de algunos de esos “filósofos melancólicos”, que siguieron “planteamientos pesimistas de la existencia”. Entre ellos cita a Hobbes, Nietzsche, Heidegger, Sartre y hasta Ortega y Gasset. También incluye a Kant, incomprensiblemente pues el gran filósofo del Racionalismo y la Ilustración ratificó una de las ideas más optimistas que ha creado la humanidad, como es la idea del *progreso humano permanente* (uno de los mitos que sustentan nuestra civilización). Kant llegó a decir que por mal que le viniera dado a la humanidad, siempre habría aunque fuera una exigua minoría que seguiría en el camino de la razón, el progreso, la felicidad, etc. El escepticismo de Hume tampoco está basado en el pesimismo, pues el filósofo escocés lo que quiso ante todo fue liberar al hombre de sus mitos y su irracionalidad para hacerlo más fuerte (precisamente avanzando ya lo que hoy

1. Rojas Marcos, Luis. (2005): *La fuerza del optimismo*. Madrid: Aguilar.

llamamos pensamiento positivo). En parte, Nietzsche proponía lo mismo: su superhombre no era un forzado, sino un optimista que mira a la realidad falseada descubriendo las mentiras con que se la encubre).

Pero es que Rojas Marcos identifica el “pensamiento positivo” con aquel primer pensamiento, sentimental, promisorio, optimista y cohesivo que el hombre ha venido construyendo desde su origen, desde aquella primera “rebeldía contra la realidad” y que Rojas Marcos sintetiza en las ideas de Leibniz, para quien éste es el mejor de los mundos posibles, sólo que el hombre no lo acepta por pretender imposibles. Voltaire, que no aparece entre los acusados precisamente –de su alegría de vivir poco hay que decir-, refutó ya este pensamiento “infantil” en su *Candide*, la obra más decisiva contra el autoengaño que, en suma, se basa en descubrir la manera de contentarse, oponiendo a los pensamientos negativos –que son los más abundantes, según el doctor- otros positivos. Es decir, volviendo a la dicotomía que dio origen al mito y a la magia, sólo que ahora dominándola con un cerebro más evolucionado y unas técnicas, terapias, capaces de modelar el comportamiento en la mejor línea del conductismo o del primer experimentalismo psicológico.

En nuestra opinión, el pensamiento positivo es mucho más que la contraposición con el pensamiento de los “filósofos melancólicos”, que, dicho sea de paso, tuvieron muy pocas posibilidades de entregarse al optimismo, especialmente Heidegger o Sastre, testigos –trágicamente mudos- y víctimas ante los genocidios hitleriano y estalinista. Tampoco el pensamiento positivo es el producto de la moderna psicología “práctica” de la sociedad opulenta, que exige milagros para ser felices hasta el último minuto. En realidad, el pensamiento positivo es una respuesta clásica, producto de la civilización y de la afirmación del individuo en el mundo, libre de complejos y de ataduras, cuyo origen está en la Ilustración, y que no es sino la negación de la falsificación permanente que la sociedad impone cada día a través de sus más poderosas armas de anulación de la capacidad crítica del individuo y de su entorno social.

Desde la Ilustración, la “aspiración a la felicidad” no puede ser un autoengaño, ni los avances sociales, fruto de “filósofos melancólicos” que con su pesimismo han venido a aguaros la fiesta. No podemos repetir la pasividad de aquella moribunda gallega que le decía al cura, respondiendo a su creencia sobre la resurrección: “sí padre, sí que creo que resucitaré, pero ya verá usted como es mentira”. La “filosofía del optimismo” no debe consistir en el rechazo mecánico de los pensamientos negativos. Por el contrario, el pensamiento positivo debe arraigar en lo más profundo del ser humano: su *necesariedad* como individuo y como miembro de la sociedad en la que vive y su *plena realización* como *homo*, es decir, como “experimento” único e irrepetible en una naturaleza perfectamente dominada por una explicación que hoy ya no está abandonada a su mitificación, sino que permite su explicación racional.

Los necesitados de “terapias” a base de “pensamiento positivo” suelen ser personas que lo primero que manifiestan es su inutilidad, su periferización con respecto a los demás, su anulación como individuos; suelen ver a los demás, en sus diferentes roles -familiares, amistades, colegas, políticos- como el origen de sus frustraciones, pero pronto suelen olvidar las causas para profundizar en el

problema propio, es decir: en verse a sí mismas, a sus deficiencias y dificultades, como el *único* problema. Intentando resolverlo, suelen dejarse llevar por un conjunto de elaboraciones mentales en que la realidad es menos importante que la manera en que la perciben, por lo que generan constantemente “pensamientos negativos” conducentes a la inacción y, en último término, a las soluciones de autocompasión.

En apariencia, se trata de seres inermes y pasivos, por lo que no pueden generar sentimientos de atracción de los demás, que finalmente acaban excluyéndoles. Objetivamente, no aportan nada agradable, por lo que es comprensible su exclusión, o mejor dicho, su autoexclusión, lo que, en el conjunto de “pensamientos negativos” con que viven estos individuos, vuelve a darle la razón: aparecen entonces soluciones del tipo “soy un desastre”, “no valgo para nada”, o peor aún: “tenía que ser así”, “yo llevaba razón”. Así se cierra el círculo. Terminan las esperanzas, no hay “pensamiento rebelde”, ni consuelo en las codificaciones uniformadoras e identitarias.

Contra esta invasión del pensamiento negativo, el primer problema a abordar es el de la *necesariedad*. Por mal que estén las cosas, toda persona es capaz de aportar algo. Y de pedir algo a cambio. Lo que ocurre es que en esa ecuación dialéctica “doy-me dan” falla uno o los dos términos. Equilibrarla es la primera actuación en el pensamiento positivo y para ello hemos de empezar por mostrar que, en efecto, aún en el peor de los casos, el individuo tiene capacidad para reflexionar sobre sí y sobre sus problemas, y no es que lo haga mal, sino que debe hacerlo de otra manera. *Debe pensar de otra manera*. En la medida en que logremos su colaboración en este cambio habremos abierto el campo para el “pensamiento positivo”.

Será muy importante hacer comprender después que todo puede ser explicado racionalmente sin recurrir al pensamiento dicotómico, rechazando de plano la oposición entre malo y bueno, entre realidad e idealidad, entre lo fatal y lo humano. Lo malo no es lo que se te opone. A veces, precisamente, lo que se te opone puede ser lo bueno, en la línea del consejo nietzscheano “lo que no me mata me hace más fuerte”. Pero para empezar habrá que evitar los contrarios y llamar a la actuación con objetivo positivo. El propio Kant, al que hemos visto en la lista de los “pesimistas”, decía que “la mayor felicidad es ser su causante”. Llamamientos a la acción como primer remedio están presentes, desde antiguo, en la mayor parte de los estudios dedicados al tema².

Así, pues, en esta sociedad compleja, capaz de periferizar a un número cada vez más creciente de individuos, lo importante del pensamiento positivo es la idea de que un ser humano es el agente de su propia vida, que ha de ser *vivida*,

2. Rojas Marcos, Luis. (1999): *Aprender a vivir*. Barcelona: Fundación La Caixa. Marías, Julián (1987): *La felicidad humana*. Madrid: Alianza Editorial. De especial interés, pues el autor fue en su niñez y juventud un ser desgraciado, que incluso pensó en el suicidio, Russell, Bertrand (1999): *La conquista de la felicidad*. Madrid: Austral (la primera edición es de 1930).

sí, pero también *pensada*. Bertrand Rusell, en *La conquista de la felicidad*³ concluye que, precisamente, esta capacidad de ser agente es la base del entusiasmo, y que ese entusiasmo es una de las claves de la felicidad. El pensamiento positivo es, pues, activo y ha de generar “activistas” en pro de labrar la propia felicidad, pero siempre teniendo en cuenta que la felicidad no es un fin absoluto -en ese caso, volveríamos a los mitos de la “rebelión contra la realidad”-, sino el mejor medio para afrontar el experimento que es la propia vida. Lograr un conjunto de ideas que impulse la capacidad de ser agentes entusiastas y optimistas es la base del pensamiento positivo. Como decía Unamuno, no son nuestras ideas las que nos hacen optimistas o pesimistas, sino nuestro optimismo o pesimismo los que hacen nuestras ideas.

EL PENSAMIENTO POSITIVO Y SU EVOLUCIÓN

La base del pensamiento positivo es, pues, una actitud, que obviamente debe ser alimentada desde el plano cognitivo más que desde la modificación del comportamiento⁴. Algunos psicólogos confían en que actuando sobre el comportamiento la mente elaborará “pensamientos positivos” de manera natural (como lo ha hecho el hombre desde el origen). Por ejemplo, si tu pensamiento negativo proviene de ver la crueldad y el sufrimiento que aparece en la televisión constantemente, cambia de canal y mira otro con noticias alegres. Sin embargo, esta práctica conducirá a una pasividad que paulatinamente hará reaparecer otros pensamientos negativos, pues la realidad no puede ser escondida. De ser así, volveríamos a las atávicas fórmulas de “rebelión contra la realidad”, de “explicación sentimental”, basadas en las creencias, que hoy aparecen mejor y más fundamentadas debido al progreso científico (creencia en la medicina que todo lo cura) y a la evolución de la mayoría de las religiones, suministradoras de verdaderas terapias salvíficas (proliferación de las sectas), bálsamos sentimentales panteístas y códigos identitarios (cohesión interna del grupo por medio del amor, de la paz interior, etc.). En realidad, ésta es la salida más generalizada (y seguramente, la que más tranquiliza a los gobiernos del mundo, que obviamente, tratan de extender como remedio universal).

Otra salida poco aconsejable si no se toma como un medio complementario y se racionaliza es lo que podríamos llamar la “hiperactividad ociosa”, es decir: estar siempre haciendo alguna actividad de tipo taichí, danza del vientre, ascensiones alpinas, aeróbic, “machacarse” en la bicicleta estática o en la cinta de andar. Lo que puede ser un grato complemento de la salud física y la homeostasis puede conducir a la frustración, pues un cuerpo más esbelto –pongámonos en

3. Sobre el interés de este libro, publicado en los años treinta, da prueba las numerosas ediciones realizadas. Recientemente, el diario *El País* lo incluyó entre los libros que se adquieren con el periódico.

4. Seligman, Martin E.P. y Csikszent Mihaly (2000): “Positive psychology: an introduction”, *American Psychology* 55, pp. 5-14.

el mejor de los casos- no suele conducir al éxito social que nos habíamos propuesto. Obviamos comentarios sobre otras actividades autoimpuestas del tipo “dominar nuestra voluntad” que a veces llevan a reacciones próximas al “sufrimiento salvífico” y que, habiendo sido prácticas de algunas religiones, no suelen estar tan en regresión como parece.

En parte, muchas de estas soluciones, antes “globalizadas” en las grandes religiones, se han fragmentado y han inundado otros ámbitos, superando los primeros objetivos “ideales” –la interpretación esperanzadora- y proponiendo otros de carácter “material”. Un ejemplo es la idea de la “felicidad permanente”, no ya como aspiración ideal, sino como realización *aquí y ahora*, como una obligación. La sociedad actual parece estar en condiciones de ofrecer soluciones para todo, pero sobre todo, para que los seres humanos sean constantemente felices. Podría decirse que la aspiración a la felicidad permanente es el signo de nuestra época y, por ello, es constantemente relacionada con los otros grandes símbolos: el éxito en el trabajo, la fortuna personal, el mantenimiento de la pareja o la familia, etc. Se llega, de hecho, a un automatismo, que se refleja en los medios de comunicación audiovisual, en la publicidad o en las promesas políticas: “persona de éxito-persona feliz”, lo que ha producido el contrario, expresado humorísticamente, “los ricos también lloran”.

Pues, a pesar de los envoltorios que generalmente sirven para ocultar la realidad –solución “mirar hacia otro lado”, la actual “dictadura de la felicidad” sólo se basa en un contrario material, la ausencia de dolor. Evitar cualquier dolor llega a ser una obsesión, incluso cuando se trata de un dolor insuperable: por ejemplo, la madre que pierde a un hijo en un accidente de tráfico necesita “cuidados psicológicos”, pues hay que evitarle el dolor. Resulta imposible lograrlo, obviamente, pero se recurre al bálsamo, esta vez de mano de la ciencia, igual que en las primeras explicaciones atávicas sentimentales “rebeldes” se recurría a la magia o al mito. Pero ahora ya no se trata de una promesa difícilmente alcanzable o una interpretación “no constatable” basada en su poder tranquilizador, sino que es predicada como realmente alcanzable. La madre debe sufrir menos, *aquí y ahora*. La ciencia psicológica –y la farmacéutica- se ocupará de ello. El viejo consejo que hacía de las lágrimas una terapia –dejadla que lllore- ha sido arrinconado. En los funerales, lo que se estima es la entereza y la ausencia de lágrimas. Cuando algún deudo no puede contener el llanto, se dice “se ha derrumbado”.

Al margen de actos individuales, el problema es que quizás, aparentemente, pueda incluso superarse el dolor, pero aún en ese caso, en la realidad, es innegable que sólo el grupo privilegiado parece estar en condiciones de conseguirlo. Por más que se quiera mirar hacia otro lado, la sociedad compleja se muestra amenazadora en cualquier aspecto de nuestra vida, incluso cuando anuncia sus propios métodos paliativos, que pronto son desenmascarados pues se basan en la ocultación de esa realidad terrible que ya no admite promesas. Un ejemplo: la muerte. El fin de la vida que hasta muy poco se envolvía en la mayor promesa y en el centro de la coherencia de todas las soluciones “rebeldes”, ha pasado a ser un acto social en el que lo más importante es la ocultación del propio acto de morir. Se puede decir que en los modernos tanatorios, con hilo

musical, cafetería y aire acondicionado, el muerto desaparece. El cadáver, que apenas se ve entre cristales y flores; ha sido maquillado, y todo está perfectamente decorado y ambientado para que nadie piense en la muerte. Sólo la breve visita protocolaria del *pa ter*, que pronuncia algunas palabras del viejo rito esperanzador, devuelven a la comitiva a la reflexión; pero pronto pasa y comienzan otros ritos igualmente ocultadores. Otro caso es el de las catástrofes naturales. Rara vez permanecen como titulares en los periódicos más de dos o tres días. Y aún puede ser más terrible si comparamos la duración de una catástrofe en un país pobre o en un país rico.

Así, lo que un día suscitó el discurso más promisorio y tranquilizador se vuelve fatídicamente real e intranquilizador para la mayoría, por más que se quiera ocultar.⁵ Pues, en definitiva, como decía Jean Ziegler⁶, a nadie escapa que el “acto del vencimiento” depende también de las condiciones de vida, nivel económico, etc. Y esto, por más que se quiera ocultar, forma parte del complejo mental de pensamientos primarios. Cuando se constata que con sólo un euro podrían salvarse de la malaria varios niños y que una operación de cirugía estética puede valer millones es normal que se produzcan situaciones críticas y vuelva el derrotismo (lo que desde el origen el hombre trató de vencer *rebelándose*). Antes, las soluciones promisorias se ofrecían a todos, incluso eran la base de la coherencia identitaria; en la sociedad desarrollada, la clave es precisamente la diferenciación. Por ejemplo: todo el mundo habla de “medicina de ricos” y “medicina de pobres”.

La cada vez mayor transparencia de la sociedad compleja, que se explica de manera materialista y hasta mecanicista, supone una gran paradoja, pues han ido desapareciendo las soluciones esperanzadoras globales, mientras la realidad se impone en toda su crudeza. Por más que se quiera evitar, una gran parte de la sociedad criticará la situación de un mundo en que la mitad de los seres humanos muere de hambre. Sin embargo, lo verdaderamente inquietante es que no se oculta sino que se exhibe como un éxito precisamente lo contrario: que la otra mitad nunca ha vivido mejor. Es imposible conducir esta “transparencia” al espacio de la rebeldía “ideal”, pues se corre el riesgo de que la rebeldía sea “real”, con lo que –en lo que aquí nos importa– vuelve el problema del derrotismo y la negación de la “rebeldía ideal” y se producen soluciones del tipo “esto no tiene remedio”, “no hay nada que hacer”, etc. Así pues, ¿cuál es, ante la imposición brutal (transparente) de la realidad, la opción del pensamiento positivo? ¿La venda en los ojos y la salvación individual? ¿Los intentos desesperados de conservarse en la mitad privilegiada del mundo? ¿Cambiar de canal y visitar al psicólogo?

5. Marina, José Antonio (2004): *La inteligencia fracasada*. Madrid: Anagrama. Savater, Fernando (1986): *El contenido de la felicidad*. Madrid: Ediciones El País.

6. Ziegler, J., *Los vivos y la muerte*, Méjico, 1976.

LA PRÁCTICA DEL PENSAMIENTO POSITIVO

Antes de contestar apresuradamente, hemos de reflexionar sobre nuestra propia capacidad para elaborar una respuesta. Es obvio que la pretensión de objetividad absoluta nos conduciría directamente al origen, es decir al derrotismo: la solución del “nada, no, no, nada”, el mundo es así, no tiene remedio, etc. Haría falta una enorme fortaleza para permanecer en la ataraxia, a pesar de que podemos encontrar algunas individualidades que dicen conseguirla.

Pues bien, incluso si nuestra capacidad para la interpretación se detiene ahí, deberíamos ser capaces de, al menos, evitar algunos “errores” básicos de nuestro pensamiento, subjetivos y elaborados instintivamente en el marco de nuestras creencias y las del entorno que nos rodea⁷. El primero de ellos es pensar que como todo está mal yo sólo puedo estar mal, como el mal es gigantesco, mi pequeñez en nada puede contribuir a evitarlo, etc.

Contra esta vuelta al derrotismo, el pensamiento positivo tiene que contribuir despejando algunos errores, que básicamente pueden enunciarse así:

I. Comprensión parcial de la realidad

Por más que la realidad sea interpretada como globalmente negativa, incluso desde posiciones altamente objetivas y responsablemente críticas, siempre habrá algún destello de luz que nos reconcilie con “lo mejor que tiene el ser humano”. En toda catástrofe hay actuaciones altruistas, en todo desastre se ven comportamientos heroicos desinteresados, en cualquier momento puede aparecer un argumento para pensar que tras la siembra del mal hay siempre alguien que arranca alguna de sus semillas. Contra la explicación global negativa, el pensamiento positivo propone descomponer la realidad en sus partes (analizar) y observar cada una de ellas. Ejemplos:

1. *Las catástrofes naturales afectan siempre a los pobres. No tienen solución.* (Pensamiento negativo global). Argumento inicial del pensamiento positivo: los países pobres soportan las catástrofes naturales mejor que las guerras, que son generalmente instigadas por los países ricos y que suelen ser encubiertas con planteamientos políticos muy sofisticados (frecuentemente, provocando entusiasmos patrióticos).

Parece que a un mal oponemos otro, pero de esta aparente paradoja podemos extraer una conclusión sencilla: las catástrofes naturales, a diferencia de las guerras, provocan la solidaridad internacional. El pensamiento negativo se descompone en partes que permiten el pensamiento positivo en partes: la

7. De gran interés en adelante, Norem, Julie K. (2001): *The positive power of negative thinking*. New York: Basic Books.

catástrofe se convierte en un elemento más a sumar a la explicación analítica de la situación de la pobreza. El pensamiento positivo obtiene de esta manera de analizar la situación varios argumentos *universales*:

- a) La pobreza suele ser efecto, no causa. En el mundo no hay escasez de alimentos, sino escasez de justicia. La guerra es injusta *per se*, igual que el hambre. Síntesis: debo luchar contra la injusticia (pensamiento positivo).
- b) Existen ONGs que piden mi ayuda. Con mi contribución, por pequeña que sea, hago algo. La ONU, la FAO, la UNESCO siguen intentando mejorar la situación. Síntesis: seguiré sus mandatos (pensamiento positivo).
- c) No estoy solo, ni ellos lo están. Hay mil formas de ayudar (y ayudarse). Intentaré entrar en alguna organización solidaria (pensamiento positivo).
- d) Las desgracias que veo en el Tercer Mundo me harán adoptar un punto de vista más humanitario y comprensivo en relación a los inmigrantes que llegan a mi país.

Pero, este caso seguramente es el más sencillo, pues no interfiere profundamente en el mundo más próximo, el de los problemas más habituales: los personales, los de la sociabilidad cercana (familia, amigos, trabajo). Vayamos a un caso mucho más difícil para el pensamiento positivo:

2. *En el trabajo es imposible no ser considerado el último mono. Lo que llega nuevo es fácil para los jóvenes, pero no para nosotros.* (Pensamiento negativo global). Argumento inicial del pensamiento positivo: efectivamente, los jóvenes pueden estar mejor preparados, pero lo más importante es que quieren exhibirse en una competición plenamente natural y que son más capaces de apoyarse entre ellos, por lo que soy rechazado.

De nuevo, lo importante es descomponer la realidad en sus partes. Aceptado lo imponderable de la situación, en lo que obviamente no malgastaremos nuestras energías, debemos analizar otras partes susceptibles de ser cambiadas (pensamiento positivo):

- a) la juventud no es un valor, sino un estadio. Como se suele decir, es una enfermedad que pasa con el tiempo (pensamiento positivo).
- b) puedo y debo mantener mi capacidad para adaptarme, buscando las opciones más favorables (pensamiento positivo).
- c) la experiencia puede no ser un valor cotizado frente a los deseos de “trepar” de los jóvenes, pero me haré respetar. De entrada, no consideraré el trabajo como lo más importante de mi vida (pensamiento positivo).

Estas actitudes serán reforzadas mediante todo tipo de recursos a mi alcance: seré correcto en mi presentación, educado y puntual, flexible, no

dogmático; evitaré el “choque de trenes”, pero me mostraré firme cuando llegue el momento.

Seguramente, necesitaré ayuda para salir de la situación, por lo que la expondré con naturalidad a mis amigos y familia, sin pretender hacerles partícipes de un drama que en realidad no existe. Buscaré en ellos apoyo real y no complicidad facilona. Si hay problemas reales, los expondré en toda su crudeza, analizando las partes, sin buscar que me den la razón.

II. Las profecías autocumplidas

El recurso más habitual para mantener una *vida vivida pero no pensada* es la profecía autocumplida, o la “anticipación negativa”⁸. Saber que todo va a ir mal nos exonera de pensar en *cómo* podría ir si nosotros actuáramos. Podría ir bien, pero eso nos sacaría de nuestra autosatisfacción permanente, la que hemos provocado anticipando la justificación de nuestra inacción. Casi todos los pensamientos negativos encuentran en este autoengaño su justificación. Ejemplos:

1. *El gobierno intenta luchar contra el desempleo. Todos dicen lo mismo. Seguro que no lo conseguirá. Al menos no lo conseguirá conmigo* (anticipación negativa). Argumento inicial del pensamiento positivo: es posible que sea una proclama publicitaria más, pero lo cierto es que el gobierno necesita conseguir éxito en su gestión, pues en caso contrario podría perder las elecciones, así que hará todo lo posible por conseguirlo (pensamiento positivo).

No se trata de cambiar las convicciones políticas propias. Uno puede seguir confiando en la oposición que, obviamente, asegura que el gobierno no lo conseguirá. Pero, aún así, debe reflexionar antes de lanzarse a la justificación (universal) de su situación (individual), que en el pensamiento negativo quedará justificada así: yo soy un parado porque el gobierno no hace nada. Contra esta autosatisfacción negativa, el pensamiento positivo es:

- a) estaré atento a las nuevas fórmulas de empleo que propone el gobierno. Seguramente, además del gobierno hay otras organizaciones o instituciones implicadas.
- b) pasaré por la Oficina de Empleo, sindicatos, etc. para interesarme por los trabajos ofrecidos.
- c) me apuntaré a cursos de reciclaje y formación para aprovechar el tiempo mientras dure el desempleo.

8. Gillham, Jane E. (2000): *The science of optimism and hope*. Philadelphia: Templeton Foundation Press. Watzlawick, Paul (1990): *El arte de amargarse la vida*. Barcelona: Herder.

- d) me consideraré afortunado al vivir en una sociedad que se preocupa por los parados. Intentaré pensar en todos aquellos, personas, instituciones, que contribuyen a solucionar el problema.

Como el paro generará conflictos personales, habrá que preverlos, pero no como una profecía autocumplida, sumiéndose en el derrotismo, sino como un reto que hay que superar. Todo lo que contribuya a la actividad y a sentirse agente debe ser ensayado: aprovechar el tiempo para hacer aquel trabajo doméstico siempre relegado, contribuir a los rutinarios trabajos del hogar, cocinar nuevos platos, salir a pasear con los hijos e interesarse más por sus problemas, etc.

Podríamos recurrir a cientos de ejemplos de profecías autocumplidas pues son el recurso habitual del pensamiento negativo, pero creemos que, a diferencia de la parcialidad en la interpretación de la realidad, la anticipación negativa es más claramente comprensible, igual que su remedio en el pensamiento positivo. Sobre ello volveremos luego.

III. Las obligaciones autoimpuestas, o la víctima ejemplarizante

En general, las personas que exageran los aspectos más visibles de la realidad y los “sobregeneralizan” suelen presentarse como *víctimas necesarias*, generalmente ejemplares, es decir: ellas son el caso particular de un problema general⁹.

El error del pensamiento se puede enunciar con el siguiente ejemplo:

1. *Los ancianos somos inútiles. Mi hija me ha dicho que no lleve a la nieta al colegio, pues ella ya es mayorcita y quiere ir sola. Mi hija se avergüenza de mí* (pensamiento negativo de una víctima ejemplarizante). Argumento inicial del pensamiento positivo: la niña es, efectivamente, capaz de ir al colegio y le encanta encontrarse con sus amigas y ensayar su independencia recién descubierta. Mi hija se ha visto obligada a decirme algo que yo tenía que haber notado, pero por mi exceso de cariño (y por querer sentirme necesario) no me había dado cuenta. Mi hija y mi nieta son maravillosas.

El pensamiento positivo contra la “víctima ejemplarizante” suele ser fácilmente comprensible y aceptable a no ser que la víctima coincida con otras, lo que hay que aconsejar que se evite. El grupo refuerza las reacciones negativas, pues la multiplicación de casos particulares aumentará la aparente verdad del pensamiento negativo y lo convertirá en general y por ello en fatal. Se puede dar el caso de la típica conversación en que cada uno rivaliza en presentar afrentas cada vez más horrorosas e insoportables. “Pues mira lo que me ha hecho a mí”;

9. Ellis, Albert (2000): *Usted puede ser feliz*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A. Fernández Ballesteros, Rocío (2002): *Vivir con vitalidad*. Madrid: Pirámide.

“pues eso no es nada comparado con lo mío”, etc. Un grupo así es capaz de “demostrar” que los hijos no quieren a los padres, que los nietos son unos canallas, que los profesores no les educan, etc. El caso es bastante común en conversaciones de madres sobre los profesores (malos) de sus hijos, a los que, frecuentemente, también conducen hacia el pensamiento de víctima. El mundo educativo tiene en esto un serio problema difícil de resolver.

Contra el papel de víctima ejemplar, el pensamiento positivo propone:

- a) aislar el caso particular y evitar la generalización, intentando emplear lo que hemos propuesto en el caso de la “comprensión parcial de la realidad”.
- b) evitar el “contagio”, pues es muy probable que las situaciones personales sean diferentes por más que se intenten relacionar “sobregeneralizando”.
- c) separar la obligación autoimpuesta (mi hija me manda llevar a mi nieta al colegio) de la satisfacción personal, es decir de las verdaderas razones de la actuación desprendida (el abuelo está encantado de pasear con su nietecita). Tras ello, se valorará objetivamente la realidad de la reacción de víctima, volviendo a aplicar soluciones concretas a problemas concretos.

En conclusión: ocurre que muchas de las necesidades que decimos tener nos las hemos impuesto por pura complacencia, pero todavía queremos que se nos gratifiquen como actos desinteresados. El contrario lo exageramos hasta la saciedad, lo que nos provoca una euforia momentánea, pero una frustración final que podemos expresar de diferentes maneras erróneas (víctima, anticipación, sobreexageración, pasividad). El pensamiento positivo actúa en este caso como un juez que nos devuelve a la realidad y a la evaluación de nuestras propias fuerzas, impulsando aquellas se nosotros decidimos que se adecuan más a los objetivos que nos proponemos conscientemente¹⁰.

En el cuadro siguiente ofrecemos una guía a modo de síntesis sobre los primeros errores que el pensamiento positivo ha de afrontar ante los acontecimientos, positivos o negativos. Los enfocamos desde tres conceptos: permanencia del acontecimiento (necesidad de ponderar el efecto temporal: nada es eterno); penetrabilidad (necesidad de medir el alcance real) y personalización (necesidad de ponderar hasta qué punto el acontecimiento afecta a una persona).

10. Vaughan, Susan C. (2000): *Half empty half full*. New York: Harcourt.

	PENSAMIENTO POSITIVO ANTE		ACTITUDES HABITUALES ANTE	
	Acontecimientos negativos	Acontecimientos positivos	Acontecimientos negativos	Acontecimientos positivos
Permanencia	Desventura pasajera	La buena fortuna es la regla y perdura	Irreversibles y permanentes	Casualidad fugaz
Penetrabilidad	Evitan establecer generalizaciones. Encapsulan los efectos.	Moldean muchas facetas de su vida	Alteran la totalidad de la persona	El beneficio será limitado
Personalización	No se sobrecargan de culpa	Juzgan que se lo merecen, que son dignos de la recompensa	Se culpabilizan	No se sienten merecedores de algo positivo y no valoran sus capacidades

Los tres conceptos son básicos para evitar los errores previos, pues son fácilmente mensurables. Son los efectos más primarios, son susceptibles por ello de convertirse en guías iniciales de nuestra experiencia. Partiendo de ellos y de la necesidad de contrarrestar los errores primarios ya enunciados, muchos psicólogos han elaborado una serie de “ejercicios” que orientan al individuo hacia el pensamiento positivo. No son simples recetas, ni consejos; por el contrario, estos ejercicios van componiendo un método en el que se unifican los resultados de muchas experiencias, y del que aquí se expondrá una síntesis proveniente de diferentes escuelas y autores¹¹.

EL PENSAMIENTO POSITIVO COMO FORMA DE VIDA

Una vez comprendidos algunos errores previos “instalados” en nuestro complejo de pensamientos primarios, el pensamiento positivo irá creciendo, alimentándose de todo aquello que facilite una existencia en plenitud. Conviene adoptar el lema de la *vida pensada*, hacer del pensamiento positivo una forma de vida.

Diferentes escuelas psicológicas y filosóficas han elaborado baterías de casos empíricos para reforzar la práctica del pensamiento positivo. En algunos casos, se trata de simples recetas, pero es cada vez más usual encontrar “ejercicios de entrenamiento” que son producto de la investigación científica, aunque hay también muchos “manuales de ayuda” del tipo “cómo ser feliz...” que

11. Avia, María Dolores y Vázquez, Carmelo (1999): *Optimismo inteligente: psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza. Ellis, Albert (2000): *Usted puede ser feliz*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.

hay que rechazar, pues se basan en obviedades o en la técnica del autoengaño (del tipo mira hacia otro lado; para no estar preocupado no hay que preocuparse, etc.). También hay que advertir que algunos manuales y una infinidad de páginas web en Internet son reclamos de sectas que intentan captar adeptos mediante el señuelo “sea usted feliz” o “contribuya a su crecimiento personal”. En algunos casos, estas sectas intentan ocultar su poder destructivo precisamente con estos señuelos disfrazados de pensamiento positivo. Generalmente, comienzan ofreciendo la “felicidad verdadera” con recetas sencillas que llegan a convertir en verdaderas obsesiones. Cada vez se van reduciendo hasta que el adepto se ve siguiendo ciegamente una o dos máximas, que es lo que pretenden los sectarios: reducir la voluntad del neófito hasta hacerla desaparecer para dar paso al objetivo final: no es el individuo el agente de su felicidad, sino la secta. La secta piensa por él, por lo que no debe preocuparse¹².

Igualmente desacertados son algunos libros que proponen métodos fáciles para lograr triunfos haciendo intervenir fraudulentamente alguna forma de “pensamiento” “actividad mental”, “estímulo del cerebro”, etc. y que suelen terminar proponiendo ejemplos de triunfadores o métodos fáciles de “hacerse millonario”, o de lograr el equilibrio mental a base de plantas, creencias en talismanes (piedras, metales), etc. El primer consejo es descartar este tipo de libros y elegir aquellos refrendados por universidades o profesionales de reconocido prestigio científico.

Descartados estos excesos típicos de nuestra época, reproduciré algunos ejercicios propios del pensamiento positivo de manera muy resumida:

1. Conviene al principio poner por escrito las situaciones en las que nos encontremos, descomponiéndolas en sus partes, separando las reacciones emocionales de los pensamientos. Anotaremos nuestras reacciones en el momento y, tras pensar de nuevo, escribiremos las que nos parezcan más adecuadas. Revisaremos las diferencias y subrayaremos las que pensamos que refuerzan el pensamiento positivo. Intentaremos resumir éstas y expresarlas de manera abstracta. Valoraremos en la abstracción la ausencia de emociones (eso tiene su tiempo y su lugar).

Por ejemplo: en una disputa con los hijos, tras escribir paso a paso lo sucedido, encuentro que en muchas de mis reacciones aparecían las palabras no, imposible, de ninguna manera, ni hablar, etc. Eran rotundas negaciones contra el todo. Pensando de nuevo sobre cada una de las solicitudes de mis hijos, me doy cuenta de que las negativas no respondían a ellas concretamente, sino a una cerrazón inicial en decir no. Pensando sobre las causas, descubro que lo que me molestaba era el tono y la forma de expresarse de los hijos, que me parecía tiránica,

12. Véase Salarrullana, Pilar (1990): *Las sectas. Un testimonio vivo sobre los mesías del terror en España*, 107.

falta de respeto, etc. Separados los dos actos –solicitudes y formas de hacerlas- me doy cuenta de que debí dirigir la conversación evitando caer en la negación global. En resumen, me dejé llevar por un error. ¿Cuál es el error? No discernir con claridad, no analizar la situación en sus partes, pretender soluciones globales y absolutas para problemas concretos. Anotaré entonces mi “éxito de pensamiento”: un problema concreto tiene una solución concreta.

2. A lo largo de la práctica intencional de los ejercicios, se deberá buscar similitudes con la síntesis abstracta a la que hemos llegado. Puede que en una reunión con amigas, en el trabajo, etc., la conclusión a la que se llegue, expresada abstractamente, sea la misma. He contestado de nuevo dejándome llevar por el problema global que yo mismo he creado. Entonces, habrá que profundizar en la raíz del problema. Por ejemplo, si se repite el caso anterior en diversas maneras y situaciones, el problema es una tendencia a la simplificación de lo que escuchamos y seguramente concluiremos pensando que estamos más pendientes de nosotros que del otro, del que habla o actúa. Como se suele decir: la persona oye, pero no escucha. Por ello, ante las nuevas situaciones, lo primero que habrá que hacer es decirse: ¡alto!, primero escuchar. Como ejercicio, viene bien hacer alguna pregunta al otro, interesarse por su problema, intentar aumentar nuestro grado de comprensión. Una vez más, anotaré mi “éxito”: he sabido escuchar.
3. Puede darse el caso de que nos invada el derrotismo y nos convirtamos en nuestros peores críticos. Situaciones del tipo “soy un desastre” suelen predisponer a cometer muchos errores y frecuentemente a la pasividad. Una situación muy general que genera estas reacciones suele ser el exceso de trabajo. Contra la reacción adversa, el pensamiento positivo debe dirigirse a la ponderación objetiva: algo tiene que salir mal si tengo tanto que hacer. Por tanto habrá que decirse: puede que sea un desastre, pero hago esto bien, esto regular, esto bastante bien. Escribir sobre aquello de lo que estemos bastante satisfechos es un buen ejercicio.
4. Es necesario evaluarse tras haber tomado la decisión de seguir el lema *la vida pensada*. Cada cierto tiempo, una semana, un mes, etc. haremos un repaso general, escribiendo aquellas reacciones en las que hayamos notado los cambios más importantes entre antes y después de intentar *la vida pensada*. Aprenderemos de nosotros mismos. Con el tiempo, podemos incluso “visualizar” en positivo los resultados de la siguiente evaluación, es decir proponerse un nuevo objetivo, pero intentándolo ver realizado para alimentar nuestra autosatisfacción. Un caso muy habitual es el de las “bien ganadas” vacaciones. Si están “bien ganadas”, podemos soñar con lo bien que nos sentarán. Sumamos satisfacciones.
5. En condiciones extremas en que tengamos realmente un problema grave conviene actuar utilizando los consejos anteriores, reforzando la pausa –parar, escuchar, dividir en partes el problema y pensar– que hemos recomendado antes de tomar decisiones. Hay que *parar y*

pensar, en efecto, pero además en casos extremos hay que pensar en el momento que determinemos. Es decir, impediremos que el problema esté permanentemente invadiendo nuestra cabeza, pues de ser así, seguramente caeremos en la “profecía autocumplida”, en la “víctima necesaria”, o peor aún: la obsesión con el problema hará que se resienta todo alrededor de nosotros. Contra esta tendencia bastante extendida, la reacción será dedicar un tiempo pautado –diez minutos, veinte minutos, etc.–, el que nosotros hayamos determinado previamente. Después, debemos imponernos abandonar el asunto hasta una nueva “cita” con él. Quevedo se reía de aquellos que, estando esperando a alguien, salían constantemente a la puerta para ver si venían, como si así pudieran adelantar la llegada del esperado. En asuntos más complejos –la espera de las calificaciones de un examen, por ejemplo–, conviene seguir esta norma: pensaré en el suspenso durante un minuto; luego me impediré pensar en ello hasta dentro de media hora, en que volveré a pensar en la posibilidad de suspender.

Podríamos seguir con algunos ejemplos más, pero nos detendremos en un último que suele ser un gran inconveniente para el desarrollo del pensamiento positivo, aunque en sí sólo es una tendencia que puede ser englobada en casos anteriores. Se trata de la natural tendencia a juzgar, anticipar o incluso vaticinar las intenciones de los demás. Lo primero que hay que pensar es que se trata de una tendencia natural y que la empleamos mucho más de lo que creemos, pues forma parte del complejo de elaboraciones mentales “defensivas”. Debemos pensar en las intenciones del otro para estar preparados. Sin embargo, lo que es una herramienta del pensamiento normal puede convertirse en un problema si se exagera.

Cuando sucede en el trabajo, la reacción del pensamiento positivo contra este error deberá limitarse al ámbito que la crea. Por ejemplo, si un compañero es objetivo de nuestra “anticipación” y nos descubrimos juzgando sus intenciones frecuentemente, lo primero es no llegar al automatismo: es un mal compañero=es una mala persona. Si pensamos así, daremos entrada a toda la serie de errores que hemos descrito antes (víctima, obsesión, profecías autocumplidas, pensamientos encadenados) y al final nos veremos “investigando” incluso en la vida privada del otro, aceptando todo lo que nos cuenten sobre él, para afirmar nuestra convicción.

Analicemos el problema: primero, sólo el comportamiento en el trabajo. Puede ser que pensemos, por ejemplo, que él quiere ascender y que por ello nos pone zancadillas. Aún siendo así, habrá que aceptar que ésa es *su* forma de competir. No la valoremos por ahora moralmente. Aceptemos que la competición es necesaria y objetivemos sus actitudes y las nuestras, no las presuntas intenciones, que, además, por más que lo intentemos, no lograremos conocerlas por ese camino. Llegados a este punto, hay que dividir el problema en partes: cuáles de sus comportamientos nos producen el temor que nos induce a enjuiciar sus intenciones. Separados éstos, veremos que algunos que nos intranquilizan son simples detalles y pueden ser objeto de conversación mutua, siempre limitándola a lo realmente observado. Quizás la respuesta, del

tipo “perdona, no me he dado cuenta”, nos tranquilice. Si es así, podemos intentarlo con otros problemas, pero siempre después de haberlos concretado y aislado de lo que creemos que es el problema global. Quizás descubramos que el problema se origina por la propia personalidad (despistado, introvertido, etc.) o por otras causas *reales*. Valoremos también nuestra actitud (que seguramente ha sido influida por nuestra “anticipación”). En cualquier caso, abandonaremos la idea de que hay una formidable conspiración contra nosotros, que es a lo que nos induce el anticipar las intenciones. Si los hay, se trata de problemas concretos. Apliquemos lo que ya sabemos del pensamiento positivo.

Si el problema se produce en la pareja o en la familia, siempre hay que hablar de ello con el otro o los otros, despejar la incógnita, pero una vez aislado el problema concreto, como en el caso anterior. Sólo éste deberá ser el tema de la conversación. Tras ello sacaremos conclusiones. Será un éxito que nos apuntaremos si callando ante un juicio anticipado damos tiempo para ver de que forma se produce la solución que temíamos. Si no es negativa, apuntaremos el éxito; si lo es, podemos proponer de nuevo el problema, pero desde la certeza de la solución, lo que nos permitirá una reflexión más acertada. Con el tiempo, esta forma de limitar la anticipación reforzará la confianza en la pareja o en los demás miembros de la familia, y desde luego en nosotros mismos.

Hay libros que aumentan esta serie de consejos, muchos de ellos citados en la bibliografía. Algunos proponen problemas habituales y recomiendan “ejercicios” del pensamiento positivo. Nosotros sólo hemos querido reflejar en esta contribución cómo ha evolucionado este pensamiento desde el origen mítico, mágico y religioso, hasta la actualidad en la que intervienen los conocimientos de la psicología; también hemos descrito algunos errores primarios, y avanzado algunos ejercicios. En conclusión, el pensamiento positivo es una herramienta valiosa para afrontar la vida, incrementar el deseo de ser activo, actuar con entusiasmo y aumentar el grado de optimismo, siempre teniendo en cuenta que no se trata de recurrir a soluciones milagrosas de nuevos magos, sino de empezar por nuestra propia capacidad de pensar, que es la que dirige nuestras vidas. Pensar bien es vivir bien. A ambas cosas se puede aprender, se debe aprender.

BIBLIOGRAFÍA

- AVIA, M. D. y VÁZQUEZ, C. (1999): *Optimismo inteligente: psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza.
- ELLIS, A. (2000): *Usted puede ser feliz*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (2002): *Vivir con vitalidad*. Madrid: Pirámide.
- GILLHAM, J. E. (2000): *The science of optimism and hope*. Philadelphia: Templeton Foundation Press.
- MARÍAS, J. (1987): *La felicidad humana*. Madrid: Alianza Editorial.
- MARINA, J. A. (1996): *El laberinto sentimental*. Barcelona: Anagrama.

- (2004): *La inteligencia fracasada*. Madrid: Anagrama.
- NOREM, J. K. (2001): *The positive power of negative thinking*. New York: Basic Books.
- ROJAS MARCOS, L. (1999): *Aprender a vivir*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- (2005): *La fuerza del optimismo*. Madrid: Aguilar.
- RUSSELL, B. (1999): *La conquista de la felicidad*. Madrid: Austral.
- SAVATER, F. (1986): *El contenido de la felicidad*. Madrid: Ediciones El País.
- SELIGMAN, M. E. P. (1991): *Learned optimism*. New York: A. A. Knopf.
- (2003): *La auténtica felicidad*. Barcelona: Ediciones B, S.A.
- SELIGMAN, M. E. P. y CZIKSZENT, M. (2000): "Positive psychology: an introduction", *American Psychology*, 55, 5-14.
- VAUGHAN, S. C. (2000): *Half empty half full*. New York: Harcourt.
- WATZALAWICK, P. (1990): *El arte de amargarse la vida*. Barcelona: Herder.

EL OCIO TERAPÉUTICO

MARTA MORALES
IDOYA BRAVO

EL OCIO TERAPÉUTICO. PERSPECTIVA ACTUAL

Cuando hablamos de ocio todos somos capaces de enumerar diferentes actividades que realizadas con mayor o menor frecuencia presentan características intrínsecamente lúdicas y de satisfacción personal para el que las practica: montar en bicicleta, pasear, pintar... A pesar de su cotidianeidad y probablemente por su carácter no lucrativo, raras veces les otorgamos la importancia que tienen; normalmente al hablar de nuestros quehaceres diarios nos referimos a hechos más o menos importantes, traumáticos o positivos referidos a asuntos laborales, del cuidado de la familia u otras obligaciones. Esta infravaloración de las actividades de ocio no deja de ser un hecho curioso, ya que las elegimos en función de nuestros deseos, expectativas e inclinaciones y es a través de ellas como más nos definimos como personas.

La importancia de las experiencias vitales positivas se ha puesto de relieve en diversas investigaciones sobre el estrés (Kanner et al. 1981); llegando a la conclusión de que si bien son los acontecimientos vitales estresantes y los pequeños inconvenientes diarios los que generan este trastorno, la cantidad e intensidad de las experiencias y sentimientos positivos se convierten en factores de protección que mitigan los efectos negativos de éstos.

Aunque definir el fenómeno del ocio es una tarea compleja, una definición completa de éste término debe incluir tres aspectos característicos:

1. Libertad de elección y voluntariedad. La persona tiene libertad para decidir que quiere hacer y puede elegir entre varias opciones.
2. Vivencia placentera y satisfacción. Una actividad de ocio debe ser vivida con placer. Es por ello que la consideración de las actividades de ocio varía mucho de unas personas a otras.
3. Deseable por sí mismo (autoletismo) y con carácter final, no en función de lo que produce.

Desde el Instituto de Estudios del Ocio en la Universidad de Deusto, S. Gorbeña define ocio como *“vivencia subjetiva caracterizada fundamentalmente por la libertad percibida y por tanto por la voluntariedad; por la motivación o refuerzo intrínseco y por tanto por ser de carácter final y no instrumental, y por el disfrute o satisfacción que comporta.”*

Un elemento clave para entender esta definición es realizar una adecuada conceptualización del tiempo, como la que propone Jaume Trilla (cuadro1). Cabe diferenciar el término ocio del de tiempo libre, tiempo que queda tras satisfacer nuestras obligaciones. Son conceptos distintos, en el caso del tiempo libre, si es mal empleado puede generar tedio e insatisfacción, circunstancias que no pueden incurrir en las actividades de ocio que por definición son actividades significativas.

Hay que tener en cuenta que este esquema varía conforme avanza el ciclo vital. En los niños, por ejemplo el juego ocupa la mayor parte del día siendo un elemento fundamental para su desarrollo físico y psicológico. Conforme avanza la edad, aumentan las obligaciones y disminuye por tanto el tiempo disponible. Por último, tras la jubilación, el tiempo que se dedicaba al trabajo queda libre para ser ocupado de forma autónoma por el sujeto. Como veremos más adelante, la falta de capacidades para reorganizarlo puede provocar diversos desajustes susceptibles de intervención desde Terapia Ocupacional.

Por otro lado, para intentar acotar este fenómeno del ocio, se han propuesto diferentes clasificaciones. Estas no son concluyentes, pues varían dependiendo de la sociedad y el momento histórico, pero nos ayudan a tener una visión global del mismo (cuadro 2).

Según el autor inglés Ian Henry (*The politics of leisure policy*, 2001), la idea de ocio es definida por tres variables fundamentales: tiempo, actividad y experiencia subjetiva. Se define por tanto en términos de tiempo residual o por su función (tradicionalmente en oposición al trabajo), en términos de contenido (actividades de ocio), o como “*un estado ideal de la mente*”.

En la primera identificación del ocio con la idea de tiempo, se establece una relación dialéctica con la idea de tiempo de trabajo, se ve como tiempo compensatorio y complementario, vinculándose de modo constante a la negación del trabajo, pero el ocio es un fenómeno mucho más complejo que el mero no trabajo. Evoluciona con el tiempo.

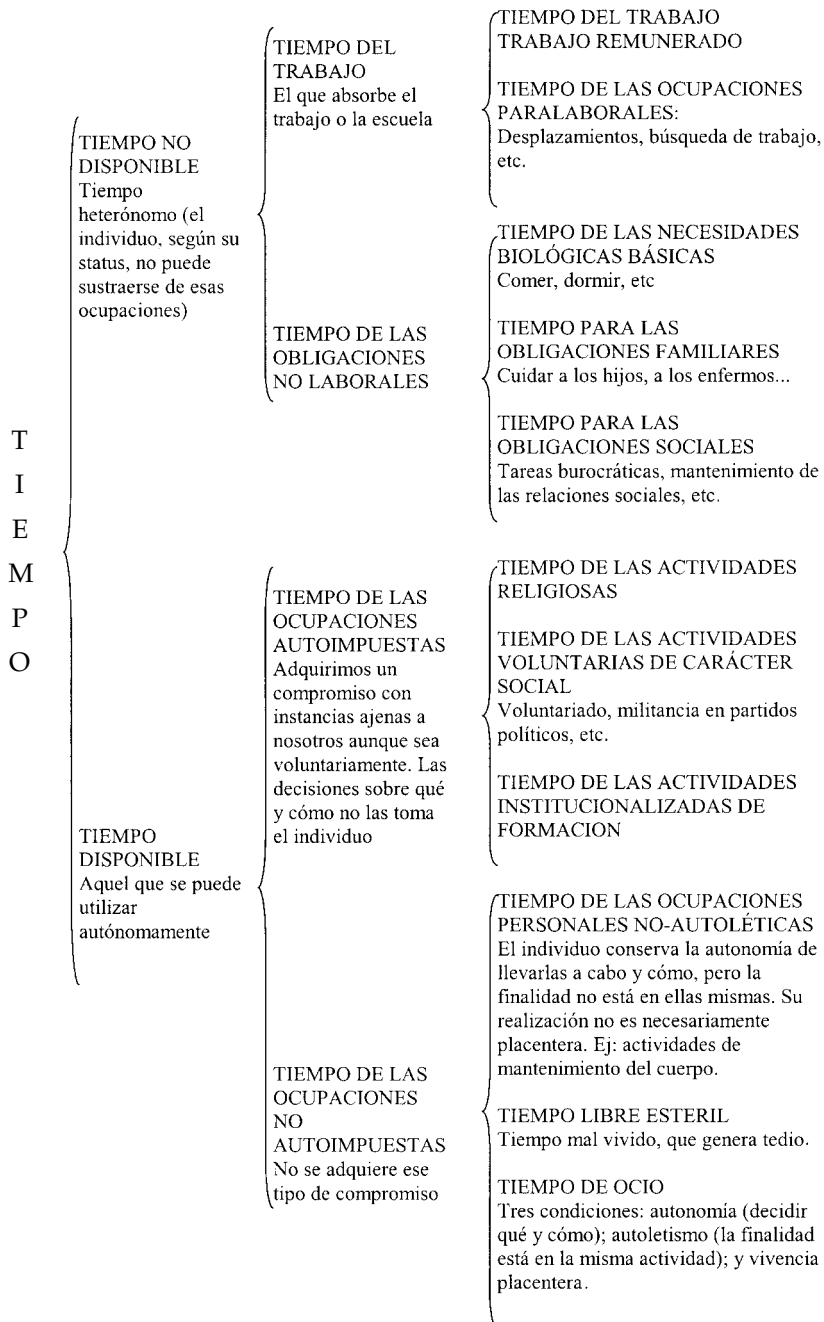
Existe una segunda corriente de pensamiento que interpreta el concepto ocio en relación con un conjunto de actividades, experiencia más perceptible del ocio para la mayoría de los ciudadanos. La actividad es la realidad tangible en la que se manifiesta.

La tercera interpretación define ocio como experiencia subjetiva de libertad, entendido de modo positivo, impregnado de idealismo.

Una interpretación relacional de ocio, que integre las tres corrientes la ofrece Max Kaplan¹ al afirmar que “*consiste en una relativamente autodeterminada experiencia y actividad, que participa de la dimensión económica del tiempo libre, que es percibido como ocio por quien lo usa, que es placentero psicológicamente, que potencialmente cubre toda serie de*

1. *The Arts: a social perspective*, 1990.

Cuadro 1. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL DE TIEMPO LIBRE Y OCIO



compromisos, que contiene normas y limitaciones características y que posibilita oportunidades para la recreación, el crecimiento personal y el servicio a los demás”.

El uso sistemático del ocio como herramienta de terapia comenzó en la década de los cincuenta en Estados Unidos. La decadencia que asolaba los núcleos urbanos y las consecuencias de la II Guerra Mundial favorecieron la aparición de programas de ocio para luchar contra los problemas físicos y psicológicos. Se demostró por vez primera que el ocio contribuye positivamente a la mejora del estado de ánimo y a la recuperación física. De este proceso surgió el concepto de Ocio Terapéutico.

El profesor Gerald O'Morrow de la Universidad de Radford, define el Ocio Terapéutico como *“un proceso en el que se utilizan las experiencias de ocio para producir un cambio en la conducta de aquellos individuos con problemas o necesidades especiales. El foco del proceso reside en la utilización de experiencias de ocio para: a) fomentar el crecimiento y el desarrollo del individuo y b) capacitar a la persona para asumir la propia responsabilidad de satisfacer sus necesidades de ocio.”*

El desarrollo de esta disciplina se caracterizó por la urgencia de la práctica que relegó a un segundo plano los aspectos teóricos. Fruto de esta diferencia de ritmos, surgieron de forma paralela dentro del Ocio Terapéutico dos líneas de pensamiento:

- Una se apoya en el carácter beneficioso que forma parte de la naturaleza intrínseca del ocio. Concibe el Ocio Terapéutico como un proceso que utiliza los servicios de ocio para promover cambios deseables en el aspecto físico, emocional o social de la conducta del individuo y favorecer su desarrollo personal. Esta definición ha sido criticada por su ambigüedad ya que este objetivo no es exclusivo del Ocio Terapéutico, sino que constituye, o debe constituir una de las principales preocupaciones de cualquier programa de ocio.
- La otra línea de pensamiento, con una fuerte influencia del ámbito clínico, se basa en que los programas de ocio comunitarios generales no resultan adecuados para personas con necesidades especiales. Sin embargo, estas personas tienen, al margen de sus problemas, derecho a disfrutar de su ocio para lo cual son necesarias adaptaciones que lo hagan factible. La National Therapeutic Recreation Society (NTRS) define en el Ocio Terapéutico basándose en su dimensión y aplicación clínica como *“un proceso cuyo objetivo es facilitar y mantener el desarrollo y la expresión de un apropiado estilo de ocio para las personas con limitaciones de tipo físico, mental, emocional o social a través de programas y servicios llevados a cabo por profesionales que intentan eliminar barreras para el ocio y optimizar los recursos del individuo para obtener el máximo beneficio de las experiencias de ocio.”*

Cuadro 2. DIMENSIONES DEL FENÓMENO OCIO

DIMENSIONES	PROCESOS PERSONALES Y SOCIALES	ACTIVIDADES PROTOTÍPICAS
CREATIVA	Desarrollo personal Autoafirmación Introspección Reflexión	<i>Artes</i> <i>Turismo alternativo</i> <i>Nuevos deportes</i> <i>Deportes de aventura</i> <i>Hobbies</i>
LÚDICA	Descanso Diversión	<i>Juego</i> <i>Práctica cultural</i> <i>Turismo tradicional</i> <i>Práctica deportiva</i> <i>Pa seos</i> <i>Tertulia</i>
FESTIVA	Autoafirmación colectiva Heterodescubrimiento Apertura a los demás Socialización Ruptura de cotidianidad Sentido de pertenencia	<i>Fiesta</i> <i>Patrimonio</i> <i>Folklore</i> <i>Turismo cultural</i> <i>Deporte espectáculo</i> <i>Eventos</i> <i>Parques temáticos</i> <i>Parques de atracciones</i>
ECOLÓGICA	Vinculación al espacio Capacidad de admiración Contemplación	<i>Recreación al aire libre</i> <i>Turismo urbano</i> <i>Arte en la calle</i> <i>Turismo rural</i> <i>Ecoturismo</i> <i>Deporte al aire libre</i>
SOLIDARIA	Vivencia del otro Participación asociativa Gratuidad Voluntariedad	<i>Ocio comunitario</i> <i>Animación sociocultural</i> <i>Animación turística</i> <i>Turismo social</i> <i>Deporte para todos</i> <i>Asociacionismo</i> <i>Educación del tiempo libre</i>
PRODUCTIVA	Bienestar Utilidad Profesionalización	<i>Industrias culturales</i> <i>Sector del turismo</i> <i>Deporte profesional</i> <i>Establecimientos recreativos</i> <i>Actividades del juego y apuestas</i> <i>Servicios ocio-salud</i> <i>Bienes de equipo y consumo</i>
PREVENTIVA	Prevención Precaución	<i>Ocio preventivo</i> <i>Educación para la Salud</i> <i>Programas preventivos</i>
TERAPÉUTICA	Recuperación Calidad de vida	<i>Ocio terapéutico</i> <i>Ocio y Salud</i>
NOCIVA	Prácticas abusivas Dependencia exógena	<i>Ociopatías</i> <i>Ludopatías</i>

Fuente: Roberto San Salvador del Valle

Uno de los principales aspectos que diferencia el Ocio Terapéutico del ocio en sentido amplio es la población a la que se dirige el primero, personas con necesidades especiales. Las dificultades que experimentan estos individuos afectan también al ámbito del ocio, el cual se ve limitado en sus formas y alternativas.

Otro rasgo que caracteriza al Ocio Terapéutico diferenciándolo del ocio general es que, mientras el ocio en sentido amplio debe considerarse como un fin en sí mismo, el Ocio Terapéutico deja de ser fin para convertirse en medio, es decir, en un instrumento de trabajo que nos permite alcanzar un objetivo previamente establecido. Habitualmente se utiliza para superar o mejorar un problema o situación que afecta negativamente al ocio de esa persona (superar una adicción, recuperarse de algún trastorno físico o psicológico...).

El principal error de esta corriente que concibe el ocio como terapia dirigido a personas con discapacidad, ha sido asumir que éstas ven transformada la necesidad de ocio que todos tenemos, en una necesidad de ocio terapéutico que les ayude a superar su problema. Estos programas, al estar dirigidos principalmente a este colectivo, han favorecido, involuntariamente, la consolidación de estereotipos en lugar de favorecer la integración. Las tendencias más actuales de esta rama intentan avanzar, evitando estos efectos negativos.

El punto de encuentro entre ambas teorías podría pasar por crear recursos de ocio pensados para todos, de modo que las personas con discapacidad puedan acceder a experiencias de ocio normalizadas. Para que ello sea posible, los servicios de ocio comunitarios deberían tener en cuenta según O' Morrow los siguientes principios:

1. Las personas tienen el derecho a un ocio que sea personalmente satisfactorio.
2. La esencia del ocio es la libertad: libertad de escoger entre una variedad de opciones y experiencias.
3. Las experiencias de ocio difieren entre los individuos; por ello, se deberían diseñar los programas para abarcar diferentes necesidades, intereses y habilidades.
4. Las personas tienen el derecho a acceder a entornos de ocio de calidad.
5. Las oportunidades de ocio se deberían ofrecer de manera consistente a todos los participantes posibles sin discriminación de sexo, religión, edad, nivel socioeconómico y habilidad física o mental

ENVEJECIMIENTO: TRANSICIÓN DE ROLES Y ACTIVIDAD

Dado a la tendencia al envejecimiento demográfico iniciado durante el siglo pasado y acusado en este, varias son las teorías que algunos autores desarrollaron para dar explicación a dicho fenómeno. Ninguna es universal, ni aclara de manera comprensible la variedad de dimensiones del proceso de envejecimiento en la sociedad. Estas teorías tienden a ser descriptivas, pero nos dan la oportunidad de ver la importancia adquirida del fenómeno del ocio, entendido como hasta ahora, y algunas de sus características una vez alcanzada la tercera edad.

- Teoría de la Desvinculación: las personas mayores están en disposición de separarse de la sociedad por declinación inevitable de sus habilidades, liberándole de las posiciones previamente ocupadas. Esta separación es necesaria para que las instituciones sobrevivan y para que las personas jóvenes tengan lugar en la sociedad. A la persona mayor le supone un aumento de la autonomía y del tiempo del ocio.
- Teoría del Ciclo de vida: parte del reconocimiento de que el envejecimiento es un proceso de evolución que se inicia desde el nacimiento y continúa hasta la muerte, no puede reducirse a lo ideológico y a lo social-histórico sino que debe estudiarse la interacción entre ambas dimensiones. La base del ciclo vital se resume en cinco supuestos:
 1. A lo largo de la vida existe un balance entre crecimiento (ganancias) y declive (pérdidas). Pese a que durante los primeros años acontece en mayor medida el crecimiento y durante la vejez pase lo contrario, a lo largo de todo el ciclo de vida se experimentan ambos fenómenos.
 2. Existen funciones psicológicas que disminuyen con la edad como la inteligencia mecánica o fluida y otras que no declinan, como la inteligencia pragmática.
 3. A través del ciclo vital se incrementa la variabilidad interindividual y las personas son cada vez más diferentes entre sí.
 4. Existe capacidad de reserva a lo largo del ciclo de vida. Esta capacidad se expresa a través de la capacidad de compensar el declive mediante entrenamientos externos.
 5. La variedad existente entre las personas mayores se plasma de tres formas de envejecer (normal, patológica y con éxito). El envejecimiento con éxito se consigue mediante mecanismos de selección, optimización y compensación.
- Teoría de la Actividad: sitúa la actividad como la base del envejecimiento saludable. Las personas que se mantienen activas estarán más satisfechas con sus vidas y mejor adaptadas a su ambiente social. Los tipos de actividad se agrupan en : formales (participación en O.N.G.), informales (interacción social con familiares, amigos, vecinos) o solitaria (leer, ver la televisión...).
- Teoría de la Competencia: Ejecución exitosa de las funciones sociales, capacidad adaptación, dominio y control interno. Basada en el síndrome del fracaso social que, se refiere al proceso mediante el cual los individuos psicológicamente vulnerables, reciben mensajes negativos de su ambiente, los cuales son incorporados a su propia imagen. En las personas mayores este proceso comienza cuando se encuentran en una situación de vulnerabilidad por la pérdida de las funciones sociales (roles). Continúa una segunda fase cuando la persona se señala y evalúa como dependiente y ésta considera la evaluación como negativa. Esta evaluación se fundamenta en una ética dominante de valía personal adscrita únicamente al utilidad socio-económica prevalente en la sociedad. Para romper este

proceso negativo se propone la “reconstrucción social” que consiste en la creación de servicios sociales que den respuesta a las necesidades de las personas mayores, entre ellas la autonomía y la participación. Por tanto se hace necesaria una acción social que mejore los apoyos sociales y que a la vez den fuerza a de tres manera:

1. Liberando a las personas mayores de una percepción inadecuada de su edad y educando a la sociedad en general.
 2. Aumentando la capacidad de adaptación de las personas mayores proporcionando los servicios sociales que necesitan para ayudarles a enfrentarse con su vida y eliminar las condiciones ambientales debilitantes, es decir: salud pobre, pobreza y vivienda inadecuada.
 3. Dar apoyo a las personas mayores para que tengan más control de su propia vida.
- Teoría de la Continuidad: las personas ancianas son iguales y tienen las mismas necesidades psicológicas y sociológicas que en la edad mediana. La vejez no implica un cambio drástico en la vida sino una extensión de las etapas anteriores: patrones de pensamiento, perfil de actividades y relaciones sociales. Esta teoría explica que la disminución en la realización de las diferentes actividades tiene que ver con la salud empobrecida o con minusvalías adquiridas y no con una necesidad funcional de desvincularse.

Por tanto, el envejecimiento no se observa como un estado inmutable sino como un proceso complejo y dinámico que varía en función de tres fenómenos diferentes: la capacidad biológica para la supervivencia, la capacidad psicológica para la adaptación y la capacidad sociológica para la satisfacción de roles sociales. Cada una de estas capacidades deviene en una edad y envejecimiento diferentes: biológicos, psicológicos y sociales.

Los tipos de envejecimiento están directamente influidos por los juicios y expectativas de valor individual y por las normas culturales que la sociedad plantea, muestra de ello es que los roles por edad y las expectativas asociadas con un comportamiento apropiado difieren entre culturas y épocas. Por tanto, el envejecimiento es más un designio sociopolítico que una transformación biológica.

Es en los procesos de envejecimiento sociológico y psicológico donde se producen los desafíos más importantes. En nuestro caso, la sociedad promueve estereotipos importantes y actitudes negativas que hacen envejecer de forma prematura e injusta a los individuos mediante las restricciones de roles. El problema de estas restricciones es más complejo por el hecho de que ocurre en una época de la vida en la que experimentan menos oportunidades de participar en muchos de los roles más significativos, debido a las diferentes crisis corporales, sociales... que deben afrontar. De todas, quizás la más significativa sea la jubilación obligatoria (restricción del rol productivo). Investigaciones en esta área revelan que existen dos variables básicas para conservar una moral elevada y un sentimiento de satisfacción en la vida al llegar este momento: salud y

actividad significativa (ocupación), por tanto la planificación para las jubilaciones satisfactorias se asocia directamente con la independencia funcional, objetivo principal de la terapia ocupacional.

Esto depende en gran medida de la habilidad para compensar y encontrar formas para aumentar la actividad en otras áreas, cuando se abandonan los roles existentes hasta el momento. El retiro forzado y alejamiento del trabajo profesional contribuye a la necesidad de adopción de un nuevo rol, distintas expectativas de comportamiento, modificación del curso cotidiano de la vida, reestructuración del campo social y de los contactos familiares, modificaciones de la economía personal y desplazamiento de los compromisos e intereses personales del mundo del trabajo al del tiempo libre (paso del área de ocupación humana de la productividad a la del ocio).

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; percibe la vida como un todo, con calidad, aceptando sus propias modificaciones a lo largo de ella (senectud). Una mala adaptación supone, por el contrario, reaccionar con pena e incluso con terror ante los cambios personales sin conseguir un sentimiento completo de ciclo vital. Le llevará a la senilidad, al deterioro progresivo y a la desintegración de la personalidad.

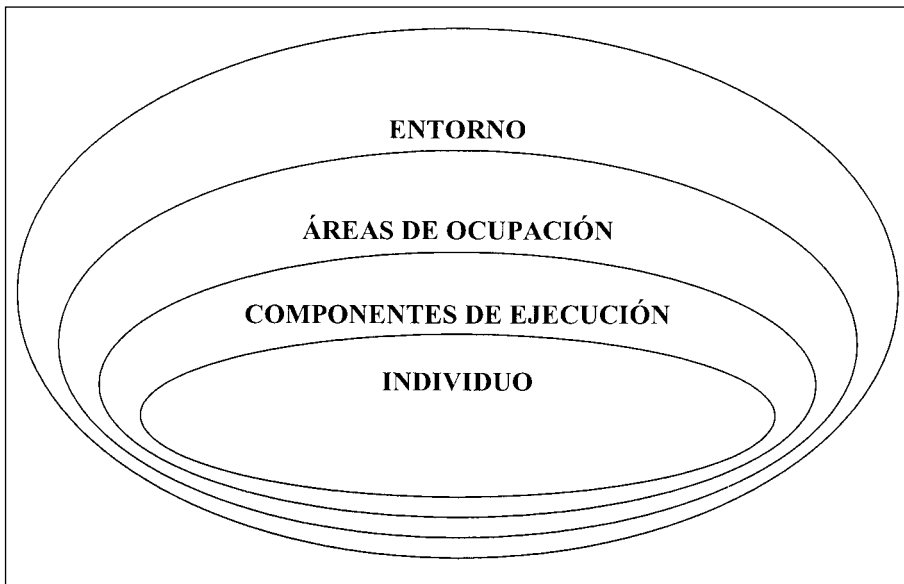
Los mayores tienen muchas posibilidades de alcanzar una experiencia de ocio significativa pero a menudo carecen de las habilidades y destrezas para desarrollarla, una educación basada en la ética del trabajo no les ha permitido desarrollar recursos personales para llevar a cabo esta tarea.

FUNDAMENTOS Y EVOLUCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL Y OCIO EN TERCERA EDAD

Los fundamentos de la terapia ocupacional son básicamente dos. En primer lugar, la concepción del humano desde un punto de vista holista, frente al reduccionismo. El individuo se entiende como ente global, es decir, como un ser complejo y único. Es por ello que a la hora de la planificación de un tratamiento de terapia ocupacional no podremos aislar lo funcional del resto de realidades que conforman a la persona que vamos a tratar, en un entorno con el interactúa (cuadro 3).

En segundo lugar, la terapia ocupacional se basa firmemente en la idea de que el hombre, también el anciano, es un ser creativo cuyo desarrollo está influido por la utilización de actividad con propósito: ocupación. Decir que la ocupación es una actividad humana importante no significa que sea más importante que otras áreas de comportamiento humano, indica que la ocupación habitualmente abarca la mayor parte del tiempo. La mayoría de las horas de vigilia se emplean en juego, cuidados personales y trabajo (cuadro 4), áreas que la Terapia Ocupacional reconoce como áreas de ocupación: autocuidado, productividad y ocio/tiempo libre.

Cuadro 3



Cuadro 4. AREAS DE OCUPACIÓN

A. DE AUTOCUIDADO	A. DE PRODUCTIVIDAD	A. DE OCIO
<ul style="list-style-type: none"> • alimentación • vestido • higiene • arreglo personal • traslado • manipulación de objetos 	<ul style="list-style-type: none"> • escuela • manejo del hogar y la familia • empleo 	<ul style="list-style-type: none"> • juegos • deportes • pasatiempos • actividades sociales

En Terapia Ocupacional defendemos el carácter terapéutico de las actividades, dado que la ocupación es fundamental para la adaptación humana y por tanto, su ausencia o interrupción (independientemente de cualquier otro problema médico o social) es una amenaza para dicha adaptación, para la salud. Por otro lado, cuando la enfermedad, el trauma o las condiciones sociales han afectado a la salud biológica o psicológica de una persona, la ocupación es un medio efectivo para reorganizar el comportamiento.

Así pues, la intervención del terapeuta ocupacional está orientada a:

- Potenciar al máximo la independencia y funcionalidad en las áreas de ocupación.
- Desarrollar las capacidades residuales y lograr la compensación de las funciones perdidas.
- Suplir déficit funcionales irrecuperables (ayudas técnicas, órtesis, prótesis).
- Lograr la integración de la persona en el medio (eliminación de barreras, adaptación del entorno).

Desde que el Tratamiento Moral desarrollado por Philippe Pinel (*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 1801), William y Samuel Tuke (*Description of the retreat*, 1813) se constituyó como uno de los fundamentos de la Terapia ocupacional, basándose en el uso de métodos naturales, ejercicio físico y ocupaciones manuales para mejorar enfermedades mentales, el uso de actividades de ocio en terapia ocupacional ha evolucionado paralelamente con la disciplina. Adolf Meyer, psiquiatra de finales del XIX, principios del XX, creía que los ritmos cotidianos (trabajo, juego, descanso y sueño) debían mantener un equilibrio, conseguido por el hacer y la práctica habitual. El desarrollo sistemático de intereses y del tiempo era una parte fundamental de la terapia. Pronto transformó sus tratamientos en una mezcla de placer y trabajo, actividades de productividad y ocio. Aunque cada uno de los autores trabajase desde un marco de referencia diferente, ninguno duda de la importancia de las actividades de ocio y tiempo libre, donde se ponen de manifiesto habilidades y limitaciones relacionadas con el nivel de funcionalidad y calidad de vida de la persona en un contexto sociocultural; sobre todo en la tercera edad si se tiene en cuenta que son el pilar, junto con actividades de autocuidado, de la ocupación de los ancianos.

Reed y Sanderson, en su Modelo de Adaptación a través de la Ocupación (1984), consideran las áreas de ocupación como un sistema interrelacionado dentro de un entorno sociocultural en el que el aprendizaje y la adaptación son fundamentales para el desempeño de los roles que se van sucediendo en el individuo a lo largo de su vida, para lo que resulta imprescindible un adecuado mantenimiento de los componentes de ejecución (capacidades necesarias que debe presentar el sujeto): motor, sensorial, cognitivo, psicológico y social. Desde este marco, salud es igual a equilibrio entre las tres áreas, se entiende salud como funcionamiento de las estructuras y funciones corporales, capacidad para desarrollar actividades y posibilidad de participación social del ser humano. Si algo fallara en cualquiera de los componentes, lo haría en alguna de las áreas, incluida el área del ocio y por tanto se produciría una situación de desadaptación y de disminución o pérdida de salud: deficiencias del organismo, alteraciones en el desempeño de actividades, restricciones en la participación social. Gary Kielhofner, desde su Modelo de la Ocupación Humana, incluso afirma que la diversión (ocio) es parte esencial del mantenimiento de la sociedad.

PROGRAMA DE OCIO EN TERAPIA OCUPACIONAL: MÉTODO DE INTERVENCIÓN

En un programa de educación del ocio u Ocio Terapéutico se han de trabajar las habilidades a través de actividades pero también se han de desarrollar algunas cuyo fin sea la misma actividad, para evaluar a la persona en un medio lo más natural posible, en el que ponga en práctica las habilidades trabajadas con la mayor autonomía. Se trata de una propuesta motivacional, debe promover oportunidades de aprendizaje para los ancianos, aumentando sus habilidades para influir en el medio, aumentando los sentimientos de autosuficiencia y autoestima que permiten un desarrollo óptimo, individual y social.

Las actividades que el anciano puede realizar son muy variadas y dependen de su personalidad y experiencia previa. Sin embargo, hay que señalar que más importante que la actividad en sí, es el significado que le da el individuo que la realiza. La actividad de ocio en tercera edad debe tener tres finalidades: un fin funcional (potenciando, manteniendo o rehabilitando capacidades), la socialización (aumentando las interacciones sociales) y la calidad de vida (tarea de ocio en sí misma).

Para que la actividad resulte terapéutica, se tendrán en cuenta los siguientes factores:

- Debe ser familiar para el anciano, relacionada con sus valores, intereses y necesidades.
- Debe seleccionarse basándose en los conocimientos de terapeuta y dirigidas a una meta.
- Debe ser de ejecución simple y rápida.
- Debe ser adaptable y graduable.
- Debe facilitar la integración en el medio social y familiar.

En el momento de la selección de la actividad contemplaremos:

- ¿Cómo? Proceso de realización y factores que intervienen.
- ¿Qué? En relación a las necesidades, valores, roles... del usuario anciano
- ¿Por qué? Basándonos en los marcos de referencia, fundamentos del tratamiento.
- ¿Dónde? Respecto a este criterio, el terapeuta a veces puede verse limitado.
- ¿Cuándo? A lo largo del día, del mes, del año...

Las respuestas a estas preguntas se consiguen mediante el análisis de la actividad, de su estructura y de los componentes de ejecución. El terapeuta ocupacional puede utilizar cualquier actividad como medio siempre y cuando esta sea analizada previamente, el análisis es parte fundamental y distintiva de su trabajo. Trabajará el ocio como cualquier otra área, a través de un programa en el que se realice una evaluación, se propongan objetivos con el paciente, se

describan actividades encuadradas en un tiempo con una metodología específica y finalmente se evalúe el grado de consecución de los objetivos así como el planteamiento del programa.

La valoración en geriatría debe ser un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinar destinado a cuantificar las capacidades y problemas médicos, psicológicos, funcionales y sociales. Aunque la labor del terapeuta ocupacional se centre en la valoración funcional, deberá tener siempre presente la información recogida por el resto del equipo. Su resultado nos permitirá: identificar los diferentes problemas, determinar si un individuo es susceptible de tratamiento de terapia ocupacional, establecer pronósticos, valorar la evolución y prever la ubicación al alta.

Las fuentes principales para obtener información pueden ser directas (entrevista, observación, actividades diagnóstico-terapéuticas, escalas e índices) o indirectas (la solicitud de tratamiento de terapia ocupacional, informes de otros profesionales, entrevistas familiares y registros de huella).

Durante la planificación será de vital importancia para un tratamiento exitoso la participación activa del usuario. La motivación del cliente se ciñe al compromiso de la tarea, si no está motivado no participará terapéuticamente de la actividad. Por tanto, la colaboración inicial en la investigación de las actividades que son intrínsecamente significativas para él, durante el proceso de valoración, es un factor decisivo. Existen herramientas diseñadas específicamente para ello (cuadro 5).

Instrucciones:

- El terapeuta debe identificar con la lista de las distintas categorías las actividades del paciente que le divierten o le han divertido en el pasado.
- El paciente debería identificar el nivel de interés (alto, medio o bajo) para cada ocupación. Un alto interés significa que a una persona le gustará o hará la actividad dentro de su horario diario o semanal. Un interés medio significa que al sujeto le divierte la actividad y podría desempeñarla cuando él o ella tenga tiempo. Un bajo interés significa que no tiene interés o realizará la actividad ocasionalmente, como una o dos veces al año.
- El terapeuta y el paciente juntos deben identificar una meta para participar en las actividades lúdicas, la meta debería incluir un tipo específico de actividad y la cantidad de tiempo en el que se realizará semanalmente.

Cuadro 5. INVENTARIO DE INTERESES OCUPACIONALES DE OCIO (LOII)

Categoría y ejemplo específico de actividad	Grado de interés			Meta, incluyendo: Actividad específica, Tiempo dedicado
	Alto	Medio	Bajo	
Jardinería/Horticultura: Trabajar en el jardín Plantas Identificar plantas Recoger flores				
Espectáculos: Teatro Cine Ver deportes				
Deportes: Realizar deportes competitivos Realizar deportes no competitivos Gimnasia de mantenimiento Aeróbic Artes marciales Yoga/relajación Bailes de salón Caminar				
Música: Escuchar música Conciertos Tocar un instrumento				
Informática: Juegos interactivos Navegar por internet Tratador de textos Análisis de datos				
Lectura: Libros Revistas Periódicos				

Actividades creativas, artes y manualidades: Poesía Narración de cuentos Prosa Carpintería Cerámica Pintura al óleo Dibujo Costura Macramé Estaño Medias de seda Reparación de objetos, etc.				
Actividades sociales: Ser miembro de un club, organización , etc.				
Cuidado de animales				
Juegos de mesa: Cartas Damas Ajedrez Parchís Bingo/Lotería Rompecabezas Actividades culturales: Visitar museos Visitar instituciones Ver exposiciones, etc.				
Colección de objetos				
Autocuidados				
Voluntariado				
Compras				
Actividad culinaria				

Fuente: Stein y Cutler, *Terapia Ocupacional psicossocial: una aproximación holística*, 1997.

INVENTARIO DE INTERESES DE OCUPACIONES DE OCIO (LOII)

(Continuación)

Listado de intereses:

Nombre:

Fecha:

1: no me interesa; 2: a veces; 3: muy interesado; 4: se ha hecho en los últimos 3 meses.

Actividad				Actividad				Observaciones
Manualidades				Mecánica coche				
Natación				Flauta				
Fútbol				Mecánica motos				
Bolos				Modalismo				
Pintura				Dominó				
Gimnasia				Ajedrez				
Voleibol				Damas				
Acampadas				Marquetería				
Tenis				Conducir				
Paseos				Consola				
Baloncesto				Bisutería				
Coser				Cocinar				
Escribir				Trabajos de cuero				
Bordar				Informática				
Jugar a las cartas				Internet				
Rompecabezas				Decoración				
Ganchillo				Comprar				
Bicicleta				Peluquería				
Jardinería				Clubes sociales				
Ping-pong				Vacaciones				
Pasatiempos				Visitas				
Idiomas				Viajar				
Voluntariado				Fiestas				
Correr				Conversar				
Leer				Bailar				
Estudiar				Cine				
Historia				Teatro				
Ciencia				Fotografía				
Política				Televisión				
Matemática				Pintar				
Religión				Cerámica				
Radio				Mosaicos				
Música clásica				Coleccionar				
Música popular				Mascotas				
Cantar				Conciertos				
Tocar la guitarra				Danza				
Piano				Otros				

Fuente: Stein y Cutler, *Terapia Ocupacional psicossocial: una aproximación holística*, 1997.

Los objetivos de tratamiento se determinan durante la planificación. Son el blanco que el paciente espera alcanzar por medio de su trabajo en el departamento de terapia ocupacional. La labor del terapeuta ocupacional se basa en poder utilizar y modificar los diferentes espacios y relaciones para hacer realidad esta consecución. Los objetivos deberán expresarse lo más concretamente posible, ser razonables e individualizados y organizarse a corto y largo plazo con tal de poder facilitar la evolución y logros del tratamiento y poder modificarlo en caso de ser necesario.

Los objetivos generales de un programa de terapia ocupacional en el área de ocio son:

- Evaluar el área del ocio y las capacidades físicas, psíquicas y sociales.
- Fomentar o impulsar la motivación a realizar actividades de ocio, incorporándolas en su rutina.
- Facilitar el encuentro o la recuperación de intereses o deseos para realizar actividades y estar en contacto con el medio externo.
- Reforzar los sentimientos, sensaciones y capacidades positivas que hayan surgido a través de la actividad.
- Aprender a planificar y disfrutar del tiempo libre. Conocer los distintos recursos a su alcance e información de actividades de ocio (saber utilizarlos).
- Propiciar el autoconocimiento y la autorrealización.
- Favorecer la independencia funcional.
- Favorecer conductas saludables hacia la mejora de la calidad de vida.
- Fomentar las relaciones sociales.

Otros factores que deben quedar determinados en este momento del proceso son los entornos humanos y no humanos, el carácter individual o grupal, aspectos temporales...

Los factores ambientales desempeñan un papel clave en la determinación del compromiso de actividades seleccionadas. Por ejemplo, la persona cuya silla de ruedas no pasa a través de la puerta de entrada es incapaz de comprar en una tienda de ropa común.

El ambiente humano se define desde terapia ocupacional como individuos y grupos. También lo conforman las variables que comprenden la identidad de una persona: destrezas, estado biofísico, formación psicológica, ideas religiosas y políticas, posición económica y lenguaje. Lo denominado ambiente social y ambiente cultural. Los valores culturales sugieren la prevalencia de algunas actividades a expensas de otras. Por ejemplo, en algunas culturas se espera que los hombres realicen el trabajo duro pero no que cocinen o cosan; en otros ámbitos, los hombres son los más importantes cocineros y sastres.

El ambiente no humano son las condiciones físicas, los objetos y las ideas del mundo de una persona, componentes concretos y abstractos que la rodean. El ambiente físico se compone de objetos y condiciones físicas. Las ideas

elaboradas son variables como tiempo, horarios, seguridad física, barreras arquitectónicas, población, escasez de recursos, higiene pública, tecnología, adaptación temporal y simbolismo. El ambiente no humano contribuye al crecimiento, desarrollo y mantenimiento de los seres al brindar oportunidades para la manipulación de objetos, establecimiento de patrones de comportamiento, estilos de vida...

El tipo de discapacidad y los objetivos de trabajo nos indicarán cual de las dos maneras de intervenir, individual o grupal es más apropiada en cada momento. Tendremos en cuenta que una intervención grupal siempre será más rica en tercera edad puesto que permite la relación con un grupo de iguales pero respetando la singularidad de cada participante, reintegra a la persona en un medio social que será habitual y previene sentimientos de soledad, aislamiento, inutilidad... facilita el componente interpersonal.

Será de igual modo conveniente planificar la duración y número de sesiones que completarán el tratamiento, para lo cual nos será de utilidad la información que vayamos obteniendo de las diferentes valoraciones periódicas. Por el tipo de usuario con el que tratamos, también se observarán siempre tiempos de descanso, no olvidemos que la reserva fisiológica esta disminuida. Otros aspectos serán: época del año en la que se realiza, frecuencia, hora del día...

Para una ejecución correcta de la actividad terapéutica, es vital una enseñanza terapéutica previa. Con una comunicación de instrucciones adecuada, se consigue minimizar la cantidad de supervisión e instrucción y optimizar las oportunidades de los resultados satisfactorios.

Los pasos básicos que participan en la instrucción del anciano son:

- Preparación del cliente: estableciendo una comunicación participativa y que le haga perder temores. Debe resultar estimulante.
- Presentación de la actividad: proporcionando consignas de manera lenta y paciente, asegurándonos de que nos ha comprendido, no enseñar más pasos de los que pueda dominarse por vez.
- Ensayo del desempeño funcional: inmediatamente después de la explicación, que el usuario mayor repita las consignas del proceso o la actividad a modo de prueba.
- Seguimiento: verificando progresos frecuentemente para corregir errores.

Dado el tipo de usuario con el que trabajamos, existen unos factores que dificultan el tratamiento y que debe considerarse siempre:

- Déficit visual y/o auditivo que normalmente dificulta la comprensión de instrucciones y relaciones con los ambientes humano y no humano.
- Menor reserva fisiológica.
- Patologías médicas crónicas asociadas (respiratorias y cardiovasculares).

- Polifarmacia que puede potenciar la aparición de efectos indeseados: somnolencia...
- Presencia de deterioro cognitivo o envejecimiento de las funciones mentales superiores, destacando sobre todo los trastornos mnésicos y los síndromes confusionales agudos o demencias establecidas (dificultan la colaboración).
- Retraso en el comienzo de tratamiento.
- Factores sociales (nivel social, condiciones de vida), familiares (indiferencia o sobreprotección), educacionales (analfabetismo o bajo nivel) y/ ambientales (falta de recursos, alejamiento de los recursos, vivienda...) desfavorables.
- Falta de motivación, bien por factores personales (apatía, derecho a la dependencia, a la inactividad) o trastornos emocionales (ansiedad, depresión).

En cuanto a las evaluaciones realizadas de forma periódica a lo largo del tratamiento nos van permitir valorar la consecución de los objetivos de tratamiento determinados y por tanto su éxito o fracaso, debiendo en el último caso replantearnos una modificación del método de intervención o establecimiento de objetivos. Una evaluación final nos aporta información sobre el recurso necesario al alta, en caso de necesitarlo, tras nuestra intervención como terapeutas ocupacionales.

ANÁLISIS Y ADAPTACIÓN DE UNA ACTIVIDAD DE OCIO

Consiste en un análisis minucioso de todas las habilidades que una persona debe presentar para realizar con éxito una actividad y cómo se realiza esta tarea.

El proceso de análisis se realiza empleando una ficha de análisis estructural de la actividad (cuadro 6), que incluye los siguientes apartados:

El análisis de la actividad nos va a permitir detectar problemas, plantearnos objetivos y determinar que actividad emplear como base de tratamiento. Mediante la evaluación cuidadosa que determina el potencial terapéutico de la actividad y las capacidades que se requieren del individuo para su ejecución (componentes de ejecución), se consigue individualizar sus características relacionadas con las necesidades específicas (cuadro 7).

Otras dimensiones de cualquier actividad que también deben quedar registradas en esta tabla incluyen: la graduación de la actividad en términos del nivel de destrezas, tiempo para su ejecución y repetición; su flexibilidad en términos de espacio, equipamiento y elementos necesarios; su participación cultural; adecuación a la edad y consideraciones de seguridad y costo.

Cuadro 6. FICHA DE ANÁLISIS ESTRUCTURAL DE LA ACTIVIDAD

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD	ENTORNO
DURACIÓN	POSIBLES PRECAUCIONES
DESCRIPCIÓN BREVE	INDICACIONES/CONSIGNAS
MÉTODO DE REALIZACIÓN	
MATERIALES/HERRAMIENTAS/EQUIPO	
OBJETIVOS	
COMPONENTES DE EJECUCIÓN	
POSIBILIDAD DE ADAPTACIÓN	

Cuadro 7. COMPONENTES DE EJECUCIÓN

MOTOR	SENSORIAL	COGNITIVO	PSICOLÓGICO	SOCIAL
Arco de movimiento, fuerza, tono, uso funcional, destrezas motoras finas y gruesas	Esquema corporal, postura, integración sensorial, relaciones visuo-espaciales, integración sensorio-motora, reflejos y sensibilidad	Comprensión, comunicación verbal, escrita, solución de problemas, manejo del tiempo, conceptualización, integración del aprendizaje	Sentimientos y emociones, comportamientos para afrontar problemas, defensas, autoidentidad, autoconcepto	Interacción en día a día e interacción social

El terapeuta ocupacional debe decidir posteriormente que adaptaciones, para la actividad o el entorno, permitirán el éxito o estimularán al cliente. Por otro lado, puede dotar al sujeto de las destrezas o ayudas técnicas necesarias para la consecución del mismo objetivo. Dado que nuestros mayores, sobre todo aquellos que están institucionalizados, pueden presentar diversos desajustes, nos implicaremos a menudo en la primera línea de actuación con el objetivo de que todos puedan participar en una determinada actividad si así lo deciden. Como ejemplo, podemos citar la adaptación de una actividad de bingo donde participan varios usuarios mayores. Es posible que algunos sujetos carezcan de alguna de las destrezas necesarias para poder participar. Por ejemplo, si alguno

de ellos presenta déficit visual, se pueden adaptar los cartones haciéndolos mayores, o con los números en relieve... Si existen usuarios con incapacidad para identificar y comprender los números, bien por analfabetismo, bien por problemas neurológicos o cognitivos, se pueden sustituir por colores. Si algún usuario presenta temblor distal en extremidades superiores, podemos emplear material antideslizante para fijar el cartón y así hasta conseguir que la actividad sea accesible para todos.

CONCLUSIONES

La consideración de ocio como elemento que promueve la salud es tan antigua como el hombre, sin embargo, ha sido en estas últimas décadas cuando las actuaciones dirigidas a lograr el estado de bienestar y mejorar la calidad de vida de las personas han hecho que este fenómeno cobre mayor importancia y se le otorgue el valor que realmente tiene. El ocio es un contexto que contribuye a la satisfacción humana de crecimiento, desarrollo y relación con el entorno, que nos permite manifestarnos con nuestros aciertos y limitaciones, autorrealizarnos. Las experiencias vividas en esta área tienen consecuencias positivas a nivel personal, social y en la calidad de vida de los individuos. No podemos encontrar un espacio mejor para el desarrollo, un espacio que nos de la oportunidad de mostrarnos distintos a nuestros semejantes. Esta significación del ocio se ve incrementada en el momento crítico de la jubilación, proceso que supone un importante cambio de roles y donde existe el riesgo de que el anciano adquiera el que se ha caracterizado como el rol sin rol. Las personas mayores tienen muchas posibilidades de disfrutar un ocio significativo pero en ocasiones carecen de las destrezas necesarias para ello.

La Terapia Ocupacional, empleando actividades de ocio terapéutico como herramienta de trabajo, ha de contribuir a la identificación de los intereses, actividades y capacidades funcionales de cada individuo. Del mismo modo, ha de planificar las adaptaciones necesarias para minimizar los desajustes y conseguir que el ocio sea accesible para todos.

Para finalizar y en lo referente al Ocio Terapéutico, cada día son más las investigaciones que se llevan a cabo en nuestro país sobre este tema. Este hecho, nos proporciona una visión optimista del porvenir de la disciplina. Igualmente, podemos pronosticar que los beneficios obtenidos en la práctica serán los que consoliden la implantación de este tipo programas en un futuro próximo.

BIBLIOGRAFÍA

- BUCETA, J. M., BUENO, A. M. y MÁZ, B.: (2001). *Intervención Psicológica y Salud: Control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson – Psicología.
- GORBEÑA ETXEBARRIA, S. (1997): ADOZ, Boletín del Centro de Documentación de Ocio. Bilbao: Universidad de Deusto, Departamento de Publicaciones.

- HOPKINS, H. L., SMITH, H. D. WILLARD y SPACKMAN (1998): *Terapia Ocupacional*. 8ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- KANNER, A. D., COYNE, J. C., SCHAEFER, C. y LAZARUS, R. S. (1981): *Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events*. *Journal of Behavioural Medicine*, 4, 1-39.
- KIELHOFNER, G. (2004). *Terapia Ocupacional. Modelo de la Ocupación Humana. Teoría y Aplicación*, 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- O'MORROW, G. (1991): *Therapeutic recreation practitioner analysis*. Virginia: National Recreation and Park Association.
- PEDRET ROVIRA, I. M. (2003): *Sociología, antropología y demografía del envejecimiento*. Curso de postgrado demencias y enfermedad de Alzheimer. Barcelona: Institut Superior d'Estudis Psicològics.
- REED, K. L. y SANDERSON, S. N. (1992): *Concepts of Occupational Therapy*. Baltimore, Lippincott: Williams and Wilkins.
- ROMERO, D. y MORUNO, P. (2003): *Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas*. Barcelona: Masson.
- SAN SALVADOR DEL VALLE, R. (2000): "Políticas de ocio y cultura", en Conferencia Iberoamericana de Ministros de Cultura (5 y 6 de septiembre de 2000, Ciudad de Panamá). Disponible en: <http://www.oei.es/delvalle.htm>.
- (2002): *El ocio se hace mayor*. ADOZ, Boletín del Centro de Documentación en Ocio. Bilbao: Universidad de Deusto, Departamento de Publicaciones.
- TRILLA, J. (1991): "Revisión de los conceptos de tiempo libre y ocio", *Infancia y Sociedad*, 8, 18-31.

Páginas Web:

<http://www.ocio.deusto.es/formación/ocio21/boletín9/cuestiones.htm>

MUSICOTERAPIA: CULTO AL CUERPO Y LA MENTE

PILAR CAMACHO SANCHEZ

*Utilizar la música para mejorar el cuerpo,
reforzar la mente y desatar el espíritu creativo
no tiene edad, ni sexo, ni raza...
y tampoco presenta fecha de caducidad*

INTRODUCCIÓN. UNA PERSPECTIVA ACTUAL

Mucho se ha escrito acerca de la musicoterapia y mucho tiempo ha pasado desde el momento en el cual las primeras relaciones entre *la música y la terapia* se remontaban a la utilización *del sonido y el movimiento* con fines curativos y mágicos en las culturas primitivas a través de la figura del médico-brujo, el shamán, el curandero o el sacerdote-doctor. Existe una gran diferencia entre estas prácticas primitivas de curación y las aplicaciones profesionales y científicas de la música que se realizan en la actualidad.

A lo largo de los años las aportaciones realizadas por distintos autores en temas centrados sobre la identidad, definición y conceptualización de la musicoterapia han permitido que ésta desarrollara un cuerpo teórico propio definiendo sus objetivos (Alvin, 1978; Thayer & Gastón, 1971; Bruscia, 1987; Wheeler, 1983; 1987), y modelos de trabajo adaptándolos a las necesidades específicas de su práctica profesional (Alvin, 1978; Benenzon, 1989, 1991; 1998, Nordoff y Robbins, 1977, 1982; Bruscia, 1987, 1995; Bright, 1993; Heal y Wigram, 1993; Ruud, 1993; Di Franco y De Michele, 1995; Wigram y col. 1995).

A este proceso de construcción teórica ha contribuido el trabajo conjunto entre investigadores y musicoterapeutas. La investigación sobre la práctica profesional como modelo de conceptualización teórica ha sido implementada en el campo de la musicoterapia a través de diseños de investigación de carácter cuantitativo o cualitativo en función de los objetivos y necesidades de los temas específicos de investigación (Wheeler, 1995; Aldridge, 1996; Langenberg y col. 1996; Smeijsters, 1998). Los resultados obtenidos han aportado nuevos conocimientos al contenido teórico-metodológico de la disciplina acelerando su proceso de difusión mundial.

La musicoterapia es hoy una profesión oficialmente reconocida con estudios de grado universitario en Argentina, Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, Gran Bretaña, Holanda, Noruega, Finlandia, Portugal y Uruguay.

En este artículo se analiza la contribución de la musicoterapia al ámbito gerontológico, introduciendo previamente al lector con las nociones elementales de una práctica que tiene sus orígenes en el antiguo Egipto, aun cuando el uso racional de la música para prevenir y curar enfermedades haya que ubicarlo en la Grecia de Platón y Aristóteles, precursores, por tanto, de lo que con el paso del tiempo se convertiría en la musicoterapia actual, un *subsistema del conjunto de las ciencias y tecnologías de la salud, que concibe al hombre como unidad biopsicosocial, y que emplea el discurso sonoro-corporal como herramienta terapéutica*.

En este sentido, he creído conveniente partir de la definición de musicoterapia, y examinar después otras cuestiones esenciales a la comprensión del ámbito aplicado, reducido aquí por dilatado que resulta la esfera geriátrica y gerontopsiquiátrica; cuestiones como los objetivos, principios, función y metodología de la musicoterapia, o los efectos de la música sobre el organismo, que sirven de preámbulo a lo que constituye en sí la primera finalidad de esta ponencia: mostrar los beneficios que la música reporta a las personas en general y, en particular, a las personas de avanzada edad.

Hay que resaltar, que la musicoterapia, entendida como la utilización de música y sonidos con fines terapéuticos, contempla y favorece el desarrollo integral de la persona, y se encamina hacia la salud en términos de un completo equilibrio o bienestar: físico, mental, social e incluso espiritual.

Por sus repercusiones psicofisiológicas, la música puede concebirse como *instrumento terapéutico*, sin dejar de ser por ello, expresión íntima de todo cuanto conforma al individuo (sentimientos, emociones, estados y pensamientos). La música permite la *identidad emisor-receptor*, es un lenguaje universal que ambos contemplan y entienden con independencia de la educación. Y esto es así, porque habita *el plano no verbal*, permitiendo un acceso inmediato a todos los niveles de funcionamiento humano: físico, intelectual y afectivo-emocional. En efecto, la música comparte con otras manifestaciones artísticas, un sentido universal que garantiza y permite su acceso a todos los individuos, aspecto éste esencial desde la perspectiva terapéutica. La música es un lenguaje de emociones, un íntimo diálogo entre músico y público; un sentimiento que se transmite y genera a su vez equiparable sentimiento en el oyente.

¿Qué decir tiene, que la interconexión de la música con el psiquismo humano, contribuye a su liberación, una liberación de naturaleza catártica que prevalece en el entorno terapéutico. Pero además, la importancia de la música en la génesis de determinados estados de ánimo, preside su incorporación al mundo de los medios audiovisuales (por ejemplo en la publicidad). Y es que la música es una variable que puede ser manipulada con vistas a crear sentimientos y emociones diversas (alegría, tristeza, etc.). La música relaja o inhibe, excita o

activa el organismo; todo ello, conforme a sus características y objetivos. La incorporación de la música al marco terapéutico, ha supuesto también un gran avance en el tratamiento de problemáticas diversas (discapacidades sensoriales y físicas, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, autismo, esquizofrenia, distintas adicciones, deficiencias del lenguaje, etc.). Incluso David Albrigde (1996), habla de su eficacia en una enfermedad tan grave como la enfermedad de Alzheimer.

Muchos de estos problemas, conviven en la etapa de vejez del individuo. Y por eso, esta ponencia se dedica a analizar las ventajas de la musicoterapia en el grupo población formado por personas prejubiladas y/o mayores de sesenta y cinco años. Es en ese momento en que la persona inicia un manifiesto deterioro, cuando la musicoterapia muestra una de sus facetas más interesantes. En palabras del doctor Benenzon, "la Musicoterapia es la primera técnica de acercamiento al ser humano, y también la última en acompañarlo", reflexión oportuna cuando por ley natural la vejez es la etapa que precede al final de las personas. Lejos de todo dramatismo, centremos el discurso en esta consecuencia del discurrir vital y personal de cada uno: *¿cuál es la contribución de la musicoterapia a tan delicado momento de la vida? y, ¿cómo la musicoterapia actúa de herramienta preventiva y efectiva para el cuerpo y la mente?*

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUSICOTERAPIA

La musicoterapia no constituye ninguna innovación, aunque el desarrollo de sus fundamentos científicos se encuentra en pleno desarrollo. El uso de los sonidos y la música como elementos fundamentales del desarrollo global del individuo se han utilizado en culturas anteriores a la nuestra.

Esta rápida expansión se comprueba fácilmente revisando los acontecimientos que se suceden alrededor del mundo. En los últimos años ha crecido en número la organización de *Encuentros Científicos* (Congresos Mundiales, Europeos, Latinoamericanos, Nacionales, Jornadas, Seminarios y Foros) y se ha potenciado su *Desarrollo Académico* a través de la organización de Programas Reglados y No Reglados de Formación (Licenciaturas, Doctorados, Masters y Cursos), organizados en distintos países por diferentes instituciones (Universidades, Conservatorios, Asociaciones Profesionales y Escuelas de Formación).

En nuestro país ha sido en estas dos últimas décadas cuando se ha comenzado a desarrollar estudios, trabajos, investigaciones y divulgaciones de esta nueva disciplina, llegando en 1993 a organizarse en Vitoria-Gasteiz el VII Congreso Mundial de Musicoterapia, al que, evidentemente, han seguido y siguen celebrándose diferentes eventos nacionales e internacionales al respecto.

Hasta la fecha, la Musicoterapia en España no es una titulación oficial dentro del Catálogo de Titulaciones ofertado por el Ministerio de Educación ni una profesión legalmente reconocida por el Ministerio de Trabajo. La formación en Musicoterapia solamente se oferta hasta el momento, como estudios de Post Grado Universitario con diferente carga lectiva y duración. Dentro de los

estudios oficiales reconocidos por el Consejo de Universidades son, hasta el momento, las Diplomaturas de Maestro Especialista en Educación Especial, en Trastornos de Audición y Lenguaje y en Educación Musical, Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, las que ofertan asignaturas obligatorias u optativas de Musicoterapia en función del plan de estudio diseñado por cada Universidad.

En mi opinión, esta posibilidad de inclusión de la Musicoterapia como asignatura optativa en diferentes planes de estudio permite no solo la difusión de esta disciplina entre los estudiantes de diferentes carreras universitarias. Además, avala la importancia de incluir este conocimiento en las especialidades citadas favoreciendo el intercambio profesional a través de la integración de sus técnicas específicas con otras profesiones resaltando el carácter interdisciplinar de la musicoterapia.

¿QUÉ ES LA MUSICOTERAPIA? DEFINICIÓN CAMBIANTE

Existen numerosas definiciones de la musicoterapia. Así, mientras Rolando Benenzon (1998) dice que es “esa parte de la medicina que estudia el complejo *sonido / ser humano / sonido*, utilizando el movimiento, el sonido y la música, para abrir canales de comunicación en el ser humano, con el objetivo de obtener los efectos terapéuticos, psicoprofilácticos, así como una mejora para él y su entorno”, Alice Berthomieu (1994) nos habla de “una intervención que está centrada sobre el sujeto en su relación con la comunicación”, Bruscia (1987) de “un proceso dirigido a un fin, en el que el terapeuta ayuda al cliente a acrecentar, mantener o restaurar un estado de bienestar utilizando experiencias musicales, y las relaciones se desarrollan a través de ellas, como fuerzas dinámicas de cambio”, y Poch (1981) de “la aplicación científica del arte de la música y la danza, con finalidad terapéutica para prevenir, restaurar y acrecentar la salud tanto física como mental y psíquica del ser humano, a través de la acción del musicoterapeuta”.

Muchas son, en efecto, las definiciones que se han hecho de la musicoterapia, pero vamos a quedarnos con la que ofrece una de las instituciones más importantes en el tema, la National Association for Music Therapy (NAMT), en el folleto *A Career in Music Therapy* editado por ella: musicoterapia es “el uso de la música en la consecución de objetivos terapéuticos: la restauración, el mantenimiento y el acrecentamiento de la salud tanto física como mental. Es también la aplicación científica de la música, dirigida por el terapeuta en un contexto terapéutico para provocar cambios en el comportamiento. Dichos cambios facilitan a la persona el tratamiento que debe recibir, a fin de que pueda comprenderse mejor a sí misma y a su mundo, para poder ajustarse mejor y más adecuadamente a la sociedad”.

La musicoterapia no es sino una *disciplina paramédica* que utiliza el sonido, la música y el movimiento para producir efectos positivos en la/s persona/s, que elabora y desarrolla un vínculo entre musicoterapeuta e individuo (o grupo de individuos), con el objetivo de mejorar su salud y calidad de vida; *una terapia* fundada en la interacción personal y un acuerdo

terapéutico, más o menos implícito, con la que se persigue modificar la conducta y la experiencia psíquica de las personas, maximizando así su integración al medio.

En definitiva, la musicoterapia es *un arte hecho ciencia y una ciencia con arte*; una ciencia emergente pero, sobre todo, un camino aún por descubrir; un camino, que a lo largo del proceso musicoterapéutico, explora la dimensión humana en toda su complejidad, para abrir canales de comunicación, y cuya paulatina ramificación ha posibilitado nuevas y sólidas perspectivas de intervención.

LA MUSICOTERAPIA COMO DISCIPLINA

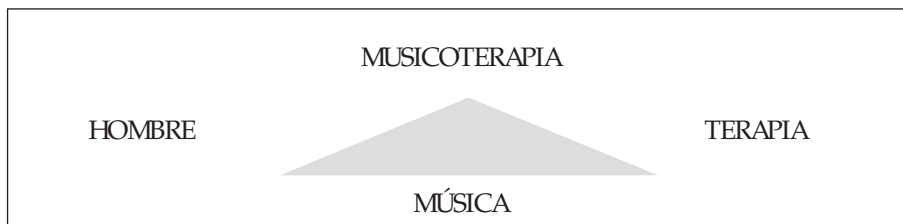
Pensamos que aun sigue vigente, sobre todo en España donde la musicoterapia es una disciplina mal conocida, la idea con la cual Kenneth Bruscia comienza su libro *Defining Music Therapy* en 1989: *...la gente pide explicación sobre qué es la musicoterapia por que esta es relativamente un campo nuevo que aún no se encuentra difundido.*

En este libro, dedicado íntegramente a la problemática teórica de definir la musicoterapia a través del análisis exhaustivo de las definiciones de musicoterapia existentes hasta la fecha de publicación, el autor explica las causas de esta problemática llegando a la conclusión de que parece haber, desde una perspectiva internacional, casi tantas definiciones de musicoterapia como musicoterapeutas y tanta disparidad de criterios al enunciadas como utilidades deba tener esa definición.

Este desacuerdo, si se quiere histórico, viene sustentado por el propio carácter diverso e interdisciplinar de la musicoterapia que determina que tenga varios aspectos que dificultan su definición: *En su intento de definición a lo largo de la historia la musicoterapia ha tratado de afirmarse como disciplina autónoma valiéndose de diferentes justificaciones teóricas que han pasado por la magia o la religión, hasta reconocer como disciplinas que forman parte de sus presupuestos teóricos a la música, filosofía, teología, medicina, física y psicología. Estos conocimientos presupuestos son extraídos de otro campo de la investigación, donde ya han sido contrastados, probados o categorizados.* (Schapira, 1993)

Aceptar la idea de que la musicoterapia es híbrido de muchas disciplinas, es interdisciplinaria por naturaleza y que es resultado de una combinación de muchas disciplinas alrededor de dos temas principales, *la música y la terapia*, permite comprender su esencia, *... como cuerpo de conocimiento es interdisciplinaria, es una combinación de varias disciplinas que interactúan juntas para dar paso a esta nueva disciplina que integra el arte, la ciencia y un proceso interpersonal, que como modalidad de tratamiento es diversa, teniendo una identidad doble como disciplina y profesión en desarrollo* (Bruscia, 1989:14).

Gráfico 1. Terapia y música en el hombre (Bruscia y Sabatella)



La musicoterapia es la unión de *música y terapia* y se nutre de disciplinas relacionadas para construir su cuerpo teórico. Es *arte y ciencia* que se desarrolla dentro de un proceso interpersonal. Siguiendo la línea de conceptualización planteada por Bruscia (1989) citamos como disciplinas relacionadas a la musicoterapia:

Tabla 1: Disciplinas relacionadas con la Musicoterapia (Adaptado de Bruscia, 1989)

RELACIONADAS CON LA MÚSICA	RELACIONADAS CON LA TERAPIA
<ul style="list-style-type: none"> • Psicología de la Música • Sociología de la Música • Filosofía de la Música • Antropología de la Música: <li style="padding-left: 20px;">Etnomusicología • Historia de la Música • Teoría de la Música • Acústica y Psicoacústica • Educación Musical • Pedagogía Musical • Composición y Audición • Danza • Teatro • Poesía 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicología • Psiquiatría • Medicina • Neurología (Neuro-musicología) • Trabajo Social • Fisioterapia • Enfermería • Terapia Ocupacional • Terapias de la Comunicación • Terapias del Lenguaje (Logopedia) • Recreación Terapéutica • Educación Especial

Desde esta *identidad multidisciplinar* el desafío teórico de la musicoterapia es encontrar su unicidad en su *diversidad* y la *doble identidad* que la caracteriza como disciplina y profesión permite entender este hecho.

Como disciplina es un cuerpo organizado de conocimientos y practicas esencialmente relacionado con el proceso por el cual el terapeuta utiliza la música para ayudar al paciente a recuperar la salud. Como profesión la musicoterapia es un grupo organizado de personas que comparten, utilizan y producen adelantos en ese cuerpo de conocimiento y practicas a través de su trabajo como clínicos, supervisores, teóricos, investigadores, educadores. (Bruscia, 1995:18)

Pero la musicoterapia es más que una simple unión de conocimientos de varias disciplinas. En su desarrollo teórico, la musicoterapia tiene superado ya el itinerario de *pre-ciencia* (Kuhn, 1971) caracterizado por un total desacuerdo y un constante debate de conceptos fundamentales, en la que llegan a coexistir tantas teorías como trabajadores en ese campo. Llevado a nuestro campo nos sitúa en los años setenta principios de los ochenta, donde la preocupación de los musicoterapeutas era definir su área de trabajo y los límites de la misma, así como crear sus objetos de estudio.

Después de casi cincuenta años de existencia reconocida de la musicoterapia sí existe un consenso teórico, una *matriz disciplinar* compuesta por todos los elementos, generalizaciones simbólicas y modelos que permiten identificar una comunidad científica y una convergencia de criterios, interpretaciones y métodos que hacen posible un trabajo en común y reconocer una identidad profesional. Aún podemos discutir el estatus de ciencia de la musicoterapia desde el punto de vista epistemológico, pero lo que no podemos discutir hoy a las puertas del nuevo milenio es la actitud científica que debe tener el musicoterapeuta y/o quien se dedique al estudio y práctica de la disciplina.

Otro punto de conflicto en su definición fue diferenciar la *musicoterapia de la Educación Musical Especializada en particular* (Benenson, 1971:13) y los diversos usos que se hacen de la música con diversos fines como pueden ser la utilización de la música en relajación, en experiencias religiosas, para potenciar el bienestar y el crecimiento personal o la música funcional.

Consideramos que esta confusión pertenece históricamente a un momento pasado que podemos localizar en la década de los setenta y ochenta. En la actualidad, la *Musicoterapia* y la *Educación Musical Especializada* son dos profesiones complementarias cuyos campos de acción están claramente delimitados. Comparten el mismo material de trabajo, el sonido, la música y el movimiento, y algunos recursos metodológicos, pero difieren en sus objetivos y en la forma de trabajar con la música.

La *Educación Musical Especializada* centra sus objetivos en el proceso de musicalización y aprendizaje musical de personas con necesidades educativas especiales, volverlos sensibles y receptivos al fenómeno sonoro para provocar respuestas de índole musical y desarrollar habilidades básicas relacionadas con el hecho estético musical: cantar, marcar el pulso, ejecutar un instrumento...

La *Musicoterapia* utiliza la música para lograr una modificación en algún área en la vida de un individuo, su objetivo es mejorar el estado general del paciente actuando simultáneamente en las áreas sensorio-motriz, afectiva y cognitiva, haciéndole participe de una experiencia estético musical. De esta forma se trabajan objetivos no musicales, terapéuticos, a través de la experiencia musical.

El valor terapéutico de la música no está necesariamente en relación con su calidad ni con la perfección de las ejecuciones. Su efecto obedece, en primer lugar, a la influencia sobre el hombre de los sonidos. origen de la música. y cuyo valor curativo. perjudicial o negativo serán evidentes (Alvin, 1984: 11).

Desde el *punto de vista metodológico* sería poco serio no reconocer que el desarrollo de las corrientes pedagógico-musicales de este siglo ha contribuido al desarrollo meto do lógico de la musicoterapia. Los trabajos realizados a principios de siglo por los pedagogos musicales Jacques Dalcroze, Edgard Willems, Carl Orff y Maurice Martenot, en la enseñanza de la música en niños normales como con niños deficientes han contribuido al desarrollo meto do lógico con sus técnicas de trabajo, así como las nuevas tendencias pedagógicas a partir de la música del S. XX incorporadas por Murray Schafer, John Paynter o Violeta de Gainza.

No hay que olvidar los aportes que realiza la musicoterapia a la educación musical y viceversa, ambas se enriquecen en este proceso. *La musicoterapia brinda a la educación musical* una visión más amplia del fenómeno sonoro musical y su relación con la vida física, psíquica y social del individuo, ayudando a flexibilizar y desarrollar el proceso de musicalización desde una perspectiva mas abierta y dinámica valorando las producciones propias no solo desde el punto de vista estético musical, sino como acto expresivo de ese sujeto. *La educación musical brinda a la musicoterapia* toda una serie de recursos metodológicos específicos y estrategias para desarrollar la musicalidad desde una fundamentación psicopedagógica eminentemente musical, brindando pautas para comprender el proceso musical y evaluarlo. En la actualidad los aportes de la pedagogía musical a la musicoterapia se focalizan en cómo las estrategias didáctico-musicales son útiles a la formación específica del musicoterapeuta (Facchini, 1995; Sabbatella, 1995; Gainza, 1998) y en cómo estas estrategias pueden servir a la musicoterapia para el desarrollo de nuevas técnicas de trabajo.

Planteados los aspectos que llevaron y llevan a confusión en la definición como una disciplina autónoma con carácter propio como consecuencia de la crisis de identidad en la que estuvo sumida la musicoterapia en la década de los setenta/ochenta que se tradujo en las muchas y variadas definiciones existentes de musicoterapia, y reconocida la utilidad del variado número de definiciones que han permitido delimitar la identidad profesional de esta disciplina marcando pautas y límites a la practica clínica, teórica y de investigación y especificando el cuerpo de conocimientos teóricos y prácticos necesarios para su enseñanza académica, citemos algunas definiciones.

El libro de Bruscia (1989) recoge cuarenta y un definiciones diferentes de musicoterapia enunciadas por diversas asociaciones de musicoterapia y musicoterapeutas del mundo...

La musicoterapia es un proceso, una intervención sistematizada, regular y organizada que se desarrolla en el tiempo, en áreas musicales y no musicales. No es una intervención terapéutica aislada o una única experiencia musical que lleva a una cura espontánea, es un proceso de cambio gradual que conducirá al cliente a un estado deseado, y para el terapeuta una secuencia sistemática de intervenciones que llevaran a cambios específicos al paciente. (Bruscia, 1989:44)

El libro *Los caminos de la Musicoterapia* (Ruud, 1993) analiza esta relación existente entre los diferentes enfoques que tienen las distintas prácticas de la

musicoterapia con las distintas corrientes psicoterapéuticas actuales. Hoy, 22 años después, aún podemos encontrar nuevas definiciones. Como ejemplo, valga la definición de musicoterapia presentada por la *Federación Mundial de Musicoterapia* en el VIII Congreso Mundial de Musicoterapia celebrado en Hamburgo en Julio de 1996, realizada por la comisión de Práctica Clínica:

...La musicoterapia es el uso de la música y/o de sus elementos musicales (sonido, ritmo, melodía y armonía) por un musicoterapeuta cualificado con un paciente o un grupo, en un proceso diseñado para facilitar y promover la comunicación, las relaciones interpersonales, el aprendizaje, la movilización, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, con el fin de lograr cambios y satisfacer necesidades en el tratamiento de personas con necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. El objetivo de la musicoterapia es desarrollar y/o restaurar funciones en el individuo para que así ella o él puedan actuar e integrarse mejor intra e interpersonalmente y en consecuencia desarrollen una mejor calidad de vida a través de la prevención, la rehabilitación o el tratamiento.

Maranto (1993), indica que resulta importante el desarrollo de una definición internacional de musicoterapia que sintetice la divergencia en la práctica a su vez representando todas las prácticas. Desde una perspectiva internacional, las normas para la educación y formación en musicoterapia, su practica profesional y los códigos deontológicos internacionales se deben basar en el conocimiento integro y exhaustivo de la práctica en cada país.

PROCESO MUSICOTERAPEÚTICO

Al ser conjunción de *música y terapia* tendremos que describir y analizar un proceso musicoterapéutico desde tres perspectivas simultáneas: *artístico, creativo y científico*. Estos tres procesos diferentes no son excluyentes y se superponen, lo que determina algunas contradicciones en la práctica profesional, ya que cada proceso en particular se presta a varias orientaciones teóricas (Bruscia 1987).

Como *proceso artístico* se relaciona con los procesos intuitivos y con las capacidades expresivas y artísticas tanto del musicoterapeuta como del paciente. Estos procesos artísticos tienen que ver con la interpretación, composición, improvisación, que para el paciente se convertirán en un medio de expresión de sus necesidades a través de la experiencia musical, y para el musicoterapeuta el proceso artístico será llevar música al paciente y de interactuar musicalmente con él. Es el arte de escuchar la música del paciente y entenderla en su contexto y también hacer que la experiencia resulte estética para el paciente.

Como *proceso creativo* la música en sí misma ejemplifica los principios de proceso creativo. La musicoterapia se preocupa de las etapas que identifican, exploran, prueban y seleccionan alternativas, encontrando formas creativas de tratar con los pacientes y sus problemas, adaptándose a la patología y al paciente, quien cobra vital importancia ya que todas las intervenciones clínicas comienzan desde él.

Como *proceso científico* implica la secuencia de un tratamiento terapéutico, definiendo y controlando variables, recogiendo información, analizando e interpretando los resultados y demostrando la eficacia del trabajo de manera sistemática presentando los resultados obtenidos a la comunidad científica.

Consideramos que la musicoterapia como disciplina debe ser un perfecto equilibrio entre la investigación en las *áreas generales de música, psicología y medicina*. No puede ser música con un poco de psicología o viceversa, tiene que ser una integración real de conocimientos de ambas áreas para delinear su propia identidad. Desde esta perspectiva, queda claro que la *diversidad* se expresa en todos los componentes de esta disciplina: en su fundamentación teórica interdisciplinar, en la variedad de aplicaciones que como técnica se hace de ella, en la variedad de personas que pueden beneficiarse de su utilidad, en la variedad de modelos y técnicas de trabajo existentes, la flexibilidad metodológica que la caracteriza y en las amplias posibilidades temáticas de investigación.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA MUSICOTERAPIA

Por lo que respecta a los principios de la musicoterapia, los distintos autores subrayan diferentes aspectos de la misma. Analizados en su conjunto, podrían resumirse en:

Principio del "ethos" griego: la teoría griega del "ethos" sostiene que la música tiene un "ethos", y que influye en el estado anímico del hombre. En relación con esto, hay que recordar que Platón atribuía la concordancia de los sonidos (percepción acorde o disacorde) a su concordancia o no con la persona.

Principio holístico: Altshuler (1953) trasladó la teoría de W. WHYTE a la musicoterapia, subrayando su valor holístico; es decir, su acción global sobre el organismo. Desde esta perspectiva, la música repercute en la globalidad o totalidad del organismo, si bien diferencialmente, conforme al fragmento o pieza musical de que se trate. El organismo humano es un todo compacto y unitario (cuerpo y alma se influyen recíprocamente).

Principio homeostático: conforme a este principio, la música y todas las artes, contribuyen de alguna manera a la homeostasis social, intelectual, estética, etc. del individuo, a su equilibrio personal. Así, por ejemplo, el ritmo y la melodía regulan la agresividad de las personas.

Principio de ISO: este término (que significa "igual" en griego), fue acuñado por Benenzon para indicar la idea de que existen sonidos o fenómenos sonoros internos que nos caracterizan e individualizan. El ISO contiene nuestros arquetipos sonoros, nuestras vivencias sonoras, desde el principio hasta nuestros días. Es un elemento dinámico que, perceptualmente hablando, reúne pasado y presente. Conforme a este principio, para producir un canal de comunicación entre terapeuta y paciente, debe coincidir el tiempo mental del paciente con el tiempo sonoro musical ejecutado por el terapeuta o de la música escuchada (Benenzon, 1981). Esta identidad entre música y estado de ánimo / tempo mental de paciente, es algo sobre lo que ya trabajó Altshuler, constatando que

mientras los *sujetos deprimidos* (con un tempo mental lento) eran estimulados o respondían mejor a la música triste (tempo lento, andante), *los maníacos* lo hacían a la alegre (tempo rápido, allegro). Este principio de identidad sonora, es fundamental en musicoterapia. Viene a decir que cada individuo se comunica y manifiesta conforme a un tempo mental, según sus vivencias acústicas, intrauterinas, infantiles, familiares y socioculturales. Así, podríamos matizar respecto al principio del ISO en:

Un *ISO gestáltico*, característico de cada persona (por ej.: las palabras, el canto, el susurro de la voz de la madre, son vitales para el embrión en gestación y forman parte del ISO gestáltico).

Un *ISO cultural*, producto de la configuración global de la que el individuo y su grupo forman parte (por Ej.: Los sonidos del teléfono, la radio o la televisión).

Un *ISO complementario*, vinculado a los cambios que se operan cada día o en cada sesión musicoterapéutica, por efecto de las circunstancias ambientales y dinámicas.

Un *ISO universal*, que identifica a todos los seres humanos con independencia del contexto sociocultural, histórico y psicofisiológico (por Ej.: Los latidos del corazón o los sonidos de la inspiración / expiración).

Un *ISO grupal*, identidad cambiante que se forma por las energías de los ISOS *gestálticos, universales y culturales* de un grupo de individuos que comparten los mismos objetos intermediarios, las mismas circunstancias, y que utilizan canales de comunicación semejantes.

Principio del objeto intermediario: por objeto intermediario, entiende Benenzon (1989) "un instrumento de comunicación capaz de actuar terapéuticamente sobre el paciente, mediante la relación, sin desencadenar estados de alarma intensos". En este sentido, el objeto intermediario no es sino aquello a través de lo cual se establece la relación, la comunicación, el vínculo (por Ej.: los instrumentos musicales y sonidos, la voz humana, son objetos intermediarios).

Principio hedonista o del placer: conforme a este principio, el individuo se siente atraído por la experiencia placentera de la música y los sonidos. En este sentido, el placer estético se produce por la proyección del individuo en la música, y su identificación con los sentimientos que de ella emanan.

Principio de compensación: el principio de compensación viene a subrayar el hecho de que, a través de la audición y la práctica instrumental, las personas buscan y eligen aquella música capaz de suplir sus carencias en un momento dado. Por ejemplo, cuando estamos tristes y queremos animarnos, elegimos una música alegre (acorde con el estado que queremos conseguir).

OBJETIVOS EN MUSICOTERAPIA

El carácter *interdisciplinario y diverso* de la musicoterapia determina que los musicoterapeutas puedan desarrollar su labor profesional en diferentes áreas de trabajo pudiendo ser empleados en distintos tipos de instituciones (centros

de salud, de educación, hospitales, centros de educación especial, prisiones, centros de salud mental, hospitales de día, comunidades terapéuticas, centros de rehabilitación de drogadictos y alcohólicos, geriátricos públicos y privados) o realizar una práctica privada de la profesión.

También es diverso el tipo de población con las cuales puede aplicarse: personas de todas las edades cronológicas y mentales, discapacitados físicos y psíquicos, problemas de aprendizaje, de audición y lenguaje, trastornos emocionales, autistas, psicosis, drogadicción, SIDA, anorexia, geriatría.

Desde esta diversidad profesional podemos decir que con carácter general la musicoterapia puede aplicarse en los tres ámbitos que Caplan (1964) establece como *prevención primaria, secundaria y terciaria*. Estos ámbitos determinan poblaciones con las que trabajar y objetivos específicos a conseguir en función del contexto en el cual se encuentran y las características que presentan. De esta forma la musicoterapia puede aplicarse *en las áreas de prevención, educación, educación especial, rehabilitación, salud mental y medicina*.

Como consecuencia de esta gran variedad campos específicos en los que un musicoterapeuta puede desarrollar su labor profesional actualmente está comenzando a hablar de especializaciones profesionales, ya que resulta muy diferente la perspectiva de trabajo según los pacientes con los que se trabaja.

Los objetivos naturales en musicoterapia para todas las personas, independientemente de su edad, género, problemas, etc., persiguen el fin de:

Establecer la comunicación: La música, tanto si se escucha como si se ejecuta, favorece y posibilita un intercambio de ideas o sentimientos con otras personas. La comunicación es la expresión creativa y vivencial de nuestros sentimientos, emociones, evocaciones, percepciones y pensamientos a través de los diferentes lenguajes: verbal, no verbal y sonoro.

Mejorar relaciones interpersonales: La música es la más social de todas las artes, ha sido experiencia común en todos los tiempos. En sí misma es una poderosa influencia integradora, aporta un sentimiento de orden, de tiempo y de continuidad. Los sonidos que penetran dentro del grupo son percibidos por todos, creando un clima emocional que permite expresarse y relacionarse con sinceridad, integridad y plenitud. Hacer música es una experiencia compartida que se desarrolla y se disfruta a partir del conocimiento de uno mismo y de su aptitud para comunicarse

Desarrollar el conocimiento de uno mismo: Cuando la persona ejecuta o realiza alguna actividad instrumental, al margen de su capacidad, se desenvuelve en un mundo de acción positiva, adquiere medios técnicos de expresión, desarrolla relaciones personales sanas, se conduce de una forma social adecuada, etc. Las actividades musicales pueden ayudarle a que adquiera o desarrolle conocimiento de sí mismo y de los demás. Y obtener experiencias gratificantes consigo mismo.

Desarrollar la capacidad de autoexpresión: La música que tiene el poder de evocar, asociar, e integrar es un recurso excepcional de auto-expresión y liberación emocional. La emoción es una reacción dinámica a ciertas experiencias y necesita una salida. Ésta se hace consciente sólo cuando ha tomado forma mediante algún recurso de auto-expresión. Como medio de auto-expresión la música trae a la conciencia emociones profundamente asentadas y proporciona la vía de comunicación necesaria.

La posibilidad de *trabajar con diferentes tipos de personas* determina que deban *plantearse objetivos y criterios de aplicación específicos en cada caso*, llevando a organizar el tratamiento desde un enfoque y un modelo de trabajo diferente en las distintas áreas. La musicoterapia es una disciplina con diferentes modalidades de trabajo. Bajo esta perspectiva reafirma su unidad epistemológica en la diversidad teórica y práctica y encuentra su unidad en el estudio de la relación existente entre el hombre y el sonido y las utilidades terapéuticas que de ella pueden derivar.

FUNCIÓN DE LA MÚSICA EN LA MUSICOTERAPIA

En los inicios de la musicoterapia se intentó descubrir y enunciar principios universales en los que se afirmara que ciertos tipos de música eran útiles para el tratamiento de ciertas enfermedades específicas. Este tipo de «Vademecum Musical» carece de rigor científico y académico para la musicoterapia moderna no sólo por lo efímero de su fundamentación, sino por los aportes significativos que brindan a la conceptualización de la musicoterapia los avances en las investigaciones sobre la influencia de la música en el individuo.

La música siempre ha estado vinculada a la vida social del hombre y ocupa un lugar importante. Los estudios acerca de las funciones que cumple la música en el ámbito social, qué uso hacen las personas de ella en diferentes situaciones, cómo modela los gustos e influye en el desarrollo de diferentes capacidades, aportan a la musicoterapia un sistema de conceptos y relaciones que permiten comprender y fundamentar como y por qué la música puede tener una utilidad terapéutica. Las personas estamos influenciadas por la música en el ámbito biológico, psicológico, social y espiritual (Meniam, 1964; Sears, 1968; Fraise 1976; Despina 1986; Homigsheim, 1989; Thaut, 1990; Maranto 1993; Smeijters, 1995; Abeles y Won Chung, 1996; Bartlett, 1996; Hodges, 1996; Hargreaves, 1998). Las conclusiones de estos estudios informan de que la música acompaña al hombre en su desarrollo onto y filogenético en distintas situaciones y cumpliendo diferentes funciones sociales, siendo una de estas la terapéutica. Existe un acuerdo general de cómo se percibe la música (ver Gráfico 1) y las funciones que ésta puede tener para un individuo, pero también existen grandes diferencias individuales y se reconoce que las respuestas a la música son personales. Para responder las cuestiones sobre el significado de la música se debe conocer el contexto biográfico, histórico y cultural tanto de la música como de la persona que la vivencia (Ruud, 1990:155).

Gráfico 2: Binomio música y hombre (Sabatella)



En ocasiones resulta difícil disociar los efectos fisiológicos de los psicológicos que produce la música, ya que muchas veces su influencia es recíproca. Desde el punto de *vista psicológico* la música puede evocar recuerdos, sensaciones perceptivas de olor, color, puede suprimir la sensación de espacio, deformar o eliminar el sentido del tiempo, puede tender un puente entre lo real y lo irreal estimulando la fantasía, evocar el éxito o el fracaso de una situación a la que este asociada y permite expresar emociones afectando el estado de ánimo individual y grupal. Perceptivamente el fenómeno de gran utilidad para obtener información acerca del mundo que nos rodea, sirve de vehículo para la expresión de diferentes sentimientos y emociones y acompaña actividades de nuestra vida cotidiana.

La influencia que la música tiene sobre el hombre determina unas características sonoro-musicales diferentes en cada individuo y/o grupo social. Estas características se desarrollan desde el vientre materno y evolucionan a lo largo de la vida al igual que lo hacen otros aspectos del individuo dentro del ambiente cultural y familiar en el que éste se desarrolla.

...la música que cada individuo absorbe y guarda para sí -consciente o inconscientemente- va conformando un fondo. un mundo sonoro interno, peculiar y único que puede considerarse como el reflejo de su propia identidad personal. (Gainza, 1997:110)

Dentro de estas *características musicales que definen a un individuo podemos citar* los elementos sonoro-musicales del lenguaje verbal (musicalidad del lenguaje); las características tímbricas de la voz, las inflexiones y variaciones en el contorno rítmico y melódico del habla, la velocidad y la expresividad al hablar, la forma particular de gritar, reír, llorar, las expresiones onomatopéyicas que se utilizan para acompañar la expresión de estados de ánimo, los sonidos corporales: los sonidos producidos al moverse y/o caminar, los sonidos corporales internos, los sonidos que agradan o desagradan, los gustos musicales, las capacidades musicales particulares que cada individuo desarrolla, conforman una serie de características, que definen al individuo y le ayudan a reconocerse e identificarse como personas.

Este vínculo entre *el hombre y la música* encuentra su aplicación en la práctica metodológica en la musicoterapia. El cuerpo teórico de la musicoterapia reconoce que el vínculo esencial que existe *entre la música y la naturaleza del hombre* es la base y el presupuesto teórico general sobre el que se fundamenta y justifica su práctica. El *objeto de estudio* de la musicoterapia se centra en la relación multifacética del hombre con la música y como de esta pueden obtenerse beneficios (preventivos y/o terapéuticos) para su vida.

El presupuesto teórico de partida en el que se fundamenta el desarrollo de la musicoterapia en este siglo se basa en *la relación existente entre el fenómeno sonoro, el hombre y las relaciones que entre ellos se establecen*, que Benenzon (1998) define como «complejo sonido-ser humano». Otro objeto de estudio que se deriva de esta relación y es de suma importancia para la musicoterapia lo constituyen las respuestas del paciente a la música, o las *producciones corporo-sonoro-musicales o discurso corporo-sonoro-musical*.

...El discurso musicoterapéutico o corporo-sonoro-musical es una realidad observable, ocupa un espacio y se desarrolla en el tiempo, y se produce a partir de la interacción de una persona y/o un grupo con el sonido. Este material: movimientos, gestos, sonidos, ritmos corporales, instrumentales, melodías, palabras, que cada individuo y/o grupo organiza de forma particular según sus características de personalidad. De él se desprende información que nos permite conocer a la persona y/o al grupo que lo producen. (Rodríguez Espada, 1989)

Este es un concepto que debemos tener en cuenta en la práctica musicoterapéutica, ya que de él se desprenderá la información necesaria para poder comprender el paciente y/o grupo con el que trabajemos. A su vez guardará estrecha relación con *la identidad sonora de ese individuo o grupo* en cuestión (a su vez influenciado cultural, social y familiarmente). Conocer el desarrollo de las capacidades y características sonoro-musicales del hombre, las diferentes funciones que tiene la música en el ámbito social y específicamente en un tratamiento musicoterapéutico, permiten al musicoterapeuta obtener información en el área específica en la que incide su trabajo: el área corporo-sonoro-musical. Aspecto importante éste, pues nos brinda información acerca de las características sonoro-musicales del paciente. Estos datos nos permiten entender al individuo con quien debemos tratar y en determinadas patologías se convierten en datos relevantes como primer paso para poder establecer la comunicación (coma, post traumáticos, autismo).

A partir de las investigaciones realizadas sobre este objeto de estudio y los objetos de estudio particulares que se desprenden de él, se deducen una serie de conocimientos que llevados a la práctica fundamentan el trabajo musicoterapéutico en sus distintas facetas.

La musicoterapia es una manera diferente de trabajar con la música, donde lo importante es resaltar por un lado la relación entre el *hombre* y la *música*, y por otro entre la *música* y la *terapia*, y a partir de la combinación de ambos binomios establecer los planteamientos teóricos que pertenecen al propio campo de acción de la musicoterapia. Determinar qué papel juega la música en la musicoterapia, cuáles son sus funciones básicas, cuál es el objetivo de utilizar la música y qué se pretende alcanzar a través de su utilización, ayudan a comprender los diferentes modelos de trabajo existentes y su vinculación con líneas teóricas de pensamiento (Ruud, 1993).

Otro aspecto a tener en cuenta para entender la función de la música en la musicoterapia y a su vez entender *esta utilización en las diferentes metodologías de trabajo* es la diferenciación sobre *cómo se puede utilizar la música*.

Cuando la música se utiliza COMO TERAPIA, la música sirve como el estímulo primario o el medio de respuesta para el cambio terapéutico del paciente. La música se utiliza para influir a nivel corporal, sensitivo, afectivo, cognitivo o en la conducta directamente... En la música como terapia, el énfasis se centra en las necesidades del paciente relacionándolas directamente con la música... El terapeuta se convierte en un guía, facilitador o puente que conduce al paciente a un contacto terapéutico con la música. El musicoterapeuta tiene un rol activo de participación o improvisación musical. Las relaciones con la música e interpersonales que se desarrollan entre el musicoterapeuta y el paciente sirven para estimular y dar soporte al desarrollo de la terapia.

Cuando la música se utiliza ENTERAPIA, la música no es el agente primario o el único recurso utilizado para facilitar el cambio terapéutico a través de una relación interpersonal o junto con otra modalidad de tratamiento. Utilizada en terapia la música es una guía, un facilitador o un puente entre el terapeuta y el paciente para conducir la terapia. (Bruscia, 1987:9)

LA CONDUCTA MUSICAL: EL PRINCIPIO Y EL FIN EN LA MUSICOTERAPIA

Por curioso que parezca, la conducta musical tiene sus orígenes en el primer llanto, el llanto del recién nacido. Numerosas investigaciones han puesto de manifiesto que éste constituye la base de la palabra y la futura actividad musical, teniendo como elementos organizadores los *proto-ritmos entonados*.

Violeta H. de Gainza, coautora con Rolando Benenzon y Gabriela Wagner del libro *Sonido, comunicación, terapia* (1997) señala, por su parte, al hablar de la génesis de la conducta sonora, que existen *dos niveles primarios de acción de la música sobre el individuo*: un primer nivel de *Movilización* en el que la *música = energía* ("En tanto energía, la música moviliza integralmente a los seres humanos, a partir de su nacimiento y aún desde la etapa pre-natal") y un segundo nivel, de *Musicalización* (impregnación-proyección) en el que la *música = alimento*, y sobre el cual dice: "La música proveniente del entorno o de la experiencia sonora del niño que es internalizada, pasa a integrar un fondo o archivo personal, el mundo sonoro interno... Es justamente la presencia, actividad y progresivo desarrollo de este núcleo sonoro individual lo que genera la posibilidad de que la persona produzca una respuesta específica, de carácter sonoro, a los estímulos musicales (proyección)... Si bien en las etapas iniciales del proceso de musicalización pasiva (movilización) también se observan algunas reacciones sonoras a los estímulos musicales, éstas no implican por parte del sujeto la elección voluntaria del canal de comunicación sonora y constituyen más bien formas globales de externalización de la energía generada por el estímulo sonoro-musical. Sólo a partir del momento en el que el niño es capaz de responder con sus propios sonidos al estímulo sonoro, podemos afirmar que ha alcanzado el punto inicial del proceso de musicalización activa".

Si la música es energía y alimento, *¿qué nos impide establecer, por fin, esta otra igualdad?*, (*Música = Vida*). La música es esencial para el individuo, y es que como bien dice V. H. de Gainza, "tanto la degustación del sonido, como su manipulación interna (procesamiento mental) y externa (producción y

reproducción sonora), promueven procesos de realimentación permanentes que estimulan el desarrollo humano a todo nivel". Y es que, la mayoría de las veces, no somos conscientes de la riqueza que introduce en nuestra vida el fenómeno musical. De hecho, no parecemos darnos cuenta de que la música, como nuestros latidos, acompaña toda nuestra existencia. De ahí, que cobre tanta importancia también en los últimos años, aquellos en los que si bien el organismo se va deteriorando, todavía somos capaces de vibrar y emocionarnos con la misma.

Del mismo modo que el anciano no renuncia a alimentarse, respirar o dormir por el simple hecho de envejecer, tampoco debería hacerlo al placer que produce la música, la experiencia musical. Y es que, precisamente en esos años en que va emergiendo en las personas la conciencia o certeza de una existencia breve, limitada, es cuando la música puede hacer más por ellas. La música llena con amabilidad las lagunas afectivas y mentales de nuestros mayores, les ayuda a superar la soledad y a prevenir problemas emocionales, les devuelve los recuerdos, les motiva y estimula, les distrae y les acompaña... *-¿Acaso no son suficientes razones para acercar la música al mundo del anciano?* Imaginémos, por un momento, cubiertos de canas, prisioneros de un cuerpo ralentizado por el tiempo, aprendices del dolor, conviviendo con la enfermedad. Más aún, imaginemos que su severidad recomienda ya únicamente la terapia paliativa. Es en esos momentos, cuando más se precisan elementos capaces de transmitir *vida y energía*. Y repito, *¿qué es la música sino eso?* Además, la musicoterapia cuenta ahí con una gran ventaja, y es que puede realizarse en un plano carente de palabras (no verbal).

El vínculo con el anciano, moviliza así un sistema *corporo-sonoro-musical* completamente ajeno a su realidad, a su evolución y pronóstico. Y cuando la muerte se anuncia e inicia su conquista de la vida, la musicoterapia se traslada con acierto a una dimensión que el Dr. Benenson ha denominado *dimensión fetal*, una dimensión donde el objeto intermediario tiene, como siempre, una importancia extraordinaria.

En base a esta *conducta sonora* en el hombre se establece una relación directa entre la función de la música y los objetivos de la musicoterapia. Así, podemos diferenciar:

Los *objetivos educacionales* tienen que ver con la ayuda que se le proporciona a la persona para que adquiera conocimientos o actitudes musicales o de otras disciplinas. Los elementos del fenómeno sonoro-musical actúan como estimulantes de las áreas fisiológica, afectiva y mental. Es así como las experiencias musicales inciden sin duda en la formación integral del individuo y contribuyen a desarrollar todas sus facultades en los dominios psicomotriz, afectivo, intelectual y social.

Por medio de los *objetivos recreacionales* se intenta mejorar el uso que hace el individuo de su tiempo de ocio. No podemos dejar pasar la importancia de dotar de recursos expresivos y relacionales a las personas, tanto desde *el ámbito rehabilitador* como desde la *óptica preventiva*.

Con los *objetivos terapéuticos* se ayuda al paciente a formarse una idea de sí mismo, trabajando con sus sentimientos, problemas y síntomas, haciendo

cambios básicos en su personalidad y desarrollando métodos específicos de adaptación.

Pese a estas diferencias, la finalidad última siempre tiene un alto contenido terapéutico -búsqueda de cambio- y quizá la característica esencial es, según Bruscia, el *modo en que se utiliza la música*; si ésta debe ser utilizada *como terapia o en terapia*. La diferenciación sobre la utilización de la música *en terapia y como terapia* permite a su vez diferenciar el papel que cumple la experiencia musical en el proceso terapéutico.

La función que se le otorgue a la música sirve para clasificar el tipo de experiencia musical que se utilizará en la terapia y determina la orientación y los objetivos del tratamiento. Desde esta perspectiva algunas técnicas de trabajo utilizan la música como la experiencia que conduce la terapia y en otras será un recurso para lograr una interacción terapéutica no musical con el paciente (por ejemplo: escuchar música para evocar recuerdos y facilitar la verbalización de experiencias pasadas). Otros musicoterapeutas han preferido hacer esta distinción en los términos de *musicoterapia pasiva o receptiva* y *musicoterapia activa*

En cualquier caso los *aspectos multisensoriales en la música* la hacen ideal para el uso *terapéutico y reeducativo*, especialmente si se considera cuántas incapacidades se tienen. Este hecho, que otorga a la música la capacidad de actuar en todos los niveles, va a permitir en la musicoterapia alcanzar diferentes objetivos, (Tabla 2):

Tabla 2. Objetivos

Generales	Objetivos Psicofisiológicos
No se pretende formar músicos, sino mejorar la personalidad, la afectividad y la conducta de las personas a todos los niveles. Restablecimiento de los ritmos biológicos a través de la música. Adquisición de un equilibrio psicofisiológico.	Integración y desarrollo del esquema corporal. Desarrollo de la organización espacio-temporal-corporal. Desarrollo psicomotor (equilibrio, marcha, lateralidad, coordinación motriz, tonicidad). Desarrollo sensorio-perceptivo. Desarrollo de la locución y expresión oral. Desarrollo de la comunicación y medios expresivos (corporales, instrumentales, espaciales...) Coordinación pensamiento-lenguaje. Liberación de presiones y energía reprimida. Dotar al sujeto de unas vivencias musicales enriquecedoras, estimulantes, motivadoras.
Cognitivo- emocionales y de personalidad	
Sensibilización afectivo-emocional. Goce y valores estéticos. Desarrollo intelectual (imaginación, atención, memoria, conceptualización, comprensión, observación, agilidad mental...).	

Dichos objetivos condicionan la elección musical, pues ya se ha demostrado que, efectivamente, diferentes tipos de música ejercen diferentes influencias sobre la persona (Campbell, 1998), (Tabla 3):

Tabla 3. Efectos de la música en la persona

ESTILO MUSICAL	INFLUENCIAS EN LA PERSONA SEGÚN PACIENTE & TERAPIA
<i>Canto Gregoriano</i>	usa los ritmos de la respiración natural para crear una sensación de espacio amplio y relajado: es excelente para el estudio, la meditación y reducir el estrés.
<i>Música Barroca</i> BACH, VIVALDI...	induce una sensación de estabilidad, orden, previsibilidad, y genera un ambiente mentalmente estimulante para el trabajo y el estudio.
<i>Música Clásica</i> HAYDN, MOZART...	mejora la concentración, la memoria y la percepción espacial.
<i>Música Romántica</i> SCHUBER ,LISZT CHOPIN...	maximiza la expresión y el sentimiento; en este sentido, favorece aspectos como la compasión, la comprensión y el amor.
<i>Música Impresionista</i> DEBUSSY, FAURÉ, RAVEL...	se basa en estados anímicos e impresiones de libre fluir, evocando imágenes oníricas. Esta música, seguida de unos minutos de ejercicios de estiramiento, consigue desbloquear los impulsos creativos y conectar con el inconsciente.
<i>Música de jazz,</i> <i>blues, soul, reggae</i>	y otras formas de música y baile de raíz africana, eleva el ánimo e inspira; transmite ingenio e ironía, y puede inducir por igual alegría o tristeza.
<i>Salsa, rumba,</i> <i>merengue...</i> <i>Samba</i>	de ritmo vivo y alegre, acelera los ritmos cardiaco y respiratorio y moviliza todo el cuerpo; <i>La samba</i> tiene la rara capacidad de calmar y despertar o excitar al mismo tiempo.
<i>Música big-band,</i> <i>pop y country</i>	favorece un movimiento de leve a moderado y causa sensación de bienestar.
<i>Música rock</i> ELVIS, ROLLING STONES...	excita, activa y agita las pasiones, afloja las tensiones y enmascara el dolor; no obstante, cuando no se está en disposición de escucharla, produce tensión, disonancia, estrés y dolor corporal.
<i>Música ambiental,</i> <i>de actitud o de la</i> <i>Nueva Era</i>	sin ningún ritmo dominante, prolonga la sensación espacio-temporal e induce un cierto estado de alerta relajada.
<i>Música heavy, punk,</i> <i>rap, etc.</i>	excita el sistema nervioso y favorece el dinamismo
<i>Música religiosa y</i> <i>sacra gospel y</i> <i>espirituales, tambores</i> <i>chamánicos...</i>	conduce a sentimientos de paz y espiritualidad: se utiliza para trascender, y aliviar el dolor y el sufrimiento.

EFECTOS DE LA MUSICOTERAPIA

Uno de los aspectos fundamentales de la musicoterapia es que, por su *cualidad no-verbal*, tiene acceso a los diferentes niveles de funcionamiento humano: fisiológico, emocional e intelectual. En efecto, esto es así; la repercusión de la música sobre las personas, se deja sentir con mayor o menor intensidad, sobre los niveles fisiológico, psicológico, intelectual, social e incluso espiritual.

La música actúa sobre la bioquímica de nuestro organismo, y produce variaciones en el ritmo cardiaco y respiratorio, el tamaño pupilar, la respuesta galvánica de la piel, la función endocrina, y como no, también a nivel cortical. Sin embargo, parece que los efectos producidos por la música dependen en gran medida de la interrelación entre sus distintos elementos, es decir: *melodía, armonía, altura, timbre, ritmo y volumen*, siendo por ejemplo la *melodía* probablemente el más cercano a la *afectividad*, y el *ritmo* a lo *físico* (energía, movimiento, excitación-relajación). Por otra parte, hay que decir que las conclusiones a las que llegan los diferentes autores en relación a los efectos concretos de la música sobre los parámetros *psicofisiológicos*, resultan un poco confusas e incluso contradictorias; en general, los resultados no son todo lo homogéneos que cabría esperar. Por ejemplo, en cuanto al *ritmo cardiaco y respiratorio*, la mayoría de los autores coinciden en decir que mientras la música sedante actúa provocando una disminución, la estimulante tiene el efecto contrario. Pero por lo que respecta al *tamaño pupilar*, mientras Slaughter sostiene que la música estimulante produce en todos los casos una dilatación pupilar, lo que Lowenstein encuentra es que el denominado fenómeno de restitución pupilar se produce por efecto de los estímulos sonoros con significación para el oyente. También se tiende a aceptar, en general, que *el nivel de activación muscular* disminuye con música sedante y aumenta con la estimulante; sin embargo, S. Poch ha observado que la música sedante, que en los sujetos normales produce relajación, en los autistas les induce a la actividad. Por último, las investigaciones realizadas en torno a los efectos que la música tiene a *nivel cortical*, también ofrecen resultados dispares. Así, mientras Wagner (1996) observó que los músicos al escuchar pasivamente una pieza musical producían, al menos, un tercio más de ondas alfa que los sujetos no músicos, Furman, en un estudio realizado con niños, encontró que presentaban mayor número de ondas alfa ante el silencio que con música o cualquier otro tipo de estímulo auditivo.

Por otra parte, hay que decir que la música tiene claros efectos sobre el nivel *psicológico del individuo*, efectos relacionados con la *auto-expresión, la identificación, la asociación* y, por supuesto, la *comunicación*. Así, por ejemplo, su poder evocador favorece la auto-expresión y liberación emocional; la música expresa sentimientos (amor, odio, alegría, tristeza...) y refleja la personalidad del individuo, sus características y desórdenes. A *nivel intelectual*, la música actúa en áreas tan diferentes como la *atención, la memoria, la inteligencia, la creatividad y la imaginación*. Y a *nivel social*, constituye un verdadero agente socializante, y un vehículo de *comunicación interpersonal y auto-expresión*.

Con todo, si la música actúa a todos los niveles del individuo, la musicoterapia va a hacer lo propio a nivel *psicofisiológico* (integración y desarrollo del esquema corporal, organización espacio-temporal, desarrollo psicomotor, sensorio-perceptivo, de la locución y la expresión oral, coordinación pensamiento-lenguaje, etc.), *cognitivo-emocional y de personalidad* (sensibilización afectivo-emocional, goce y valores estéticos, desarrollo intelectual, reforzamiento de la autoestima y personalidad, autorrealización e integración del propio yo), *social* (relaciones interpersonales, canales de comunicación, integración social y grupal, aceptación social y cohesión) y *espiritual* (goce espiritual, enriquecimiento interior, trascendencia, sentimiento purificador...).

EL MUSICOTERAPEUTA: PROCESO Y METODOLOGIA DE TRABAJO

Como su nombre indica, *música-terapia*, la *música* es el eje sobre el cual se estructura el desarrollo de un tratamiento musicoterapéutico y *la forma o el medio por el cual el musicoterapeuta entenderá y tratará de encauzar los problemas del paciente* (Bruscia, 1987).

La música no es una «cura» eficaz en sí misma, sino que sus efectos son resultado de *un proceso sistemático de intervención* (Bruscia, 1987), de una utilización profesional de experiencias musicales en función de las necesidades del paciente, de unos objetivos a alcanzar y de la relación terapéutica que se establezca entre ellos por parte de un musicoterapeuta entrenado. Los que hacen que la música pueda tener un potencial terapéutico son los musicoterapeutas. *El musicoterapeuta es un especialista que «entiende», «piensa» y «habla» en música. Es decir, conoce profundamente la estructura del material con que trabaja adecuándolo a las características patológicas de los pacientes a quienes esta dirigida su tarea.* (Ferragina, 1981).

El musicoterapeuta observa y a través de su actuación y del tratamiento trata de que se efectúen cambios en el paciente a través de su relación con el sonido y sus producciones sonoras, que serán expresión y reflejo de sus características de personalidad y sus necesidades.

En su práctica, el profesional formado y capacitado para ejercer como musicoterapeuta, debe ceñirse a un código deontológico, elaborado por las distintas asociaciones de musicoterapia (tales como la National Association for Music Therapy americana), y que hace referencia a aspectos como la competencia y calidad profesional, la confidencialidad, los pasos a seguir por el comité de ética ante posibles denuncias de los clientes, las sanciones, etc. Al perfil profesional del musicoterapeuta, se suma el humano, en el que yo destacaría, sobre todo, el deseo de ayudar a los demás, la estabilidad emocional, la capacidad de trabajo en equipo, la empatía y capacidad de improvisar, el optimismo, la delicadeza (sin restarle firmeza de carácter), y una especial sensibilidad, a nivel emocional y artístico-musical.

Por lo que respecta al proceso de trabajo, habría que distinguir cuatro etapas fundamentales, tras las cuales, alcanzados los objetivos, finalizaría la intervención: en primer lugar, una *etapa de recogida y análisis de la*

información sobre el paciente/cliente; en segundo lugar, una etapa de planificación del tratamiento y establecimiento de objetivos generales y específicos; en tercer lugar, la etapa de aplicación del tratamiento, ya sea éste individual y/o grupal; y en cuarto y último lugar, una etapa de evaluación y seguimiento. Hecha la evaluación, se elaboraría un informe final, indicando la situación pre y post tratamiento del sujeto, las técnicas empleadas con él (las que han tenido éxito y las que no), una serie de recomendaciones para las personas de su entorno próximo, y el seguimiento que se va a realizar. Éstas cuatro etapas se desarrollan teniendo en cuenta los siguientes factores:

Encuadre terapéutico: Para que se produzca un proceso musicoterapéutico tiene que haber como mínimo dos personas que vayan a vincularse.

Tiempo: En una sesión de musicoterapia debemos tener en cuenta 3 tipos de tiempos diferentes:

Cronológico

Biológico. Cada uno tiene un tiempo que lo particulariza dependiendo de su sistema de percepción, de elaboración y de respuesta.

Terapéutico. Se produce en el momento que equilibramos el tiempo biológico del musicoterapeuta y el paciente.

Metodología:

Ficha Musicoterapéutica: Es el primer contacto del musicoterapeuta con el paciente. Nos permite conocer su historia sonoro-musical y la de su ambiente.

Historia Sonoro corporal: La posibilidad de expresar la historia personal de vida en el no-verbal es una de las experiencias más importantes por la que debe pasar un Musicoterapeuta. Esta es la verdadera memoria, pues es la que produce las modificaciones dinámicas estructurales de los ISOS.

Protocolos: Suele ser muy importante tener un registro de las sesiones que se realizan aunque nos damos cuenta de la dificultad de transcribir el no verbal. Aún así debemos tener protocolos para poder estudiar, reflexionar e investigar lo acontecido en las sesiones de musicoterapia. Deben permitir una descripción rápida de los acontecimientos y poder reflexionar sobre los múltiples aspectos.

Construcción de instrumentos: Instrumentos fabricados o improvisados por los pacientes o por el musicoterapeuta en función de la situación vincular. Su importancia deriva en que éste se liga íntimamente con el ISO de quien lo construye y por ello se convierte en un buen *objeto intermedio*.

Podemos afirmar que la *Musicoterapia Didáctica*, posee dos aspectos: *el terapéutico*, porque en ella se van a desarrollar las mismas alternativas que en cualquier aplicación musicoterapéutica pero, a la vez, es reflexivo, y por lo tanto *didáctico*, de la misma experiencia realizada. La *Musicoterapia Didáctica* muestra, enseña y capacita en la metodología y técnica de la musicoterapia. En

esta experiencia se corrobora que en el *contexto no-verbal* el contenido manifiesto es el contenido latente. No se necesita ningún tipo de interpretación de las conductas o de las expresiones, y menos aún si esta interpretación utiliza la palabra como medio de comunicación. La palabra es utilizada muchas veces como una defensa o escaramuza de verdaderas expresiones e intentos comunicacionales. El lenguaje del contexto no-verbal es directo, y lo latente aparece en lo manifiesto.

En toda *psicoterapia verbal*, la fuerza de la transferencia y de la contra transferencia la brinda el contexto no-verbal, o sea la comunicación analógica. Es más importante percibir en un paciente el timbre, la intencionalidad, el volumen, la interválica, de una palabra, que el simbolismo que esa palabra representa. A través de esta técnica se desbloquean las expresiones corporo-sonoro-musicales y el sujeto logrará encontrar sus sonidos interiores y mostrarlos.

Solamente a través de esta técnica el grupo puede representar escenas que estarían prohibidas a nivel de la palabra, como sería la comida totémica o los rituales de la escena primaria. *El contexto no-verbal* sitúa al individuo y al grupo de forma inmediata tras el impacto surgido con escenas repetidas de los primeros años de vida no concienciadas y muchas veces negadas en el contexto verbal. El solo hecho de observar y observarse demuestra la expresión del inconsciente.

Los mecanismos de defensa no tienen vigencia en este contexto. Por eso uno de los máximos objetivos de la *Musicoterapia Didáctica* es comprender que se puede trabajar en musicoterapia desde el principio hasta el final, sin usar la palabra como medio de hacer consciente el inconsciente.

Por último, decir que en musicoterapia los métodos se dividen en: *activos o creativos*, y *pasivos o receptivos*. Los *activos o creativos* son aquellos que implican una acción externa por parte del sujeto (por ej., el canto, la danzaterapia, la práctica instrumental, etc.). Métodos activos serían por ej. la improvisación musical de Schmolz, el diálogo musical, la técnica proyectiva de Crocker, el método Nordoff-Robbins, etc. De otra parte, *los métodos pasivos o receptivos* serían todos aquellos en los que no hay una acción externa por parte del sujeto, sino interna (no visible). Por ej. todas las audiciones musicales, la relajación psicomusical, los viajes musicales, la técnica GIM, los métodos isomórficos, etc.

MUSICOTERAPIA Y GERIATRÍA

En disposición ya de una mínima base teórica, quiero dedicar esta segunda parte del capítulo a hablar de la aplicación de la musicoterapia en la tercera edad y los beneficios que reporta la música a las personas mayores, cuestiones que creo necesario tratar porque, en una sociedad como la nuestra, donde la tasa de natalidad ha descendido considerablemente, al tiempo que la esperanza y calidad de vida se han visto incrementadas por el desarrollo tecnológico y médico, los ancianos ocupan desde luego un lugar muy importante. De ahí, que en la actualidad, la atención a este grupo de población constituya uno de los

campos más florecientes de la musicoterapia. Por otra parte, hay que decir que una sociedad que no respeta ni valora a sus mayores, que no les hace partícipes de sus progresos y mejoras, es un conjunto de personas abocadas a sufrir en el futuro sus errores. Por eso, la musicoterapia, que tiene tanto que ofrecer al bienestar de las personas, puede hacer también mucho bien a las personas de avanzada edad.

Pero antes de pasar a hablar de actuaciones concretas, conviene dejar claro algunas cosas. El proceso de envejecimiento comporta cambios a diferentes niveles: físico-biológico, psicológico, social y espiritual. De especial importancia son los factores psicociológicos de la vejez así como los procesos de adaptación de la persona anciana, y que quedan bien recogidos en múltiples estudios realizados por diferentes expertos de distintas disciplinas (Torres, 1996).

Así, hay que decir que el envejecimiento es un proceso psicobiológico de deterioro que afecta a todas las personas, pero que no todas las personas envejecen igual. Obviamente, tener unos hábitos de vida sanos contribuye, no sólo a prolongarla, también a mejorarla cualitativamente hablando. Con todo, como decía Terencio: *“Senectus ipsa morbus”* (La vejez es, en si misma, una enfermedad), lo que nos lleva a pensar que, efectivamente, vejez y enfermedad son conceptos muy ligados. Por una parte, *existe una mayor probabilidad de enfermar o morir cuando se dan situaciones conflictivas o traumáticas, y de otra, que la existencia de vínculos o lazos sociales relativamente fuertes correlaciona inversamente con la enfermedad y muerte.*

Por lo que respecta a las personas mayores, dos cuestiones resultan particularmente críticas: una de ellas, es la muerte del cónyuge, tras la cual muchos se abandonan y pierden completamente la salud; y la otra, la llegada de la jubilación. En estos dos casos descritos, la musicoterapia tiene resultados muy positivos, a nivel físico y psíquico, mejorando la motricidad, reforzando la memoria, disminuyendo la ansiedad y la tristeza, incrementando la comunicación interpersonal, fortaleciendo los vínculos afectivos, previniendo la aparición de muchos trastornos, o simplemente, sirviendo de elemento de recreo y pasatiempo.

La aplicación de la musicoterapia en el campo de la geriatría ofrece amplias posibilidades de intervención. La música es utilizada por el musicoterapeuta para ayudar a la persona mayor a conseguir una recuperación, mantenimiento o mejora de sus funciones. El objetivo es ayudar a estas personas a conseguir y /o mantener los máximos niveles de funcionamiento en cualquiera de las dimensiones de la persona (NAMT, 1992). Específicas actividades musicales pueden lograr la participación de la persona mayor en distintas tareas musicales, que previamente planificadas y estructuradas por el musicoterapeuta permitirá trabajar unos objetivos terapéuticos específicos. A un nivel general, Davis, Gfeller & Thaut (2000) destacan los siguientes objetivos terapéuticos:

- Aumentar o mantener la fuerza muscular, movilidad articular y resistencia física de las extremidades superiores e inferiores.

- Promover un estado de relajación y de disminución de la agitación.
- Mejorar la autoestima.
- Estimular la expresión emocional.
- Estimular la memoria a largo y corto plazo.
- Mejorar o mantener los niveles de atención en la tarea.
- Ayudar en la orientación en la realidad.
- Mantener y /o mejorar la comunicación verbal y no verbal.
- Aumentar la interacción y comunicación social.

Paralelamente, otra aportación importante de la música y objetivo de la intervención musicoterapeuta es la mejora de la calidad de vida.

Debido al alcance multidimensional de la música, ésta podrá ser utilizada por el musicoterapeuta para realizar un trabajo en cada una de la siguientes áreas:

- Cognitiva
- Social – emocional – espiritual
- Motriz
- Conductual

Existen diferentes programas de intervención diseñados a trabajar especialmente un área determinada. Tal es el caso de los programas de *Musicoterapia y Expresión...* entre otros. El trabajo en geriatría puede ir orientado a un nivel PREVENTIVO, a fin de prevenir o paliar las pérdidas asociadas a la edad, y evitar que deriven en una situación o condición más problemática para la persona. Por otro lado, se llevan a cabo intervenciones de carácter TERAPÉUTICO, donde la musicoterapia es vista como un tratamiento complementario, y que permite estimular o trabajar unos objetivos terapéuticos funcionales con adaptados a cada persona mayor. Al fin de lograr intervenciones terapéuticas eficaces, es importante tener en cuenta cuáles son los efectos de la música en las personas mayores así como realizar adaptaciones musicales en el momento de utilizar la música.

Actualmente se están implementando programas de Musicoterapia, tanto a nivel nacional e internacional que van dirigidos a los siguientes campos y colectivos:

- Personas mayores sanas.
- Personas con problemas neurológicos (Demencia, Alzheimer, Parkinson, ACV...).
- Enfermos terminales y Cuidados Paliativos.
- Personas Mayores con problemas de: insomnio, depresión, dolor, ansiedad y estrés.
- Familiares y cuidadores de las personas mayores.

El proceso de intervención, según establecen Davis & Thaut (2000), el proceso de intervención en Musicoterapia consta de las siguientes fases:

Derivación: El musicoterapeuta trabaja en equipo interdisciplinar y suele recibir a sus pacientes derivados del neurólogo, neuropsicólogo, psicólogo, enfermera, fisioterapeuta, etc.

Evaluación inicial o Assessment: Antes de diseñar el tratamiento, el musicoterapeuta debe recoger información de cada uno de los pacientes con los que trabajará, de modo que es importante, por un lado, consultar los datos que aportan otros profesionales de su equipo y por otro, conocer las preferencias musicales de cada persona así como sus respuestas ante la música.

Plan de tratamiento: Una vez detectadas las limitaciones, necesidades y capacidades del paciente, se deben establecer los objetivos de intervención, formulándolos a nivel general y específico. Es en base a estos objetivos que se seleccionan las técnicas musicoterapéuticas más apropiadas para trabajar cada objetivo y se diseñan las actividades musicales.

Seguimiento y Evaluación: Después de cada sesión, el musicoterapeuta debe recoger las respuestas de cada participante. A partir de esta recogida de datos de manera continuada, se realizará el seguimiento de cada persona, a fin de valorar si el tratamiento está siendo eficaz en tanto que está logrando los objetivos pre-establecidos, o si se hace necesario un cambio de estrategia de intervención o bien una reformulación de los objetivos planteados.

TERAPIAS DE INTERVENCIÓN EN MUSICOTERAPIA

Ya a finales de los cincuenta, el psiquiatra Altshuler, advirtiendo una longevidad creciente, reflexionó sobre la necesidad de aplicar la musicoterapia al paciente geriátrico, defendiendo la tesis de una *activación vigorosa*, y la combinación de música con movimientos suaves. Para activar a los pacientes, Altshuler utilizó una música rítmica conforme al *ISO-Tempic* de cada persona, es decir, equiparando música y ritmo biológico. Conclusiones importantes de su estudio fueron las siguientes:

- Las actividades de canto tenían efectos muy positivos en estas personas, sobre todo, cuando las canciones eran sencillas, suaves, melodiosas.
- Los varones preferían escuchar voces femeninas (mezzosoprano); las mujeres a la inversa (barítono, tenor).
- Importancia de la melodía y armonía, que se refuerzan en su acción.
- Utilización preferente de sonidos de baja intensidad (relax).
- Cierta intolerancia a los instrumentos de percusión o metal (pacientes con trastornos nerviosos, etc.).

Altshuler nos ofrece ya así unas primeras pautas de intervención, aun cuando debemos comprender que las peculiaridades de cada paciente impiden la reproducción mimética de las sesiones de musicoterapia.

De cualquier forma, hay suficiente evidencia del beneficio que la musicoterapia reporta a las personas de la tercera edad, un núcleo de población bastante maltratado por la enfermedad, aun cuando por fortuna cada día son más las personas mayores que disfrutan de esta etapa de la vida, con unos hábitos sanos, participando activamente en sociedad (centros de reunión, asociaciones y fiestas vecinales, programas de voluntariado, conferencias, viajes, etc.).

En general, la musicoterapia actúa sobre estas personas mejorando su estado físico y psíquico, ejercitando su memoria a corto y largo plazo, combatiendo problemas emocionales, ofreciéndoles una alternativa de recreo y distracción, motivándoles a vivir y compartir sus experiencias con otras personas (comunicación), preservando su contacto con la realidad, y ayudándoles a prevenir un buen número de trastornos (afectivos, músculo-esqueléticos, etc.).

La frecuencia y duración de las sesiones musicoterapéuticas vendrán determinadas por la situación, lo mismo que las técnicas a utilizar. No obstante, en términos generales, resultarán muy efectivas: el *canto*, la *danza terapia* (de libre expresión y dirigida), los *diálogos musicales*, la *improvisación musical* y los *viajes musicales*. En muchos casos, se observará en las sesiones un predominio de las *Audiciones Musicales*, que como ya dije antes, forman parte de la metodología pasivo-receptiva de la musicoterapia. Esto, debido a que muchas personas de avanza a edad, temen involucrarse en actividades que les supongan demasiado esfuerzo (ejercicios activos, como los que entraña la *danza terapia*). Es responsabilidad del musicoterapeuta, incentivar de forma progresiva la participación activa de los miembros (siempre y cuando no estén incapacitados para ello), con vistas a lograr cambios positivos a nivel de motricidad, autoestima, autorrealización, etc. Así:

- Por lo que respecta a *las audiciones*, las preferencias musicales de estas personas recomiendan utilizar temas de su pasado, de su infancia y juventud, música melódica, con ritmos adaptados a su tempo mental, música popular y folclórica (pasodobles, villancicos, etc.).
- Las *actividades de canto*, son también muy positivas por sus cualidades terapéuticas (auto-expresión, autorrealización, memoria, razonamiento, relaciones interpersonales, etc.).
- Lo mismo hay que decir de la *danzaterapia: de libre expresión* (reducción de ansiedad, estimulación / liberación emocional, comunicación y contacto interpersonal, etc.) o *dirigida* (donde predominarán los vales, los bailes folclóricos, pasodobles, etc.).
- También resultarán muy útiles los *diálogos musicales*, que entrañan un intercambio musical improvisado entre dos o más individuos, a modo de diálogo, tal como indica su nombre, expresando sentimientos emociones (duda, amor, odio, etc.).
- La *improvisación musical*, que como los anteriores, forma parte de la metodología activa de la musicoterapia, y en la que el sujeto se expresa libre y espontáneamente a través de la voz y los instrumentos musicales.

- Y por último, los *viajes musicales* preconizados por el Dr. F.J. Cid a finales del siglo XVIII, y que consisten en viajar con la imaginación a diversos lugares del mundo, ayudándose de pósters, postales, diapositivas, montajes audio-visuales en el Power-Point, etc.
- En cuanto a *los instrumentos musicales* utilizados en las sesiones, conviene tener en cuenta las siguientes recomendaciones:
 - 1) Predominio de instrumentos con resonancia natural, en detrimento de los electrónicos. La razón de ello estriba en que la vibración que producen se percibe mejor.
 - 2) Combinar instrumentos de cierto impacto en el recuerdo con otros de naturaleza novedosa. Los primeros, producen una rápida identificación y aceptación; los segundos, estimulan la creatividad, la curiosidad, la exploración, etc.
 - 3) Utilización de instrumentos que favorezcan la interacción y comunicación.
 - 4) Utilización de instrumentos reveladores /canalizadores de emociones.
 - 5) Utilización de instrumentos sencillos.
 - 6) Utilización de instrumentos que permitan introducir una gran variedad de juegos.

Para concluir, es importante trabajar las áreas más afectadas de la persona, ya sea a nivel motor, afectivo-emocional, etc. Así, *con individuos* que estén atravesando *una depresión* (algo muy frecuente en las personas mayores tras la muerte del cónyuge, por distanciamiento o abandono de los hijos, etc.) se precisará modificar ese estado anímico mediante *métodos isomórficos* (basados en *el principio de ISO*); por ej. en este caso *las audiciones musicales*, emplearán inicialmente el tempo lento (andante), para contactar con la persona, y se irán encaminando paulatinamente hacia músicas alegres (tempo rápido, allegro) con objeto de producir el cambio. Cuando la *problemática predominante sea de tipo sensorial* (por ej. pérdida de visión o audición) será muy adecuado, en el primer caso, introducir ejercicios de orientación espacial, desplazamientos simples, euritmia, etc.; y en el segundo, utilizar sobre todo instrumentos de resonancia grave, instrumentos como el xilofón bajo o el piano (por su gran caja de resonancia y la posibilidad que ofrece de contrastar alturas), etc. Con *otro tipo de problemas*, interesará trabajar más el contacto con la realidad, la forma y contenido del pensamiento, la orientación espacio-temporal, etc. En fin, dependiendo de las necesidades y limitaciones de cada persona, el musicoterapeuta diseñará el tratamiento más adecuado y se fijará unos u otros objetivos.

El breve panorama de la actualidad de la musicoterapia contemporánea presentado nos brinda una idea de la evolución que ha sufrido en el aspecto académico y profesional la musicoterapia en estos últimos años. Si consideramos la historia de la musicoterapia como algo más que un depósito de anécdotas o una simple cronología de hechos, podemos observar una transformación decisiva en la imagen que actualmente tenemos de ella como disciplina.

La musicoterapia es la combinación de muchas disciplinas, alrededor de dos temas principales (música y terapia), que interactúan en *el proceso creativo y en el proceso terapéutico*. La música, dentro del proceso educativo y terapéutico, es una herramienta que posibilita integrar y globalizar, desde el acto creativo, el mundo vital, emocional, y mental de la persona.

La música se puede oír, ver y sentir; se puede transmitir por medio de sonidos, formas visuales y sensaciones y puede ser verbal y no verbal. La música no siempre es solo música, a menudo se entremezcla con otras formas de arte. Muchas de estas formas de arte interrelacionadas y experiencias se utilizan en musicoterapia: escribir canciones, contar una historia musical, una dramatización musical, movimientos con música, dibujar la música, etc., ofrezca, bien sea en formas sonoras o música y sin tener en cuenta sus méritos artísticos o estéticos. La música engloba todos los sentidos. Aunque típicamente pensamos en la música como en una forma de arte auditiva, también provee una estimulación visual, táctil y cinestésica y nos ofrece oportunidades para responder a través de estos canales sensoriales. Sus aspectos multisensoriales la hacen ideal para el uso terapéutico y reeducativo, especialmente si uno considera cuántas incapacidades se tienen.

En musicoterapia las experiencias musicales y las relaciones que se desarrollen a través de ellas, sirven como fuerzas dinámicas de cambio. El musicoterapeuta tiene que estar atento a estas fuerzas y estas relaciones que se establecen, observando y analizando los distintos planos: corporal, verbal, sonoro, social de cada individuo participante e identificar en el grupo a cada elemento, su estructura, las formas de interactuar en el mismo, así como la observación de los cambios y reacciones que se producen.

En musicoterapia, la prioridad primordial es encaminar las necesidades y problemas del individuo y/o grupo a través de la música. El ejercicio de la creatividad, la creación, está al alcance de todos los individuos, de todos los grupos, siempre que se les permita relacionar las variadas experiencias sonoro-musicales y de expresión, analizar y reorganizar estas experiencias y extrapolarlas. Lo que cuenta en este ejercicio es el clima, el ambiente en que se desarrolla la actividad y no el producto final.

Para desarrollar una teoría de la musicoterapia se deben tomar en consideración la relación entre el *hombre* y la *música* y por otro entre la *música* y la *terapia* y establecer los planteamientos teóricos que pertenecen al propio campo de acción de la musicoterapia.

El desarrollo teórico tiene una implicación sobre la práctica clínica y la investigación. El desafío de desarrollar una teoría de la musicoterapia consiste en estudiar su unicidad y comprender su diversidad.

En definitiva, ser mayor, porque haber mayores haylos, es algo por descubrir. Ejercemos de mayores y aclaremos qué y quiénes somos. No permitamos que los otros definan nuestra identidad: definámosla entre todos. La aplicación de la Musicoterapia en esta etapa de la vida ofrece nuevas herramientas para que los *adultos mayores* puedan adaptarse así a su situación de vida actual. *Los años arrugan la piel, pero perder el entusiasmo arruga el alma.* (Abert Schweitzer).

BIBLIOGRAFÍA

- ABELES, H., y WON CHUNG, J. (1996): "Responses to Music", en HODGES, D.: *Handbook of Music Psychology*. 2ª ed. San Antonio: IMR Press.
- ALDRIDGE, D. (1996): *Music Therapy Research and Practice in Medicine: From Out of the Silence*. London: Jessica Kingsley.
- ALTSHULER, I. (1971): "A Psychiatrist's Experience with Music as a Therapeutic Agent", en SCHULLIAN, D. M. y SCHOEN, M. (ed.): *Music and Medicine*. Frefort, N. J.: Books for Libraries.
- ALVIN, J. (1978): *Musicoterapia*. Buenos Aires: Ricordi.
- BENENZON, R. (1989): *Manual de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- (1991): *Teoría de la Musicoterapia*. Madrid: Mandala.
- (1998): *La Nueva Musicoterapia*. Buenos Aires: Lumen.
- BENENZON, R; GAINZA, V. y WAGNER, G.(1997): *Sonido, Comunicación y Terapia*. Salamanca: Amaru.
- BERTHOMIEU, A.(1994): *Musicoterapia en oncología*. Non Verbal / AMBx.
- BRIGHT, R. (1993): *La musicoterapia en el tratamiento geriátrico*. Buenos Aires: Bonum.
- (1989): *Why does that happen? Discussions on geriatric care*. Australia: Music Therapy Enterprises.
- (1986): "Music Therapy and Staff Stress. The use of musictherapy and activities with demented patients who are deemed "difficult to manage"", *Clinical Gerontologist*, 6 (2), Special: The elderly uncooperative patient, 129-144.
- BROTONS, M. (2000): "An overview of the Music Therapy Literature Relating to Elderly People", en ALDRIDGE, D. (ed.): *Music Therapy in Dementia Care*. London: Jessica Kingsley.
- BRUSCIA, K.(1987): *Improvisational Models of Music Therapy*. USA: Charles Thomas Publisher.
- (1995): "The Boundaries of Music Therapy Research", en WHEELER, B. (ed.): *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*. USA: Barcelona Publishers.
- (1997): *Definiendo Musicoterapia*. Salamanca: Amaru.
- CAPLAN, G. (1964): *Principies of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- CARRETERO, M.; PALACIOS, J. y MARCHESI, A. (1995): *Psicología evolutiva. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza.
- DAVIS, W. B.; GFELLER, K. E. y THAUT, M. H. (2000): *Introducción a la musicoterapia. Teoría y práctica*. Barcelona: Boileau.
- DEL CAMPO VICENTE, P. (1995): "Musicoterapia. Proceso Creativo y Proceso Terapéutico", *Eufonía: Didáctica de la Música*, 1, 97-104

- DI FRANCO, G., y DE MICHELE, R. (ed.) (1995): *Musicoterapia in Italia*. Napoly: Idelson.
- FACCHINI, D. (1995): "Esperienze Creative per una Didattica Musicale orientata alla Musicoterapia", en DI FRANCO, G. y DE MICHELE, R. (ed.): *Musicoterapia in Italia*. Napoly: Idelson.
- FERNÁNDEZ, O. y OSLÉ, R. (2003): "Musicoterapia de grupo y Musicoterapia didáctica", *Música, terapia y comunicación: Revista de musicoterapia*, 23, 9-14.
- FERRAGINA, A. (1981): "La Sensorialidad Auditiva en el Débil Mental", *Compartir*, 29-31.
- FLÓREZ, J. A. (1996): *Enfermedad de Alzheimer. Aspectos psicosociales*. Barcelona: Edikamed.
- FREGTMAN, C. D. (1990): *Cuerpo, música y terapia*. Barcelona: Mirall.
- FRIDMAN, R. (1990): "La música en el ser humano", *Musicoterapia*, 1, 4.
- GAINZA, V. (1997): "La Música y el Ser Humano", en BENENZON, R; GAINZA, V. y WAGNER, G.: *Sonido, Comunicación y Terapia*. Salamanca: Amaru.
- (1998): "Algunas Reflexiones sobre la Música, la Educación y la Terapia", en BENENZON, R.: *La Nueva Musicoterapia*. Buenos Aires: Lumen.
- HEAL, M. y WIGRAM, T. (ed.) (1993): *Music Therapy in Health and Education*. London: Jessica Kingsley.
- JENNINGS, S. y col. (1979): *Terapia Creativa*. Buenos Aires: Kapelusz.
- JUNQUÉ, C. y JURADO, M. A. (1994): *Envejecimiento y Demencias*. Barcelona: Martínez Roca.
- KUHN, T. (1971): *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- LANGEMBERG, M.; AIGEN, K. y FROMMER, I. (1996): *Qualitative Music Therapy Research: Beginning Dialogues*. USA: Barcelona Publishers.
- LECOURT, E. (1993): *Analyse de groupe et musicothérapie*. Paris: ESF Editeur.
- MARANTO, C. (1993): *Music Therapy: International Perspectives*. USA: Jeffrey Books.
- MARTÍ, P. (2003): "Musicoterapia y alzheimer", *Música, terapia y comunicación*, 23, 63-70.
- McCLOSKEY, L. (1990): "The silent heart sings. Special Issue: Counseling and Therapy for Elders", *Generations*, 14 (1), 63-65.
- MERRIAM, A. (1964): *The Antropology of Music*. USA. North western University Press.
- NATIONAL ASSOCIATION FOR MUSIC THERAPY (1992): *Older Americans Act of 1992, Music therapy provisions*. [Brochure]. Washington, DC.: The National Association for Music Therapy.

- NORDOFF, P. y ROBBINS, C. (1977): *Creative Music Therapy*. New York: John Day.
- (1982): *Music Therapy in Special Education*. St. Louis: MMB Music.
- ORFF, H. (1980): *The Orff Music Therapy*. New York: Schott Music Corporation.
- PRICKETT, C. A. (1996): "Music Therapy as apart of older people's lives", en FURMAN, C. E. (ed.): *Effectiveness of music therapy procedures: Documentation of research and clinical practice*. Washington, Dc: National Associations for Music Therapy, 2ª ed., 144-166.
- POCH, S. (1999): *Compendio de Musicoterapia*, vols. I y II. Barcelona: Herder.
- POMEROY, V. (1993): "The effect of physiotherapy in put on mobility skills of elderly people with severe dementing illness", *Clinical Rehabilitation*, 7, 163-170.
- PREFONTAINE, J. (1995): "La musicoterapia en un centro de acogida y centro de día para personas de tercera edad", *Música, Terapia y Comunicación*, 16.
- RODRIGO, M. S. (1999): "Musicoterapia en la tercera edad", *Música y educación: Revista trimestral de pedagogía musical*, 38, 45-64.
- RODRIGUEZ ESPADA, G. (1989): "Hacia un Discurso Sonoro No Verbal Observable". *Anuario 1988-1989 de la Asociación de Musicoterapeutas Universitarios de la República Argentina (AMURA)*, 21-25.
- RUUD, E. (1993): *Los caminos de la Musicoterapia*. Buenos Aires: Bonum.
- SABBATELLA, P. (1995): "Music Therapy in the Training of Music Teachers", en *European Music Therapy Conference* (3ª, 17-20 Junio 1995, Aalborg, Dinamarca).
- (2001): *Definición y conceptualización de la musicoterapia*. Actas de las I Jornadas Nacionales de musicoterapia en Melilla. Universidad de Granada
- SACKS, O. y TOMAINO, C. M. (1991): "Music and neurological disorder", *International Journal of Arts and Medicine*, 1 (1), 10-12.
- SCHAPIRA, D. (1996): "Teoría, Lenguaje y Ética en Musicoterapia", *Revista Brasileira de Musicoterapia*, 1, 40-54.
- (1993): "Saber o no Saber. El Problema de la Teoría en Musicoterapia". Ponencia presentada al VII Congreso Mundial de Musicoterapia (Vitoria-Gasteiz, España).
- SMEIJTERS, H. (1995): "The functions of Music in Music Therapy", en WIGRAM, T., SAPERSTON, B. y WEST, R. (ed.): *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*. London: Harwood Academic.
- (1998): *Multiple Perspectives: A Guide to Qualitative Research in Music Therapy*. USA: Barcelona Publishers.
- THAUT, M. (1990): "Physiological and Motor Responses to Music Stimuli", en UNKEFER, R. (ed.): *Music Therapy in the Treatment of Adults with Mental Disorders*. USA: Schirmer Books.
- THAYER GASTON, E. y otros (1971): *Tratado de Musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.

- TORRES, E. (1996): "Musicoterapia y Tercera Edad", *Música, Arte y Proceso*, 2, 21-36.
- VERDEAU-PAILLES, J. y GUIRAUD-CALADOU, J. M. (1979): *Las técnicas psicomusicales activas de grupo y su aplicación en psiquiatría*. Barcelona: Científico-Médica.
- WAGNER, G. (1996): "Musicoterapia. Aportes para la construcción de un Marco Teórico Referencial", en BENENZON, R; GAINZA, V. y WAGNER, G. (1997): *Sonido, Comunicación y Terapia*. Salamanca: Amaru.
- WHEELER, B. (1983): "A Psychotherapeutic classification of music therapy practices", *Music Therapy Perspectives*, 1 (2), 8-12.
- (1987): "Levels of therapy: the classification of music therapy goals", *Music Therapy*, 6 (2), 39-49.
- (ed) (1995): *Music Therapy Research: Quantitative and Qualitative Perspectives*. USA: Barcelona Publishers.
- WIGRAM, T.; SAPERSTON, B. y WEST, R. (ed.) (1995): *The Art and Science of Music Therapy: A Handbook*. London: Harwood Academic.

DIRECCIONES INTERESANTES DE MUSICOTERAPIA EN INTERNET

<http://www.itg-rpg.org/mt1/musterap.htm> - Centro Investigación Musicoterapéutica, Bilbao.

<http://ourworld.compuserve.com/homepages/ambx> - Escuela Musicoterapia de Burdeos, Francia.

<http://www.advance.com.ar/usuariosllowenstein/actlv.htm> - Escuela Argentina de Musicoterapia.

<http://www.musictherapy.org/> - American Music Therapy Association.

[http://members.aol.com/Cht"...a/whitnehindex.html](http://members.aol.com/Cht) - Music Therapy in de 1 \vln Cltles.

<http://www.educa.rcanaria.es/usr/psicoarte/portada.htm> - Psicoarte.

<http://home.mlra.nev-dhslad3.html/> - Alzheimer Web Home Page.

<http://eu.ansp.br/apemesp/port.html> - Asoc. Profesional de Musicoterapia de Sao Paulo, Brasil.

<http://www.xarxabcn.net/acmt/html/compendi.htm> - Asociación catalana de Musicoterapia.

<http://www.gdifranco.it/napoli2001.html> - Congreso Europeo de Musicoterapia 2001.

- <http://www.musicoterapia.com.ar/> - Musicoterapia en Argentina.
- <http://www.psmusic.com/Confiam/CONFIAM2.htm> - Federación Italiana de Musicoterapia.
- <http://www.psynet.net/adimu> - Ámbito de docencia e Investigación en Musicoterapia Argentina.
- <http://www.musictherapy.ca/> - Asociación Canadiense de Musicoterapia.
- <http://www.musictherapie.de> - Sociedad Alemana de Musicoterapia.
- <http://www.glonet.nl/home/kjk97/mtnleng.htm> - Musicoterapia en Holanda.
- <http://www.nyu.edu/pages/music/music/nrobbins.html> - Centro Musicoterapia Nordoff Robbins
- <http://www.unaerp.br/universidade/universidade.html> - Clínica Musicoterapia, Ribeirao de Brasil
- <http://www.roehampton.ac.uk/artshum/bsmtlj-index.html> - British Journal of Music Therapy
- <http://www.musictherapy.org/pubs.html> - Journals and Publications from AMTA
- <http://www.hisf.no/njm/index.ssi> - Nordic Journal of Music Therapy
- http://www.links2go.com/topic1Music_Therapy - Music Therapy Links
- <http://www.psychotherapie.org/MUTIG/wfmt.html> - Federación Mundial de Musicoterapia.
- <http://otto.cmr.fsu.edu/memt/mhaim/> - Medical Music Therapy.
- <http://users.lorthnet.gr/the/psymeonle/musther1.nhlm> - Selección Bibliográfica de Musicoterapia.
- <http://www.termisti.refer.org/datalautismelindex.htm> - Página Autismo y múltiples síndromes.

LA MÚSICA, ASIGNATURA PENDIENTE

MARÍA DEL VALLE MOYA

El hombre supera infinitamente al hombre (Pascal)

La sociedad actual del primer mundo, del mundo desarrollado, envejece.

“... El envejecimiento de la población no se refiere exclusivamente a un proceso biológico determinante de las condiciones de salud de las personas, sino a un proceso social, por el que la sociedad se transforma de manera significativa en virtud de su estructura y organización en torno a la edad como componente diferenciador de los estatus de las personas”.

Esta realidad, incuestionable y más que demostrada en diferentes estadísticas, no debe considerarse, forzosamente, como algo negativo; al menos, desde los puntos de vista social y humano.

Nadie negará que la vejez existe como hecho biológico y como vivencia personal hasta el punto de que hoy día los ancianos representan un grupo humano no solamente socialmente reconocido sino también muy importante, hasta el extremo de tenerlo muy en cuenta en lo referente a medidas sociales y políticas.

Es en la primera etapa de la vejez cuando surgen para el ser humano dos nuevos aspectos:

- La apertura de nuevos ámbitos.
- El logro de una forma nueva y superior de estabilidad personal.

La Tercera Edad es una nueva fase vital en la evolución biológica del ser humano, en la que, merecidamente, se puede y se debe aspirar a un descanso laboral merecido, a un ocio activo, bien dirigido, encaminado a adquirir nuevos conocimientos científicos y técnicos de determinadas materias que no pudieron

1. Giró Miranda, J. (2005): *El envejecimiento demográfico*, en Giró Miranda (coord.): *Envejecimiento, salud y dependencia*. Biblioteca de investigación, nº 42. Universidad de La Rioja. Logroño, pág. 17.

estudiarse en el pasado, junto con la el desarrollo y afianzamiento de valores humanos. Por tanto, se puede, y quizás se debe, enfocar positivamente la llegada a esa nueva etapa en la vida humana que es la jubilación.

La jubilación es un período de la vida dedicado, principalmente, al descanso. Al descanso y no al aburrimiento, a un “arrinconamiento” social que sería inmerecido e injusto. Un período vital en el que se puede “vivir el tiempo recuperado” dedicándose a aquello que se fue dejando a medio por el camino de la vida o que nunca, por diversas circunstancias, se pudo realizar.

Esos anhelos o gustos por determinadas actividades o ciertos conocimientos o actividades que se gestaron en el pasado, pueden, a partir de la jubilación, durante la misma, estar lejos de convertirse en una amarga o nostálgica añoranza y en recuerdos de frustraciones (lo que pudo haber sido y no fue, como decía el bolero de “*Toda una vida*”). Pueden convertirse en realidades gozosas del momento presente, si se ponen los medios adecuados para lograr estos fines.

Los diccionarios nos ofrecen varias definiciones y acepciones de la vejez, tercera edad, jubilación... Se suele definir la vejez como aquella *calidad o estado de viejo. Edad en que se es viejo*. Se aplica a la persona de mucha edad y que lo denota su aspecto externo, con connotaciones de estar estropeado por el uso.

Pretendemos demostrar que la tan usada expresión de “*a la vejez viruelas*”, no tiene cabida en el estudio que nos ocupa y, en concreto, en lo que a Música se refiere.

¿Qué música puede ser recibida, comprendida, asimilada, practicada y querida por la tercera edad? Consideramos que son aceptables varias respuestas a este interrogante:

- Toda aquella música que tenga calidad (ya sea clásica, folklórica, ligera, pop; ya sea del ayer o de los tiempos actuales).
- Aquellas músicas que les gusten, que les llamen la atención, que les motiven.

Ciertamente, quizás ocupe el primer lugar entre las preferencias musicales de la tercera edad aquellas músicas que pertenecen a su ayer. Si se las volvemos a acercar les estamos dando la oportunidad de volver a vivir, que es recordar, estas músicas de ayer pero con una nueva visión ofrecida por la nueva situación personal que ofrece la jubilación y con otras nuevas maneras y formas de acercamiento tomadas de la pedagogía musical de hoy, centradas en el hecho de vivenciar el fenómeno musical.

En esencia, se pretende que a partir de la jubilación, por disponer de mayor cantidad de tiempo libre, los jóvenes ancianos tengan la oportunidad de vivir la música de otra manera a como lo hicieron en su juventud y madurez. Que nuevamente disfruten con la música, pero que también aprendan a cantar, bailar, acompañar instrumentalmente (sobre todo percutiendo), leer con nuevas grafías musicales (musicogramas, melogramas, ritmogramas...), participar de otras maneras en la interpretación y en la audición de obras musicales de todo tipo.

Actualmente, existen múltiples instituciones y organismos, públicos y privados, que ofertan actividades de todo tipo destinadas específicamente para la tercera edad, como una ayuda para “envejecer positivamente”. En esta línea, hay una respuesta social ofrecida por Ayuntamientos, Diputaciones Provinciales, Fundaciones, cajas de ahorros, asociaciones vecinales, clubes y hogares de jubilados, programas específicos de acción social...

Cabe preguntarse:

- ¿Sería posible incluir actividades musicales en estas programaciones?
- ¿Tendrían una buena acogida y una respuesta favorable por parte del grupo social de la tercera edad?
- ¿Serían positivas y gratificantes para nuestros mayores?
- ¿Resultarían de alguna utilidad para ellos?

Vamos a defender una respuesta afirmativa, ofreciendo una argumentación, no sólo teórica, sino corroborada en la práctica mediante la investigación que hemos llevado a cabo: el trabajo de campo tal y como expresan los gráficos y las prácticas realizadas con grupos de jubilados que se muestran en el Anexo.

Partimos de considerar el inicio de la llamada tercera edad a partir de la jubilación. También constituye nuestro punto de partida considerar esta nueva etapa que se abre con la jubilación como una fase de plenitud humana siendo posible ubicar en ella un acercamiento de nuestros mayores a la Música entendiendo que dicho acercamiento es real y posible.

La tercera edad debe tener la oportunidad de acceder a conocer distintos tipos y estilos musicales, a otras prácticas y formas de hacer y sentir la música las cuales, tradicionalmente, han quedado fuera del alcance y disfrute del ser humano en esta etapa de culminación vital.

Puede ser ahora, a partir de la jubilación, cuando se presente a los mayores la posibilidad de acceder a varias actividades, ofertadas por diversas y varias instituciones y organizaciones, que permitan acceder a unas vivencias musicales: desde el ocio y la diversión a unos conocimientos científicos, como un medio más de interrelación social o incluso como posibles aplicaciones terapéuticas (depresión, demencia senil...).

Estas reflexiones quieren demostrar, tras el estudio y análisis de nuestra investigación, que sí es posible *envejecer en positivo*, desde la preparación a la jubilación. Vamos a procurar demostrar y argumentar que se puede alcanzar esta meta, el *aprender a envejecer*, ayudados por la Música y las prácticas musicales; desde un acercamiento a ella, para comprenderla, para disfrutarla, para hacerla algo nuestro. En definitiva, para amarla y conseguir, ayudados en parte por ella, ser un poco mejores como personas.

Estructuramos el presente capítulo en tres grandes apartados:

- I. Aproximación a la fase vital de la vejez.
- II. Posibilidades que ofrece la música para los no iniciados en la etapa de la jubilación: como juego, como conocimiento, como disfrute.
- III. Conclusiones.

LA JUBILACIÓN: APROXIMACIÓN A LA FASE VITAL DE LA VEJEZ

En el transcurso de la vida humana pueden fijarse varias fases, varias "estaciones" vitales. En el desarrollo humano estas fases vienen determinadas por factores biológicos, factores de tiempo y de ambiente y, por supuesto, el hombre mismo.

Hay que contar con la posibilidad de que el hombre, sobre todo a partir del período de su juventud, tiene cada vez más oportunidades para llevar por sí mismo a buen fin –o, en caso contrario, descuidar lastimosamente- su tarea de desarrollo personal en una fase determinada.

Después de los años de la niñez, en el desarrollo humano influyen (más que las leyes biológicas) las leyes sociológicas y, sobre todo, la persona misma. Es un hecho triste: la mayoría de los ancianos se limitan a subsistir. *Sólo un pequeño porcentaje de personas estructuran y dominan su vida.*

En sí misma considerada, toda fase de la vida representa algo nuevo. Cada fase es única porque no volverá a darse. Ahí reside la tensión de la existencia, el más íntimo estímulo para vivirla.

En el curso de la historia, la ciencia ha logrado inmensos triunfos en el terreno de la técnica. Con la ayuda de la ciencia hemos hecho el mundo más habitable para el hombre, gracias a la industrialización y la burocratización. En consecuencia, vivimos en un mundo dinámico, movable, cambiante. La anterior cultura de signo rural se ha convertido en una evidente cultura de ciudad².

En estas nuevas circunstancias de hábitat urbano, invadido por la prisa, aglomeraciones, falta de humanidad, es comprensible que los ancianos sientan una necesidad imperiosa de sentirse seguros bajo el aspecto económico, afectivo, lúdico y cultural. Y que se sientan motivados para buscar y encontrar nuevos intereses que les satisfagan, les resulten positivos y les den otro contenido, nuevo, a su existencia.

Cada etapa de la vida es diferente e independiente de las otras por tener sentido en sí misma, pero debe servir de preparación para la siguiente, porque en definitiva se trata de un mismo ser humano que sigue un camino de desarrollo.

Creemos que la tercera edad es una fase fecunda. Es el inicio o la primera etapa de la vejez coincidiendo con el inicio de la jubilación. En esta primera etapa el ser humano no debe rehuir el hecho de saber que su final vital, su propia muerte, es un hecho inevitable porque si sólo se ocupara de arañar ansiosamente los últimos goces que la vida le pudiera deparar, no estará capacitado para hacer algo sensato y digno en la senilidad, la última etapa vital. Se verá inevitablemente abocado a una vida poco compartida, sin alegría, insolidaria en definitiva³.

2. Kriekemans, A (1964): *La vejez, culminación de la vida*. Madrid: Euramérica, S.A., pág. 15.

3. Guardini, R. (1998): *Las Etapas de la vida- Su importancia para la ética y la pedagogía*. Madrid: Palabra, S.A., pág. 19.

La vida no es una mera yuxtaposición de partes, sino un todo que está presente en cada uno de los puntos de su trayectoria. Así actúa el final sobre la vida: el arco vital empieza a curvarse hacia abajo y terminará por extinguirse, ya que todo acontecer se mueve hacia su final, lo que llamamos "muerte". Pero es también en este momento cuando el hecho del final se hace patente, cuando se hace perceptible lo pasajero de la vida, cuando se obtiene una visión de conjunto de las posibilidades personales: la medida de lo que dan de sí las propias capacidades, lo que la vida todavía puede ofrecer.

Si el individuo no supera la crisis (no acepta el final ni sigue las indicaciones que le proporcionan lo pasajero y la pérdida de peso de las cosas) es cuando surge el "viejo" en el mal sentido de la palabra: la persona que no quiere hacerse "vieja". Aparta sus ojos del final, se aferra al estadio de la vida que se está acabando, se las da de joven. Las consecuencias son tan fatídicas como penosas. Es muy cuestionable que se equipare sin más la vida valiosa con la juventud.

Otra posibilidad es que la persona recapitule ante su envejecimiento, que arrincone la vida, como un todo, y se aferre a lo que queda de ella como mera supervivencia. De esta actitud se deriva un fenómeno tan negativo como el materialismo en la vejez, para el que las cosas asibles y palpables lo son todo: comer y beber, la cuenta en el banco, el sillón cómodo. Aquí se desarrolla la obstinación senil: el querer hacerse valer a los ojos de los demás, el tiranizar a quienes le rodean hasta convertirse en una tortura para los otros, para tener la sensación de que es alguien.

La superación positiva de esta crisis vital consiste en la aceptación del envejecimiento, sin entregarse sin más a ello pero tampoco sin negarle la importancia que tiene, cayendo en la indiferencia o el cinismo.

En esa superación se desarrollan un grupo de actividades y valores de gran importancia para el conjunto de la vida: penetración en la verdadera esencia de las cosas, buen ánimo, serenidad, autoestima, afirmación de la vida que se ha vivido, de la obra que se ha llevado a cabo, del sentido de la existencia que se ha realizado...

Huyendo de falsas sensiblerías, actitudes despectivas, tristezas (cuando menos, nostalgias), partimos de entender la vejez, la tercera edad, la edad avanzada en las personas, como una fase o etapa vital que *es la culminación, la plenitud de la vida humana, época de experiencia y sabiduría esencial, de alegría y lucha, de esperanzas*⁴.

Es un momento en el que se puede (¿se debe?) gozar de la nueva situación que ofrece la jubilación: el desahogo de obligaciones, deberes y cargas cronometrados, la nueva situación en la que podemos ser gratamente sorprendidos al comprobar la existencia de verdaderas amistades permanentes.

4. García Hoz, V. (1989): *Alegría en la tercera edad*. Madrid: Epalsa, pág. 7.

Es el momento de agradecer a Dios o a la Vida que todavía se tienen fuerzas para realizar cosas útiles, para uno mismo y para los otros, que surge un espacio vital para disfrutar con cosas viejas y también con cosas nuevas. Incluso para agradecer y recibir sin frustración aquellas ayudas de otros que el declive físico puede llegar a hacer necesarias para la persona mayor.

Es cierto que ya no se puede andar tan deprisa pero en esta nueva forma de discurrir se ve todo más y mejor. También es cierto que la fuerza, la actividad y los placeres físicos van en creciente disminución. Por ello, ha llegado el momento de recurrir a un despliegue de fuerza, actividad y alegría centradas en otros planos: en lo mental, en lo anímico, en lo espiritual.

A partir de la jubilación desaparecen las estrictas obligaciones profesionales que nos han acompañado durante tantos años de nuestra vida. Ahora es el momento en el que podemos dedicar tiempo y energías a cuidar uno de sí mismo, tanto de los achaques biológicos como de los achaques morales.

En la nueva etapa que inaugura la jubilación sigue habiendo momentos oscuros y momentos luminosos, abatimientos y alegrías exultantes, al igual que se produjeron tantas veces en ese tiempo que ya pertenece al pasado. Durante la jubilación siguen ocurriendo cosas, se viven experiencias, porque sigue habiendo vida. En esta nueva situación no debemos dar cabida a la monotonía, la desgana vital o a que "triunfe" un espíritu vencido. Hasta el final de su vida, el hombre es dueño de lo que ocurra en ella.

El final de la vida sigue siendo vida. En este último tramo vital se realizan valores que son exclusivos de este momento. En la tercera edad puede surgir la sabiduría que consiste en saber el final y en aceptarlo, con una disposición sincera. Así, la actitud de la persona adquiere una peculiar calma y cierta superioridad en sentido existencial.

Se cuenta que en cierta ocasión se le preguntó a San Carlos Borromeo qué haría si supiese que iba a morir dentro de una hora, a lo que contestó: "Haría especialmente bien lo mismo que estoy haciendo ahora". Esta respuesta expresa la superación de actitudes negativas como el miedo, el afán desbocado de disfrutar de las cosas todavía un poco más, la inquietud por llenar de contenidos materiales un tiempo del que cada vez queda menos⁵.

A veces, el hombre de hoy olvida cual es la esencia de la vejez. En su lugar ha colocado una imagen poco clara de la prolongación de la vida, en la que la norma sigue siendo la forma de vida del joven mientras que la vejez se expresa solamente en limitaciones (por ejemplo, pérdida de facultades).

Según este modo de ver las cosas, el anciano no es más que un joven disminuido. Y todo ello en estrecha conexión con la confianza en la capacidad de los médicos para alargar la vida, en métodos curativos a los que se atribuyen

5. Guardini. Op. Cit., pág. 93.

virtualidades mágicas, sin olvidar los artificios de la moda y de los cosméticos. De todo ello sólo se deriva una mera apariencia y un engaño vital⁶.

Nuestra época solo ve vida en la plenitud de la juventud y la madurez. Pero también es cierto que los años correspondientes a la tercera edad están ganando en importancia. Las estadísticas de población y de experiencia médica muestran que la edad media que se alcanza se ha incrementado. Se desarrollan conocimientos sobre los estados de la ancianidad y los cuidados precisos, investigándose cada vez más en gerontología y en gerontoterapia.

El "problema" del envejecimiento consiste en que la persona lo acepte, comprenda su sentido y lo haga realidad. No tendrían sentido todas las disciplinas gerontológicas médicas y todos los cuidados de la previsión social si al mismo tiempo la persona mayor no toma conciencia del sentido que encierra su propia vida. Si no lo hace se corre el grave riesgo de que únicamente conserve su vida en un sentido casi exclusivamente biológico siendo, para sí misma y para su entorno, una carga.

La sociedad debe cooperar en enseñar a envejecer. Es decir, debe posibilitar los cauces oportunos para que la persona que envejece lo haga de forma correcta. Cierto que en parte dependerá del mismo individuo pero no podemos olvidar que también están implicados el entorno (familia, amistades) y la propia sociedad. Los distintos estamentos públicos y el Estado deben rodear a esa persona de las condiciones de vida que no puede darse a sí misma.

Si creemos en la facultad humana de la autodeterminación también debemos creer en la del anciano, entendida como una libertad ligada a factores biológicos, sociales y culturales⁷:

- Biológicos: el hombre nace y se desarrolla, crece como una planta hacia la madurez (que es el período de mayor entrega de frutos vitales) para "marchitarse" después poco a poco. Pero junto con el envejecimiento biológico existe la posibilidad de desarrollo y vitalidad anímica y espiritual, que no está sujeto a las mismas leyes de la fuerza vital puramente biológica. Baste recordar ejemplos de ancianos sumamente creativos (Kant, Picasso, Pablo Casals...) o de otros que mantienen una vitalidad creadora adecuada a su momento vital.
- Social y cultural: el hombre puede determinar el curso de su propia vida, superando las limitaciones impuestas por las aptitudes y el ambiente. Puede adquirir un notable desarrollo personal. Puede ser creativo. Puede intentar estructurar inteligentemente todo lo que le venga, incluida la vejez.

6. Ibid., pág. 96.

7. Kriekemans. Op. Cit., pág. 57.

Varias investigaciones demuestran que la persona intelectualmente dotada, que ha llevado una vida de estudio, no acusa en este terreno síntomas de decadencia, a diferencia de los no intelectuales. Pero no olvidemos que la plenitud sigue siendo posible también para el que no es intelectual ni artista porque la tarea que hay que cumplir se centra en el marco personal.

Nuestra vejez será en gran medida lo que nosotros hagamos de ella. No debemos entender la vejez como *“simplemente juventud perdida sino una nueva manera de vida en una nueva situación y con una nueva tarea: realizar la plenitud de nuestro ser en un estado de decadencia corporal y de constante disminución de funciones sociales”*⁸.

La edad trae sus peligros a los que podemos estar expuestos por factores biológicos o a causa del medio ambiente. La existencia humana tiene un carácter dramático y, a menudo, trágico. Pero debemos esforzarnos por conseguir que en nuestra vejez no nos encontremos con un fracaso personal que podemos evitar por nosotros mismos.

En la edad adulta puede conquistarse la vida. Pero apenas se ha conseguido el éxito (personal, profesional, económico...) y la estabilidad comienza un proceso degenerativo: la fuerza expansiva vital se va debilitando, los procesos mentales se ralentizan, flaquea la memoria, va cediendo la fuerza de resistencia. El adulto comienza a hacerse viejo aunque todavía mantiene cierta seguridad en sí mismo. Cuanto más envejece, más lentamente se desarrollan los procesos psíquicos: la adaptación a lo nuevo se hace más difícil, el espíritu de empresa es más pequeño. Surge el desaliento. Y aparece la pregunta: ¿para qué todo esto?, ¿para qué esforzarse todavía si ya no se marcha como antes, si la vida ha cambiado? De aquí surge también la aparición de un sentimiento de angustia vital, sentimiento peligroso ya que puede transformarse en terquedad, mal humor, negatividad, agresividad, aumento de egoísmo.

Al iniciarse la tercera edad, la etapa de la jubilación, se vive la experiencia corporal con un sentimiento de pérdida, a veces con cierta angustia ante la propia pérdida. Ya no se tiene la potencia de antes y se comienza a precisar ciertos tipos de asistencia. Cuando poco a poco, gentes de la misma edad comienzan a morir y se pierde el ritmo respecto la generación más joven surge un sentimiento de soledad. Es por tanto comprensible que los ancianos sientan una necesidad de seguridad económica, de afecto, de distracción, de nuevos intereses.

En nuestra cultura la profesión determina en gran parte la base de nuestra personalidad, del prestigio social, de los ingresos económicos. De pronto, suena la hora de la jubilación y, para muchos esto significa una desgracia. Se impone ofrecer sustitutos adecuados aunque cabe preguntarse: ¿puede un “hobby”, una afición tener para un hombre la misma importancia vital o social que su profesión?

8. Ibid., pág. 62.

La tendencia a disfrutar ha elevado la vitalidad y la juventud a categoría de calores centrales. También los ancianos quieren participar en todo y se esfuerzan por parecer lo más jóvenes y vitales posible. Es buena señal que el anciano no se sienta más viejo de lo que es pero esta situación puede resultar como una desgracia si le mina la seguridad en sí mismo y le impide adquirir la sabiduría del vivir⁹.

Durante los años de la edad madura el hombre ha estado ocupado por la tarea de asegurar su existencia desde el punto de vista económico y de ocupar un puesto en la sociedad. Al iniciarse la vejez y sentir que sus fuerzas y su propio cuerpo se debilitan y que el momento inevitable de la muerte se acerca, aparece también el interrogante de si todo lo vivido, el momento actual y el tiempo vital que resten tienen algún sentido.

El hombre se enfrenta a la tarea de encontrar una paz para sí mismo y de hallar la llamada *peace of minth* (paz del espíritu) encontrando una respuesta positiva en su conciencia respecto a haber alcanzado los objetivos que se había impuesto para su propia vida.

Es en esta etapa cuando las instituciones públicas, a través de diferentes organismos y servicios sociales, mediante la ayuda doméstica y la actividad terapéutica, pueden ayudar a la tercera edad ofreciendo nuevos campos de actividad humana.

Por todo lo dicho, es deseable que nuestros jubilados y nuestros ancianos, gozando de una seguridad económica e higiénica, tengan la posibilidad de acceder a actividades lúdicas, recreativas, de ocio, formativas, no de mero relleno o entretenimiento, que les ofrezcan y permitan:

- Un trabajo o una ocupación nueva adecuados.
- Oportunidad para relacionarse con sus coetáneos.
- Asesoramiento, terapia y ayuda didáctica en la solución de las dificultades de la vida y de sus problemas.
- Normas para enfrentarse y solucionar problemas relativos a la vejez.

POSIBILIDADES QUE OFRECE LA MÚSICA

La UNESCO entiende como una de las claves del futuro “*la educación a lo largo de la vida*”. Consideramos que no es correcto establecer una edad o un tiempo vital para la educación y otro para la actividad laboral, para el trabajo. Ambas realidades se mezclan entre sí y definen uno de los objetivos educativos para el tercer milenio. Educarse y vivir puede convertirse en la misma realidad humana.

9. Kriekemans. Op. Cit., pág. 24.

Educación musicalmente... supone definir la educación musical como algo más que un conjunto de habilidades que permitan percibir y expresarse a través de la música... Es definir el camino para desarrollar las capacidades relacionadas con la música¹⁰.

De todos los sentidos, hay que resaltar la importancia que tienen la vista y el oído por ser los sentidos que mejor nos relacionan con el mundo que nos rodea. Comenzamos a educar el oído musical cuando empezamos a explorar los medios de expresión sonora.

Nuestras experiencias sonoras cotidianas están basadas en una numerosa serie de sonidos y ruidos que son habituales en el medio en el que nos desenvolvemos. Así, recordamos diferentes expresiones sonoras: tráfico rodado circulando por las calles, tañidos de campanas, gentes que pasan... Todas estas realidades sonoras se van almacenando en nuestra memoria y somos capaces de evocarlas y revivirlas en cualquier momento.

La memoria se desarrolla en gran parte por la simple repetición de acciones. Se perfecciona y fortalece cuando entran en juego la atención y la concentración. Lo que somos capaces de saber y de utilizar se lo debemos a la memoria y de nada serviría estudiar y aprender cosas nuevas si nuestra mente no fuera capaz de clasificarlas y retenerlas.

Las actividades musicales colaboran extraordinariamente en el desarrollo de la memoria. Escuchar atentamente una melodía supone descubrir diferentes matices sonoros, los parámetros del sonido (altura, intensidad, timbre, duración) y suele producir en el oyente un estado placentero, de disfrute. Así es como se aprende a descubrir fuentes sonoras y sonidos y ruidos de todo tipo. Al diferenciar los sonidos aprendemos a conocer mejor los objetos que los producen y nos sirve para entrenar y mejorar el área de percepción auditiva.

Desarrollar las habilidades auditivas es imprescindible para la comunicación, herramienta esencial para las relaciones sociales.

La música depende de dos elementos básicos: la percepción y la memoria. Es necesario entender los sonidos en la escucha y recordar lo escuchado.

La audición es la base de la formación y la educación musical. Éstas han de desarrollarse a partir de la planificación y secuenciación de una serie de actividades adecuadas a la edad del grupo humano con el que queremos trabajar el desarrollo de la musicalidad que poseen, aunque no sean muy conscientes de que la tengan.

La audición debe formar parte de un programa global de educación o formación musical. El objetivo principal de la audición musical, entendida como proceso formativo, debe centrarse en desarrollar la percepción y la sensorialidad

10. Bernal Vázquez, J. (2003): "Música y creatividad", en Gervilla, A. (dir.): *Creatividad aplicada. Una apuesta de futuro*. Málaga: Dikynson, S. L., Tomo II, capítulo 34, pág. 842.

auditiva aumentando paulatinamente la escucha activa y despertando el gusto por las actividades musicales, para que los sujetos puedan llegar a comprender la música, a interpretar su significado y a identificarse con la experiencia musical vivida¹¹.

La música debe seducir a quien la escucha. Para ello, el educador o monitor musical debe orientar la audición hacia el disfrute pero también hacia el descubrimiento de los elementos musicales.

Son muchas las actividades que pueden conducir al desarrollo de la sensorialidad auditiva. Es importante lograr que las personas con las que estamos trabajando tengan interés por la escucha de pequeñas obras o fragmentos musicales creando hábitos de atención. Debemos despertar su interés hacia el fenómeno sonoro, como una meta para sensibilizar el oído y prepararlo para la comprensión y ejecución musical. El objetivo no es que los jubilados adquieran nociones musicales, o introducirlos en una determinada técnica, sino desarrollar un conjunto de conductas que se manifiestan en la evolución normal de la actividad musical, sobre todo, cuando estamos inmersos en el “juego de la escucha”.

Para la educación auditiva, Bernal y Calvo proponen los siguientes objetivos y actividades¹²:

- Potenciar la capacidad de concentración auditiva (la atención y la memoria auditiva).
- Crear hábitos de escucha.
- Descubrir el mundo sonoro.
- Interiorizar sonidos.
- Discriminar los parámetros del sonido (intensidad, altura, timbre, duración).
- Desarrollar el gusto por las audiciones musicales.
- Reconocer instrumentos musicales por su timbre.
- Experimentar sonidos con instrumentos de percusión y familiarizarse con ellos.
- Inventar, construir, manipular objetos sonoros.
- Reconocer melodías de obras musicales.
- Representar sonidos gráficamente.
- Reconocer formas musicales sencillas (AAA, lied, rondó) en canciones, audiciones, danzas.
- Sonorizar textos breves (rimas, refranes, retahílas...).
- Expresar con el cuerpo el tempo, la dinámica, el carácter de la música.

11. Bernal Vázquez. Op. Cit., pág. 846.

12. Bernal Vázquez, J.; Calvo Niño, M. L. (2000): *Didáctica de la Música. La expresión musical en la educación infantil*. Málaga: Aljibe., pág. 44.

El educador musical debe conseguir una escucha compartida, participando con sus alumnos en la audición. Lo ideal es conseguir crear hábitos musicales y actitudes positivas, espontáneas, para compartir experiencias lúdicas y comunicarse a través de la audición. Para todo ello, hay que dejar que la música ejerza su gran poder de seducción.

Con el objetivo de favorecer la disposición de los sujetos ante la escucha de la música, ayudarlos a escuchar y así facilitar que aprendan, el educador debe utilizar todas las formas posibles de comunicación (lenguajes) que sea capaz de establecer¹³. Puede servir tanto el lenguaje verbal como el no verbal (corporal y plástico) con diferentes variantes: el gesto, la mímica, el movimiento corporal, las indicaciones realizadas con distintos objetos sonoros, con distintos sonidos cantados, el lenguaje plástico con la utilización de imágenes o de otras grafías no convencionales (musicogramas)...

A la hora de trabajar con el lenguaje corporal debemos recordar que el movimiento tiene una importancia relevante por dos razones:

- Porque constituye una forma de exteriorizar las posibilidades expresivas de la música.
- Porque es una forma de visualizar los movimientos musicales (frases, estructuras, dinámicas, etc.).

Este tipo de actividades de expresión corporal pueden plantearse individualmente, en pequeño grupo o en gran grupo. Se utilizarán movimientos y coreografías en las que los mayores puedan sincronizar sus movimientos con la música y expresar sus características.

Pueden destacarse aspectos en los que se desee centrar la atención. Por ejemplo:

- Levantar la mano en un momento dado puede marcar la intervención puntual de un instrumento.
- Realizar dos movimientos iguales puede expresar la repetición de una frase musical.
- Andar al tempo de la música permite marcar la pulsación de una obra.
- Hacer un gesto cada vez más amplio puede indicar variaciones de intensidad.

Podemos utilizar la representación gráfica después de la expresión corporal de la obra. De este modo, podemos "dibujar" la experiencia sonora y motriz.

La utilización del lenguaje plástico (formas, colores, grafías, imágenes) nos puede ayudar a crear un ambiente propicio para la escucha. Y las representaciones gráficas de las piezas musicales que se escuchen, o de algunos de los elementos que aparezcan, sirven para hacer más evidentes sus características,

13. Malagarriga, T.; Valls, A. (2003): *La audición musical en la educación infantil*. Barcelona: CEAC., pág. 21.

para darles identidad, distinguirlas... La representación gráfica de la música ayuda a recordar, fijar la atención, identificar aquello que ya se captaba a través de la audición y se expresaba con el cuerpo. Y es imprescindible a la hora de realizar o interpretar musicogramas (representaciones personales y creativas de aspectos musicales vividos mediante símbolos plásticos).

Son muchas las actividades que pueden conducir al individuo a desarrollar su sensorialidad auditiva. Lo más importante es que se le motive en la escucha de pequeñas obras o fragmentos musicales creando hábitos de atención. Despertar el interés hacia el fenómeno sonoro es una meta para sensibilizar el oído y prepararlo para la comprensión y ejecución musical. El objetivo no es adquirir unas nociones musicales sino desarrollar un conjunto de conductas para convertir la escucha en un juego.

El juego es tan antiguo como el hombre ya que es algo consustancial a la especie humana: se ha jugado siempre, en todas las épocas y en todas las culturas y civilizaciones. El juego facilita la comunicación entre los seres humanos. Amplía la capacidad humana de imaginación y representación simbólica de la realidad. Es también es un elemento generador de cultura. Por todo ello, se puede y se debe utilizar el juego, en cualquier fase vital, como un medio formativo más.

El juego es una necesidad vital, con características psicobiológicas. Nace con el ser humano y acompaña al hombre a lo largo de toda su vida, aunque con diferentes objetivos: desde la niñez hasta la edad más avanzada, combinando el binomio seriedad – regocijo¹⁴.

El juego estimula, motiva, crea disposiciones favorables en el individuo para aprender. En educación, el juego constituye un elemento clave a partir del cual podemos abordar y desarrollar la adquisición de nuevos conocimientos mediante la realización de diversas actividades.

Es algo comúnmente aceptado considerar el juego como un instrumento que impulsa al aprendizaje y ayuda al sujeto a que adquiera y consolide determinadas habilidades y destrezas. Actúa positivamente sobre la psicología. Además, el placer, la diversión y el entretenimiento, frutos que derivan de la actividad lúdica, son compatibles con la adquisición de nuevos conocimientos y habilidades.

Son muy numerosos los estudios e interpretaciones que diversos autores han llevado a cabo para analizar el juego, su naturaleza y su función, sobre todo, en los últimos treinta años. Pero existe un acuerdo generalizado entre los estudiosos del tema en dos cuestiones fundamentales para entender el papel de los juegos en la actividad humana¹⁵:

14. Paredes Ortiz, J. (2002): "Aproximación teórica a la realidad del juego", en Moreno Murcia, J. A. (coord.): *Aprendizaje a través del juego*. Málaga: Ed. Aljibe., Cap. I, pág.18.

15. Cortón, M^a O. (2003): "Los juegos musicales: su utilidad en la enseñanza infantil y primaria", en revista *Eufonía. Didáctica de la música*, n^o 29, año VIII. Barcelona: Ed. Graó., pág. 8.

- En primer lugar, todos admiten que el juego es una apetencia innata en el hombre.
- En segundo lugar, todos coinciden en señalar que de las dos actividades dominantes en la vida del ser humano, juego y trabajo, la primera está motivada intrínsecamente y la segunda extrínsecamente.

Además de una necesidad vital, el juego es también una constante vital en la evolución, en la maduración y en el aprendizaje del ser humano. Acompaña el crecimiento biológico, psico-emocional y espiritual del hombre ya que cumple con la misión de nutrir, formar y alimentar el crecimiento integral de la persona, sin estar carente de seriedad. A partir de la edad adulta, con el juego accedemos al recreo o disfrute del ocio, al entretenimiento, a la alegría¹⁶.

Para el grupo humano que nos ocupa, los jubilados, debemos recordar que el juego existe y persiste durante todo el ciclo vital humano. No es exclusivo de la infancia y no puede interpretarse el que una persona disfrute o se entusiasme ante la posibilidad de jugar como un síntoma de inmadurez, ya que la práctica de determinadas actividades lúdicas requieren un elevado grado de madurez, de desarrollo pleno en todas las dimensiones que componen al ser humano.

¿Pueden los jubilados jugar con la música?. Recordemos que el juego es gratificante en sí mismo porque su principal finalidad está en la satisfacción que proporciona su realización. No hay razón para que la tercera edad no tenga una motivación, una disposición innata, natural, al juego. La motivación del trabajo deriva de los beneficios que se desprenden de él (dinero, estatus social, prestigio profesional...); cuando estos beneficios desaparecen, también lo hace el interés o la motivación que la ocupación laboral tenía para algunos individuos. Por ello, el ser humano tiene más inclinación hacia el juego que hacia el trabajo, sobre todo, cuando éste se presenta como algo obligado; necesario pero no apetecible¹⁷.

Podemos resumir las características más relevantes del juego en la breve relación que sigue¹⁸:

- Ausencia de finalidad: se orienta principalmente al placer. El juego está determinado por actividades que se centran en el proceso, en el desarrollo de la acción, de la actividad. Nunca en el resultado o producto.
- Juguetes / objetos no imprescindibles: son elementos complementarios. Condicionan la actividad pero no la determinan.
- Motivación intrínseca y voluntariedad: no se atiende a órdenes de terceras personas.

16. Paredes Ortiz. *Ibid.*, pág. 20.

17. Cortón, M^o O. Op. Cit.

18. Martínez Fuentes, M. T. (2002): "Evolución del juego a lo largo del ciclo vital", en Moreno Murcia, J. A. (coord.): *Aprendizaje a través del juego*. Málaga: Ed. Aljibe, Cap. II, págs. 35-36.

- Diferentes grados de complejidad: dependiendo de las reglas que lo determinen.
- Representación: consiste en el actuar “como si”. Se observa sobre todo en diferentes tipos de juego simbólico y socio-dramático.
- Efecto catártico: puede ayudar a resolver algunos conflictos personales. Puede ser una vía de escape para tensiones generadas por sucesos ocurridos en la vida real.
- Seriedad y placer: es incompatible con estados de agotamiento físico y psicológico.
- Carácter innato: surge de la tendencia de todo organismo a ser activo, explorador e imitador.

Si se diseñan y se utilizan correctamente juegos musicales específicos para la tercera edad, podemos conseguir que los jubilados disfruten y obtengan alegría y satisfacción personal, objetivos que por sí solos ya justificarían sobradamente la inclusión de actividades musicales para personas mayores. Pero, además, a través del juego, los mayores aplicarían sus experiencias, vivencias y conocimientos, ejercitarían sus posibilidades motrices en diversas situaciones (cantar, moverse, tocar); se potenciaría su mundo afectivo y se ampliarían sus relaciones sociales. Todo esto contribuiría a aumentar su confianza en sí mismos, en sus creaciones y elaboraciones personales, a elevar su autoestima, a aumentar su bienestar personal y a encarar su nueva etapa vital con espíritu alegre y positivo.

La experiencia musical se puede resumir en: escuchar (que es la base fundamental), moverse, cantar, tocar instrumentos (objetos sonoros) y crear música. En la medida en que el individuo mejora en estos aspectos va afianzando y perfeccionando su experiencia musical. Su repertorio de materiales musicales constituirá la base de una mayor habilidad en el movimiento, la ejecución instrumental, el canto, la audición y la creación. A través de este tipo de experiencias se llegan a comprender determinados conceptos musicales¹⁹. Y con la práctica se puede llegar a crear música.

Todo individuo es capaz de crear. La calidad de lo creado ya es otra cuestión que no corresponde analizar aquí. Pero debemos insistir en la capacidad creadora y en el alto componente de disfrute, de satisfacción personal, que lleva implícito el acto de crear y el resultado de la creación.

La creatividad se basa en el juego. La expresión creadora del ser humano necesita de un período de juego para enlazar la fantasía y la realidad.

19. Bernal Vázquez, J. (2003): “Música y creatividad”, en Gervilla, A. (dir.): *Creatividad aplicada. Una apuesta de futuro*.

CONCLUSIONES

Tradicionalmente, las actividades musicales se han vinculado a la reproducción sonora, ya sea mediante el canto o la interpretación; en cualquier caso, la ejecución. Pero se ha olvidado el que debe ser el elemento más importante de todo el proceso musical: la satisfacción por la propia expresión personal.

Para trabajar musicalmente con un individuo, de cualquier edad, habrá que utilizar unas estrategias que estimulen unas conductas creativas en el plano musical. Así, debemos entender que las actividades que realicemos pretenden algo más que desarrollar un conjunto de habilidades que permitan percibir y expresarse a través de la música.

Tenemos que ser capaces de lograr que los grupos de jubilados que participen en las mismas se sientan felices, útiles consigo mismos y son su nueva situación personal, con una ilusión para vivir esas actividades, disfrutando plenamente de los avances y descubrimientos que consigan cuando parecía que en su vida ya estaba todo hecho.

Consideramos que la práctica de actividades musicales, diseñadas especialmente para mayores, puede alcanzar finalidades u objetivos beneficiosos en los aspectos indicados a continuación:

- 1) Ocio y diversión.
- 2) Perspectiva social.
- 3) Conocimiento científico.
- 4) Aplicaciones terapéuticas.

Pasemos a analizarlas más detalladamente.

- Ocio y diversión: no podemos permitir que la jubilación se convierta en una fase de aburrimiento o, caso contrario, de una serie de actividades inconexas y con un horario excesivamente apabullante. El ocio, bien entendido, tiene que estar dirigido, debe tener alguna utilidad o fin positivo.
- Perspectiva social: unas sesiones de aproximación al universo sonoro pueden y deben convertirse en un excelente medio donde la tercera edad pueda relacionarse entre sí; un campo idóneo para el desarrollo interpersonal, para conocer a otras personas y disfrutar conjuntamente haciendo y viviendo la música; donde sea agradable el recordar las músicas del pasado con otros protagonistas del ayer. Siempre en clave positiva.
- Conocimiento científico: muchas veces, charlando con personas maduras o mayores, sobre todo, cuando se realizó el trabajo de campo (fase de encuestas), nos encontramos con tristes expresiones del tipo de: *“¡Qué pena, yo no pude estudiar música!; ¡Cuánto me hubiera gustado saber tocar un instrumento!; ¡Me encanta la música pero no entiendo!; ¡Ojala hubiese tenido la oportunidad de estudiar música!...”*. Podemos y debemos ofrecer información técnica sobre diversos aspectos

musicales siempre y cuando, en actividades dirigidas a grupos de jubilados haya un grupo o una persona que nos demande este tipo de conocimiento. En ningún caso significa esto que, forzosamente, debamos empezar por explicar qué es un pentagrama, o cuáles son los parámetros del sonido, o en qué consiste una escala cromática. Si el grupo de mayores con el que estamos trabajando con el objetivo principal de desarrollar su musicalidad, no se muestra interesado por este tipo de aspectos técnicos y científicos, tampoco es necesario que debamos entrar a la fuerza en esta materia ya que podríamos obtener un efecto adverso: que dejaran de asistir a nuestras sesiones por exceso de aburrimiento, incompreensión, falta de utilidad...

- Aplicaciones terapéuticas: el tener un punto de encuentro con amigos y conocidos ya puede resultar, por sí mismo, estimulante o cooperante para luchar contra la depresión. Pero estas actividades musicales también pueden convertirse en un poderoso estímulo a la hora de plantar cara a otro tipo de signos como la demencia senil, Alzheimer, etc. Hay instituciones privadas (fundaciones, cajas de ahorro y otras entidades financieras) que, dentro de sus programas de acción social de lucha contra el Alzheimer, buscando mejorar la calidad de vida de estos enfermos y de sus cuidadores, establecen las llamadas "estancias de musicoterapia". Están concebidas como una experiencia piloto y tienen como objetivo ofrecer asistencia terapéutica y asistencias a familiares y enfermos así como proporcionar experiencia en este tipo de terapias a los profesionales. Estas estancias consisten en diferentes actividades de relajación, evocación y estimulación a través de la música. Además de ayudar a mejorar la calidad de vida del enfermo, proporcionan al cuidador un tiempo libre del que habitualmente no dispone.

Confiamos en que pueda llegar a ser una realidad la inclusión de la asignatura de Música en las, cada vez más florecientes y demandas Universidades de Mayores, así como la puesta en práctica de diferentes talleres, con actividades y prácticas musicales, organizadas específicamente para grupos de jubilados: audiciones de obras musicales de todo tipo, relajaciones, musicogramas, coreografías, interpretaciones y ejecuciones de distintos estilos, géneros y tipos de músicas de ayer y de hoy, dentro de un marco eminentemente lúdico, asequible y que resulte gratificante para todos los agentes implicados en este proceso educativo y formativo.

Terminemos con una cita de Kabalevsky que resume a la perfección el sentido último de todas las reflexiones y conclusiones recogidas en esta investigación:

"La música no ha de significar exclusivamente ni una diversión, ni un complemento, ni un adorno en la vida. La música ha de constituir una parte importante de la vida en sí, de la vida en general y de la vida de cada persona en particular".

BIBLIOGRAFÍA

- BERNAL VÁZQUEZ, J. (2003): "Música y creatividad", en GERVILLA, A. (dir.): *Creatividad aplicada. Una apuesta de futuro*. Málaga: Dykinson, Tomo II, cap. 34, 841-863.
- BERNAL VÁZQUEZ, J.; CALVO NIÑO, M. L. (2000): *Didáctica de la Música*. Málaga: Aljibe.
- CORTÓN, M. O. (2003): "Los juegos musicales: su utilidad en la enseñanza infantil y primaria", *Eufonía. Didáctica de la música*, 29, 7-12.
- GARCÍA HOZ, V. (1989): *Alegría en la tercera edad*. Madrid: Epalsa.
- GIRÓ MIRANDA, J. (2005): "El envejecimiento demográfico", en GIRÓ MIRANDA, J. (coord.): *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja, 17-42. (Biblioteca de investigación, nº 42).
- GUARDINI, R. (1998): *Las Etapas de la vida - Su importancia para la ética y la pedagogía*. Madrid: Palabra.
- KRIEKEMANS, A. (1964): *La vejez, culminación de la vida*. Madrid: Euramerica.
- MALAGARRIGA, T.; VALLS, A. (2003): *La audición musical en la educación infantil*. Barcelona: CEAC.
- MARTÍNEZ FUENTES, M. T. (2002): "Evolución del juego a lo largo del ciclo vital", en MORENO MURCIA, J. A. (coord.): *Aprendizaje a través del juego*. Málaga: Aljibe, cap. II.
- PAREDES ORTIZ, J. (2002): "Aproximación teórica a la realidad del juego", en MORENO MURCIA, J. A. (coord.): *Aprendizaje a través del juego*. Málaga: Aljibe, cap. I.

ANEXO I

A continuación, adjuntamos una breve muestra del trabajo de campo realizado con grupos de mayores en diversas localidades de la provincia de Albacete, para destacar las experiencias e inquietudes musicales vividas por grupos de tercera edad, corroborando que es posible, positivo y beneficioso para nuestros mayores un acercamiento a la Música, diseñado según las peculiaridades, necesidades, capacidades y gustos (apetencias, preferencias) de cada uno.

Este trabajo es fruto de una línea de investigación del Área de Didáctica de la Expresión Musical, realizada en el Departamento de Didáctica de la Expresión Musical, Plástica y Corporal (campus de Albacete) de la Universidad de Castilla La Mancha. En él ofrecemos los resultados y las reflexiones originadas tras desarrollar un análisis de la educación musical y su desarrollo en diferentes grupos humanos.

Se llevó a cabo un estudio sobre la posibilidad de educar musicalmente a otro tipo de discentes, lejanos ya del período de escolarización, pero que podían

ser receptivos al conocimiento y a la práctica musical. Partíamos de varias premisas:

- ¿Era viable acercar la música a las personas mayores?
- ¿Podía estar interesada la tercera edad en aprender y practicar músicas?
- ¿Existía un espacio “académico” propicio y bien estructurado?
- ¿Sería posible ampliarlo a otros espacios?
- ¿Con qué objetivos y finalidades?

Para responder a estas preguntas iniciamos esta investigación con un trabajo de campo consistente en la recogida de datos a través de entrevistas y encuestas individuales y anónimas. Al mismo tiempo, se analizaban diversas experiencias llevadas a la práctica por diferentes instituciones y con variados fines (obras sociales de cajas de ahorros, universidades de mayores, actividades de asociaciones de jubilados...). Todo ello, sin dejar de lado el marco teórico de la educación musical y los estudios actuales sobre la Tercera Edad.

Este es el resultado final de todo el trabajo desarrollado, con la reafirmación en la creencia de que la Música puede ser para todos.

A) RESUMEN DE LAS PREFERENCIAS MUSICALES DE LOS MAYORES

(Establecido por géneros musicales y con ejemplos de obras concretas)

CLÁSICA: Danubio Azul, Las Cuatro Estaciones, Adagio de Albinoni, Música Acuática (Haendel), El Barbero de Sevilla, La 5ª Sinfonía, El concierto de Aranjuez, Oberturas de Rossini, Carmina Burana, Coro de Nabucco, 9ª Sinfonía de Beethoven, Para Elisa de Beethoven.

OPERA: Rigoletto, Turandot

COPLA: Rafael Farina (Vino Amargo), Antonio Molina, La Niña de la Puebla, Juanito Valderrama, Mi jaca, Rosa Cautiva, Si vas a Calatayud, Ay Mi Dolores, Sacramento, Los Piconeros (Imperio Argentina), Ojos Verdes, Miguel de Molina (Agüita del Querer), Suspiros de España (Estrellita Castro), Ojos Verdes, Cinco Farolas (Concha Piquer), Juanita Reina (La Lola se va a los puertos), La Hija de Don Juan Alba, Caracolas, El Emigrante, La Tarara, A tu Vera, La Zarzamora, Romance de la Otra, Manolo Caracol (La Salvaora), Manolo Escobar (Mi Carro), Lola Fores, Soy Minero (Antonio Molina), Tanto tienes tanto vales (Lola Flores).

CANCIÓN ESPAÑOLA: Perlita de Huelva (Amigo Conductor), Ay Pena Penita Pena, Joselito, Doce Cascabeles, Campanera, Clavelitos, Viva el Vino y las Mujeres, Tatuaje (Concha Piquer), Manolo Escobar, Dolores Abril, Sara Montiel, Asturias patria querida, Tierra extraña, Rocio Jurado (Como un ola), Isabel Pantoja (Marinero de Luces).

CANCIÓN LIGERA: Granada, Nino Bravo (Noelia), Duo Dinámico (Quince Años), Los Cinco Latinos, Los Bravos, Paul Anka, Amor de Hombre, Karina (Las

Flechas del Amor), Marisol (Hola, hola, hola), Jalisco, Allá en el Rancho Grande, Adamo.

ZARZUELA: La Verbena de la Paloma, La Revoltosa, Bohemios, Maruxa, La Parranda, Luisa Fernanda, Plácido Domingo, La Viejecita, La Boda de Luis Alonso, La Rosa del Azafrán, La Virgencita, Alma de Dios, La rosa del azafrán, Gigantes y Cabezudos, La Dolores, El huésped del sevillano, Los Gavilanes, La Canción del olvido, Los de Aragón, La del Manojito de Rosa, La Canción del Olvido, La Gran Vía.

CANCIÓN MELÓDICA: O Sole Mío, Julio Iglesias, M^{ra} Dolores Pradera, Antonio Machín (Madrecita del Alma Querida), Roberto Carlos (El gato que esta triste y azul), Luis Mariano (Julio Romero de Torres, Violetas Imperiales), José Feliciano.

BOLERO: Lucho Gatica, Piel Canela.

MÚSICA FOLKLÓRICA: Fandangos de Huelva, Salve Rociera, Los Cuatro Muleros, Jotas Manchegas, Jota Aragonesa, Fandango Manchego, Rondallas.

PASODOBLES: Soldadito Español, Cántame un Pasodoble Español, Oro Plata Sombra y Sol, El Gato Montés, La Banderita, Francisco Alegre, Marcial eres el más Grande, Capote de Gran Ayoro, Luis Mariano, Marcial eres el más Grande, Amparito Roca, Pepita Creus.

FLAMENCO: Enrique Montoya, La Paquera de Jerez.

MARCHAS: Paquito el Chocolatero, La Reina Mora, Marchas de Procesoión, Los voluntarios.

CUPLÉS: Lilian de Celis (Batallón de Modistillas).

CANCIÓN LÍRICA: La Violetera (Luis Mariano).

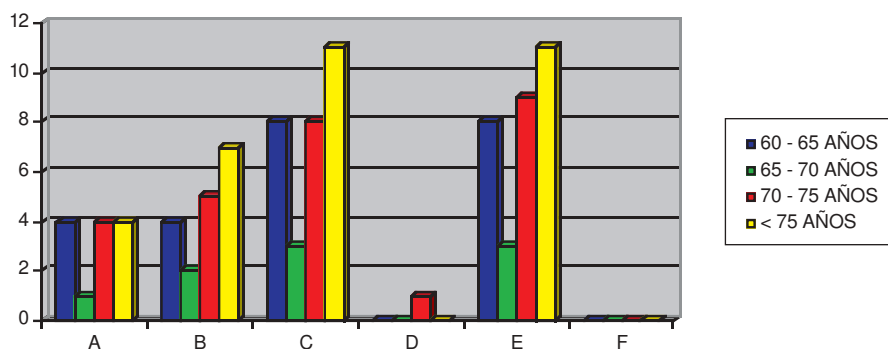
TANGO: La comparsita, Carlos Gardel.

MUSICA DE BANDA: El sitio de Zaragoza.

OTRAS: BANDAS SONORAS, HABANERAS, JOTAS, CHOTIS, VALS.

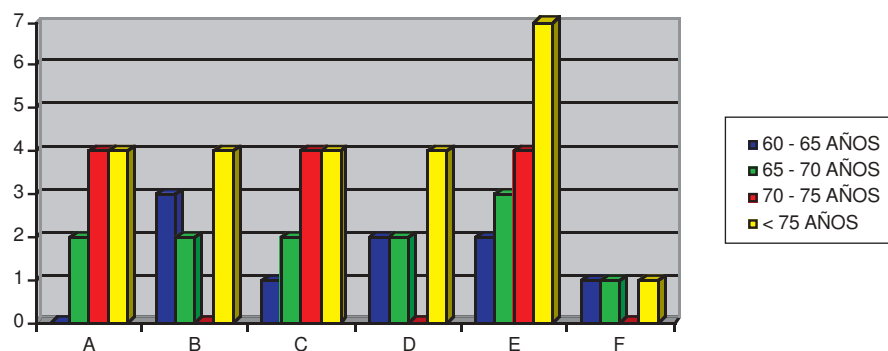
- B) GRÁFICOS con los resultados de las encuestas realizadas durante el trabajo de campo, divididas por sexo, edad y tipos de hábitat (más o menos de 10.000 habitantes).

HOMBRES POBLACIÓN DE MÁS DE 10.000 HABITANTES



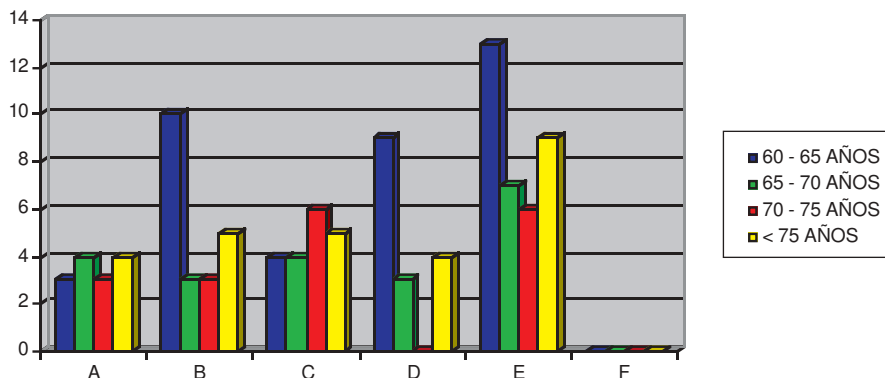
- A - TIENE CONOCIMIENTOS MUSICALES
- B - NO TIENE CONOCIMIENTOS MUSICALES
- C - CREE QUE ES DE UTILIDAD PARTICIPAR EN ACTIVIDADES MUSICALES
- D - CREE QUE NO ES DE UTILIDAD PARTICIPAR EN ACTIVIDADES MUSICALES
- E - ASISTE A ALGUNA ACTIVIDAD MUSICAL ORGANIZADA (conciertos, bailes, representaciones, zarzuela u ópera)
- F - NO ASISTE A ACTIVIDADES MUSICALES

HOMBRES POBLACIÓN DE MENOS DE 10.000 HABITANTES



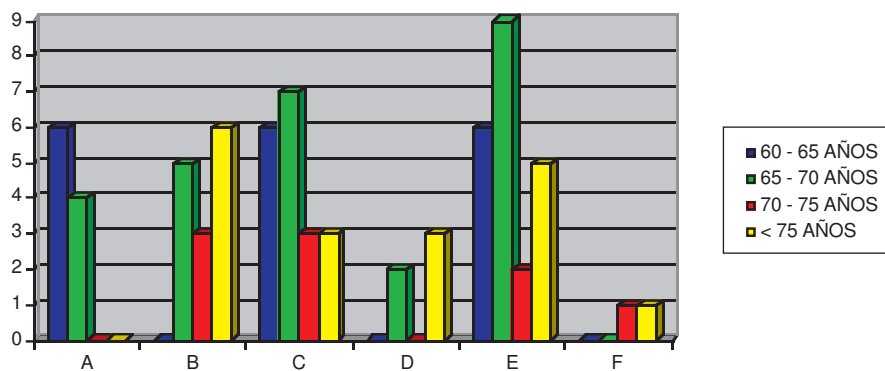
- A - TIENE CONOCIMIENTOS MUSICALES
- B - NO TIENE CONOCIMIENTOS MUSICALES
- C - CREE QUE ES DE UTILIDAD PARTICIPAR EN ACTIVIDADES MUSICALES
- D - CREE QUE NO ES DE UTILIDAD PARTICIPAR EN ACTIVIDADES MUSICALES
- E - ASISTE A ALGUNA ACTIVIDAD MUSICAL ORGANIZADA (conciertos, bailes, representaciones, zarzuela u ópera)
- F - NO ASISTE A ACTIVIDADES MUSICALES

MUJERES POBLACIÓN DE MÁS DE 10.000 HABITANTES



- A - TIENE CONOCIMIENTOS MUSICALES
- B - NO TIENE CONOCIMIENTOS MUSICALES
- C - CREE QUE ES DE UTILIDAD PARTICIPAR EN ACTIVIDADES MUSICALES
- D - CREE QUE NO ES DE UTILIDAD PARTICIPAR EN ACTIVIDADES MUSICALES
- E - ASISTE A ALGUNA ACTIVIDAD MUSICAL ORGANIZADA (conciertos, bailes, representaciones, zarzuela u ópera)
- F - NO ASISTE A ACTIVIDADES MUSICALES

MUJERES POBLACIÓN DE MENOS DE 10.000 HABITANTES



- A - TIENE CONOCIMIENTOS MUSICALES
- B - NO TIENE CONOCIMIENTOS MUSICALES
- C - CREE QUE ES DE UTILIDAD PARTICIPAR EN ACTIVIDADES MUSICALES
- D - CREE QUE NO ES DE UTILIDAD PARTICIPAR EN ACTIVIDADES MUSICALES
- E - ASISTE A ALGUNA ACTIVIDAD MUSICAL ORGANIZADA (conciertos, bailes, representaciones, zarzuela u ópera)
- F - NO ASISTE A ACTIVIDADES MUSICALES

LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

FRANCISCO JAVIER IRUZUBIETA BARRAGÁN

En una sociedad cada vez más envejecida se hace necesario plantear nuevas formas organizativas de prestar cuidados que puedan satisfacer la creciente demanda a la que son sometidos los servicios socio-sanitarios. Las instituciones cerradas cumplen una importante función en el ámbito de la atención de las personas mayores sea cuál sea su situación personal desde un punto de vista sanitario y social. De este modo nos encontraremos instituciones para personas válidas, para ancianos sin limitaciones significativas para el desempeño de actividades cotidianas relacionados como el aseo, el paseo, etc. Por otra parte tenemos instituciones cerradas para personas mayores con patologías importantes y limitantes para su vida diaria, que exigen una atención sanitaria y unos cuidados específicos dirigidos a solventar, en lo posible, las limitaciones asociadas al problema de salud. Pero las instituciones, sea cual sea su naturaleza, son claramente insuficientes y su crecimiento está por debajo del rápido envejecimiento de nuestra sociedad estableciéndose, de este modo, un diferencial que no deja de crecer y evidenciando una escasa capacidad por parte de los poderes públicos para solventar este problema.

Ante esta situación surgen formas de atención, que huyen de las grandes inversiones y permiten solventar muchas de las carencias de las que adolece el actual sistema. Me estoy refiriendo a la atención dentro del marco del domicilio, una atención pensada como el esfuerzo de atender las necesidades que pueda presentar el anciano sin que éste tenga que padecer el desarraigo de su entorno habitual, permitiéndole seguir en contacto con la red social y familiar que aglutina sus principales referencias¹. La atención domiciliaria se configura como un conjunto de actividades socio-sanitarias con el objetivo de identificar, valorar y realizar un seguimiento del anciano con problemas de salud y de su familia, potenciando de este modo su autonomía y mejorando su calidad de vida.

1. La Unión Europea establece la necesidad, por un lado, de priorizar el mantenimiento de la asistencia a domicilio, por razones económicas y por deseo de la personas mayores y, por otro, de intervenir a través de las administraciones públicas con respecto a la dependencia, socializando este nuevo riesgo. Consejo de la UE, documento 6528/03.

ATENDER EN EL DOMICILIO

El denominar la atención del anciano en el domicilio como una nueva forma asistencial de prestación de cuidados probablemente no sea lo más adecuado. La atención domiciliaria existe *in illo tempore*, se podría afirmar que existe desde que existen enfermos². La atención domiciliaria ha servido durante siglos, con mayor o menor fortuna, para atender y prestar cuidados a aquellos enfermos que no eran hospitalizados. Sin ánimo de convertir estas líneas en un tratado de historia, tan solo quisiera comentar como se ha asociado durante décadas la atención domiciliaria con una atención de calidad³ que se realizaba cuando el paciente vivía en una vivienda que reunía las suficientes garantías desde un punto de vista higiénico-sanitario. Cuando estas garantías no existían el paciente era ingresado en un centro hospitalario que era sinónimo de atención de beneficencia⁴, de atención de pobres⁵.

Los conceptos de atención domiciliaria, atención hospitalaria, atención en instituciones geriátricas han variado sustancialmente durante las últimas décadas, identificándose, por parte de la población, una atención de calidad con el ingreso en una institución cerrada. A ello ha contribuido sin duda los importantes cambios que se han producido en los medios sanitarios, incorporando una tecnología accesible tan solo desde el hospital y unos recursos humanos con una alta cualificación. El *hospitalocentrismo* que vivimos en la actualidad, y que podemos extender a toda institución cerrada, se ha visto reforzado, en el caso de los mayores, por el cambio social que ha sufrido la sociedad y, más concretamente la familia. El concepto de familia tradicional con unos roles de cuidadores informales asumidos por las mujeres (hijas o nueras)

2. Desde la Antigüedad la medicina tomó como referencia el microcosmos comunitario por excelencia que es la familia y, por extensión, el hogar: lugar natural para nacer, vivir y morir. El domicilio ha sido hasta hace relativamente poco tiempo, el contexto de mayor tradición en la asistencia, los hospitales surgieron más tarde como una respuesta social hacia los pobres. Barbero, J y Moya, A (1999) "Aspectos éticos de la atención domiciliaria", en Contel, J., Gené, J. y Peya, M. *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, p. 119.

3. En el siglo XIX se plantea una polémica entre atención domiciliaria y hospitalaria, es la domiciliaria la que recibirá todos los apoyos del Estado quedando la hospitalaria para aquellos cuyos domicilios carezcan de condiciones higiénicas y con una precaria situación económica. Trinidad, P. (1990): Trabajo y pobreza en la primera industrialización, en *Historia de la acción social pública en España: Beneficencia y Previsión*, p. 130.

4. "Los hospitales de finales del XIX son rechazados por las clases populares... Son centros que trascienden su objeto: el de curar enfermos, para ser otro de absorción de indeseables... En el hospital rige la misma disciplina deshumanizadora que en el asilo de beneficencia...". Trinidad, P. (1990): *opus cit*, p. 129.

5. En el hospital el enfermo no tiene nombre, es un número par o impar. Ninguna diferencia ni en su lecho, ni en el lugar que ocupa..., ningún signo moral ni físico que marque su individualidad en la mente del médico, que a paso de carga pasa de cama a cama, de número a número, sin que le sea dado observar los mil detalles precisos para un diagnóstico razonable...". Arenal, C (1861): *El visitador del pobre*, Madrid: Nuevas Gráficas, p. 107.

ha dado paso a una familia cuyos miembros se han incorporado activamente al mundo laboral dificultando la posibilidad de seguir prestando cuidados.

Indicadores de potencial de cuidados a ancianos en España⁶

Años	Índice A	Índice B	Índice C
1950	1,61	2,68	5,18
1970	1,34	2,18	3,98
1991	1,01	1,53	2,46
2011	0,96	1,35	2,00

Fuente y elaboración: Fernández Cordón, Observatorio Europeo.
En Informe Defensor del Pueblo.

Si estudiamos los datos que nos proporciona la evolución demográfica en España tendremos que concluir que cada vez existen menos mujeres en edad de cuidar y más ancianos que precisan cuidados de larga duración. En la tabla anterior podemos apreciar la evolución de esta tendencia negativa, y su progresiva aceleración, esta situación, acompañada de las carencias de un sistema socio-sanitario incapaz de asumir unos cuidados que durante décadas han permanecido en el ámbito privativo de la familia, evidencian la necesidad de tomar decisiones inmediatas para solucionar esta situación. El anuncio por parte del Gobierno español de la aprobación de la Ley de Dependencia en el año 2006 debe constituirse en el referente legislativo que permita desarrollar unas medidas efectivas en este terreno.

No podemos perder de vista otros aspectos que influyen, e influirán en mayor medida en el futuro, en la provisión de cuidados en los ancianos como son la progresiva reducción del tamaño de las viviendas o de los cambios en los modelos de familia⁷. Las familias han perdido en gran parte su carácter de

6. En el numerador de los tres índices se considera el número de mujeres entre 45 y 69 años, el denominador del índice A contabiliza la población mayor de 65 años, el del índice B los mayores de 70 años y el del índice C la población de más de 75 años.

7. Los modelos de familia han perdido en gran parte su carácter de institución permanente con el incremento de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios. Por otra parte, la movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia por razones laborales o de estudio introducen factores que en nada facilitan el cuidado de los ancianos. Defensor del Pueblo (2000): "La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos", en *Informes, estudios y documentos*. Madrid, p. 68.

institución permanente con el incremento de separaciones, divorcios y nuevos matrimonios. Por otra parte, la gran cantidad de modelos existentes como el incremento de personas que viven solas, la permanencia de los hijos en la casa familiar hasta edades que frecuentemente superan los treinta años o la movilidad geográfica de los distintos miembros de la familia por razones laborales o de estudio introducen factores que en nada facilitan las necesidades de cuidado de los ancianos⁸.

Las instituciones cerradas han sido percibidas como la única alternativa de calidad en la atención de las personas mayores. Pero esta alternativa escasea, como mencionaba en la introducción, y no es la más adecuada en la inmensa mayoría de los casos. Atender en el domicilio se constituye en una alternativa válida, mejorando sustancialmente la calidad de vida del anciano. La ruptura con el entorno constituye una traumática situación, vivida en numerosas ocasiones con ansiedad e intranquilidad. Esta situación desemboca con frecuencia en episodios de desorientación que en nada facilitan la búsqueda de un cierto equilibrio emocional que permita una mejor calidad de vida del anciano. El informe que publicó en el 2002 la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria nos dibuja con exactitud el panorama del escaso porcentaje de población anciana española atendida en instituciones, tan solo el 2%, y el aún más preocupante 1% que recibe atención domiciliaria⁹. Ésta es una situación difícilmente sostenible para una sociedad desarrollada bajo los parámetros del bienestar, se hacen necesarias, con cierta urgencia, medidas que palien esta situación de desatención¹⁰.

La atención en el domicilio puede ser una solución aceptable y debe recibir el impulso necesario para sustanciarse en una oferta adecuada que permita acercarnos a unas cifras de atención domiciliaria más cercanas a satisfacer las necesidades de la sociedad española en general y de las personas mayores y de sus familias en particular. La propia Organización Mundial de la Salud plantea aumentar, al menos, el 50% el porcentaje de personas de 80 años o más que son capaces de disfrutar de un nivel de salud en un entorno doméstico,

8. Giró, J. (2005): "El envejecimiento demográfico", en *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja, p. 26-28.

9. Artazcoz, L. y cols. (2002): "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar", en *Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*, p. 77.

10. "Los ancianos siguen sufriendo las insuficiencias de un sistema incapaz de dar una respuesta adecuada a las demandas de la población. Podemos apreciar una clara incongruencia entre los mensajes que se transmiten a la población desde las instituciones sobre las bondades de envejecer en casa, acompañado por los seres queridos, y la realidad de un país como España que sigue a la cola de la Unión Europea en cuanto a servicios de atención domiciliaria." Iruzubieta, F. J. (2005): "Género y educación sanitaria en el anciano", en Giró, J. (coord.) *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de publicaciones, p. 102-103.

permitiéndoles mantener su autonomía, su autoestima y su lugar en la sociedad¹¹. El propio Plan de Salud de La Rioja establece, ante el incremento del grupo de población de más edad, una serie de estrategias dirigidas al anciano entre las que destacaría, el desarrollar un programa con acciones de promoción de la atención del anciano dentro del marco de la familia, propiciar la permanencia de los anciano en su medio familiar y social potenciando programas de atención domiciliaria¹².

Las intervenciones que se puedan desarrollar en el ámbito del domicilio a favor del anciano pueden encontrar en las redes primarias, constituidas fundamentalmente por la familia, una eficaz herramienta en la aplicación de cuidados. Estamos por lo tanto ante una relación beneficiosa, tanto para el profesional como para la familia y anciano. Gran parte de los aspectos positivos de la atención del anciano en el domicilio están relacionados con las siguientes constataciones¹³:

- Los ancianos forman parte de estructuras de relación compuestas de amigos, familiares, vecinos.
- Estas estructuras de relación son la correa de transmisión de bienes y servicios tanto instrumentales como afectivos, psicológicos y de ayuda mutua.
- Muchas de las intervenciones profesionales dan mejores resultados si el sujeto destinatario del servicio tiene una red de apoyo.
- Las intervenciones profesionales alcanzarán de forma más eficaz sus objetivos asistenciales si pueden implicar a las redes de apoyo del anciano.

PRIMERA APROXIMACIÓN A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Como he mencionado con anterioridad, situar el comienzo de la atención domiciliaria nos llevaría muy lejos en el tiempo, tan solo deseo establecer algunos hitos, cercanos en el tiempo, que han marcado la atención domiciliaria tal y como la conocemos en la actualidad. Los primeros ensayos de atención

11. O.M.S. plantea esta idea en el marco de "Salud 21 para la Región Europea", explicitada en el objetivo 5 que plantea envejecer en buena salud. Se establece que para el año 2020, las personas mayores de 65 años deberán tener la posibilidad de disfrutar de todo su potencial de salud y desempeñar un papel socialmente activo. Por ello resulta imprescindible no sufrir el desarraigo que lleva implícito el abandonar el domicilio habitual. OMS-EUROPA (1998): *Salud 21, salud para todos en el siglo XXI*, p. 42-46.

12. Consejería de Salud, Consumo y Bienestar Social (1998): *Plan de Salud de La Rioja*, p.195.

13. Donati, P. (1994): *Manual de sociología de la salud*, p. 226-231.

domiciliaria reglada comenzaron en Madrid durante el reinado de Carlos III, a través de las diputaciones de barrio que se distribuían la ciudad para atender a los enfermos pobres en sus domicilios. Con la promulgación de la Ley de 1822, la sociedad en general estaba a favor de potenciar la atención domiciliaria y dejar los hospitales sólo para los indigentes, la Ley ordenaba que se extendiera la atención domiciliaria a todos los pueblos y ciudades bajo la administración de las Juntas Parroquiales de beneficencia.

A partir de 1838 se establece, en el proyecto de beneficencia pública, que la atención domiciliaria es la regla y la hospitalaria la excepción. Se planteaba la existencia en todas las capitales de provincia de un hospital público para la asistencia de enfermos cuya situación de especial pobreza implicaba tener una casa en malas condiciones, imposibilitando, de este modo, el cuidado por parte de las casas de socorro. Con la Ley de Beneficencia de 1849¹⁴ se establecen las competencias en la asistencia socio-sanitaria entre las distintas administraciones (estatal, provincial y municipal) recogiendo la atención domiciliaria como una piedra angular de la asistencia de la población y la responsabilidad que los municipios tenían en su desarrollo. En 1858 prácticamente todas las capitales de provincia contaban con servicios de atención domiciliaria

“La asistencia domiciliaria permite que la enfermedad y la miseria se fijan a su medio natural. El hospital es un organismo artificial que desvirtúa la percepción de la enfermedad, contribuye a su multiplicación y dificulta la cura. La familia, núcleo de convivencia natural, permitía al enfermo encontrar los remedios para su mejora sin alterar el equilibrio de la naturaleza. El hospital quedaba para los miserables o bien para recluir a los que padecían enfermedades contagiosas y extraordinarias, como medida de política sanitaria, con el fin de proteger a los sanos de los peligros epidémicos. La deshospitalización no implica cercenar los campos de intervención del médico, todo lo contrario: deja su función de asistencia en el medio especial del hospital para recorrer todo el espacio social y ofrecer su competencia en el lugar donde emerge la desgracia y el desorden”¹⁵.

Podemos apreciar como en la segunda mitad del siglo XIX, no solamente se aprecia sobre manera la atención domiciliaria, muy por encima de la asistencia que pudiera prestar una institución cerrada, si no que también se capta la esencia positiva que dicha asistencia tiene para quien recibe los cuidados: conocer el espacio social y atender en el lugar donde surge “la desgracia y el desorden”. Éste es el aspecto que valoramos, hoy día, de forma muy especial cuando destacamos la importancia de conocer el medio en el que vive el anciano, conocer y modificar los factores negativos que pudiéramos detectar y potenciar todo aquello que de positivo exista.

14. Maza, E. (1999): *Pobreza y Beneficencia en la España Contemporánea (1808-1936)*, p. 73.

15. Maza, E. (1999): *opus cit*, p. 131-132.

No es hasta mediados del siglo XX en el que el nivel de asistencia primaria empezó a ofrecer cuidados a domicilio. En 1970 se establecieron los Servicios de Asistencia al Anciano y, al año siguiente, se implantó el primer Plan Gerontológico Nacional. Con la Constitución de 1978, el Estado se convierte en el garante de la salud y el bienestar de la población y ya con el Real Decreto de Estructuras Básicas¹⁶ se incorpora de forma clara la atención domiciliaria como un elemento del sistema socio-sanitario. El concepto de la atención domiciliaria aparece íntimamente ligado a un concepto más amplio que es el de la atención al medio y que aparece reflejado en las conclusiones de la Conferencia Internacional que la OMS organizó en 1978 en Alma Ata. Las recomendaciones de la OMS pasaban por establecer la necesidad de reforzar la atención primaria de los individuos, potenciando aquellos aspectos que estaban ligados al propio entorno del individuo. El fin último era el de incidir en aspectos preventivos frente a las omnipresentes acciones curativas y asistenciales. La familia se convierte en la unidad básica de atención y el domicilio en el entorno más próximo al individuo. Los cuidados de los ancianos en sus domicilios se convierten en una actividad clave para cubrir las necesidades de este grupo de edad.

El año 1987 marca un hito importante en la atención domiciliaria del anciano con la publicación, por parte de la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad, de las guías para la elaboración de programas en atención primaria. Entre las distintas guías encontramos una específica del anciano, *“Guía para la elaboración del programa del anciano en Atención Primaria de Salud”*, con un capítulo dedicado a la atención domiciliaria. Éste es uno de los resultados de medidas legislativas como la Ley General de Sanidad de 1986 o el Real Decreto de Estructuras Básicas de 1984 que venían a recoger el espíritu de la Conferencia de Alma Ata, conferencia internacional de la Organización Mundial de la Salud celebrada en 1978. En Alma Ata se plantea la necesidad de reorganizar los sistemas de salud potenciando la atención primaria frente a la atención hospitalaria. De nuevo surge la necesidad de atender a los individuos en su medio natural, conociendo en profundidad este y planteando acciones de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud. En este cambio conceptual de asistencia la atención domiciliaria destacará muy especialmente. La visita domiciliaria aparece desarrollada en todas las Comunidades Autónomas en forma de programas o protocolos, aunque el desarrollo haya podido diferir en cada caso. En cualquier caso existen unos objetivos que están siempre presentes y que están muy relacionados con la filosofía de la atención domiciliaria:

- Mejorar el estado de salud del anciano, intentando trasladar el mayor número de cuidados posibles al domicilio.

16. El R.D. 137/1984 de Estructuras Básicas, publicado en el B.O.E. de 1 de febrero de 1984, establece en su artículo 6 la necesidad de la asistencia a domicilio.

- Mantener al anciano en su medio, proporcionándole independencia, integración con el entorno, evitando el aislamiento y el desarraigo¹⁷.
- Servir de apoyo al anciano y a su familia, consiguiendo detectar precozmente e intervenir en las disfunciones que pudieran aparecer.

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DEL ANCIANO

La atención del anciano debe contemplar la permanencia de este en el domicilio siempre que la situación socio-sanitaria de su entorno lo permita. Resulta vital mantener el contacto del anciano con su familia y amistades, así como mantener las referencias en el espacio, emociones o afecto que el anciano pueda tener hacia el entorno conocido como pueden ser adornos, fotos, espacios, etc. Todo ello es determinante para mantener un adecuado nivel de salud entendido como la adaptabilidad al entorno y la capacidad de satisfacer sus necesidades básicas, así lo contempla la OMS en la Clasificación Internacional Del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)¹⁸.

Las ventajas de atender al anciano en su domicilio no se reducen a los aspectos positivos anteriormente mencionados y que benefician esencialmente al anciano y su entorno, las ventajas son percibidas por el propio sistema que ve reducir los costes de la atención al disminuir los ingresos y las estancias hospitalarias. Pero los propios profesionales socio-sanitarios perciben las ventajas de una atención que permite una interacción con el anciano y su entorno que era inviable con el sistema de cuidados tradicionales en el marco de una institución.

En la guía del anciano se define la atención domiciliaria como “visita enfocada principalmente a prestar atención a aquellas personas que por un determinado motivo no pueden acudir al Centro de Salud y precisan de ella, y/o que constituyen un grupo de riesgo”. Se establecen como grupos de riesgo:

- los mayores de 80 años.
- los ancianos que viven solos.
- Los ancianos enfermos o inválidos graves.
- Los ancianos con problemática social grave.

17. Francisco, C. y Mazarrasa, L. (2000): “La familia y la clase social”, en Sánchez, A. (coord.): *Enfermería Comunitaria, concepto de salud y factores que la condicionan*. Madrid: Interamericana, pp. 303-317.

18. La OMS estableció la CIF en el 2001, esta clasificación trata medir por un lado las realizaciones del individuo y, por otro, las potencialidades. Esta doble valoración permitiría establecer las capacidades funcionales y el margen de mejora que estas pudieran ofrecer al amparo de las acciones socio-sanitarias que su pudieran impulsar. Iruzubieta, F. J. (2004): “Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el anciano”, en *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar*. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de publicaciones, pp. 80-81.

- Las altas hospitalarias recientes.
- Los ancianos con tratamientos medicamentosos vitales.
- Los enfermos terminales.

Por primera vez, la atención domiciliaria se constituye como un medio idóneo para detectar las necesidades del anciano en todos sus aspectos, valorando el entorno y evaluando posibles deficiencias. De este modo se obtiene un beneficio social y económico, disminuyendo el número de ingresos hospitalarios así como en otras instituciones y recortando la estancia media de los mismos. También podemos hablar de un beneficio para la familia, constituyendo un importante apoyo para esta, y un beneficio para el propio anciano, permitiéndole continuar en su medio habitual con unos niveles de cuidados semejantes a los que podría recibir en una institución cerrada. En cualquier caso, la atención domiciliaria implica, necesariamente, una adecuada coordinación de los servicios socio-sanitarios implicados en el cuidado del anciano¹⁹.

El objetivo general que se marca la guía es el “contribuir a prestar atención integral al anciano en su medio habitual, para mantenerle en el mismo el máximo tiempo en las mejores condiciones y con el mayor grado de autonomía posible”. Se pretende lograr este objetivo a través de los siguientes pasos:

1. Detección de ancianos

Esta detección se llevaría a cabo en las propias consultas del centro de salud, tanto de enfermería como médicas, al contactar con los ancianos o sus familias.

2. Análisis de la situación del anciano y del medio familiar

Partiendo de los datos que se pudieran tener recogidos, se completaría la información en el momento de la visita a través de la entrevista con el anciano y/o su familia, la observación y la exploración física. Gracias a la entrevista y apoyados en el contacto directo con el medio familiar, se podrá objetivar la información sobre la situación medioambiental, social y cultural. Por otra parte, podremos conocer el grado de aceptación del anciano en el seno familiar y

19. Desde algunos sectores se plantea la necesidad de integrar los servicios sanitarios y sociales a la hora de satisfacer las necesidades de los ancianos por un lado, y, por otro, optimizar los recursos utilizados por un sector de la población que utiliza de forma más intensa dichos servicios. Los autores plantean claros resultados positivos cuando se establece una única puerta de entrada a los sistemas sanitario y social, gestores de casos, evaluación geriátrica y equipos multidisciplinarios e incentivos financieros que promuevan la sustitución entre servicios. Johri, M, Beland, F y Bergman, H. (2004): “La integración de los servicios sanitarios y sociales mejora la atención a los ancianos”. *Gestión Clínica y Sanitaria*, vol. 6, nº 2, pp. 52-54.

cuales son las relaciones afectivas entre el anciano y los diferentes miembros de la misma, cómo vive su vejez, sus relaciones con vecinos y amigos, etc.

3. Atención específica a los problemas detectados

La atención estará relacionada con las necesidades y problemas que se hayan identificado en cada anciano y su familia, ya sean físicos, psíquicos o sociales y que fundamentalmente serán los siguientes:

- déficit de educación sanitaria
- dificultades en la administración de fármacos (frecuencia y dosis)
- problemas de alimentación e hidratación
- incontinencia de esfínteres
- movilización
- higiene
- soledad
- adaptación al medio físico y social

4. Control y seguimiento

En función del diagnóstico de las necesidades detectadas se priorizarán las actividades a desarrollar realizándose un seguimiento de la evolución del plan de cuidados que se hubiese establecido. La implicación de la familia en esta etapa resulta de especial importancia al asumir responsabilidades en el cuidado del anciano que le permitirán a este lograr unas mejoras sustanciales en su calidad de vida.

RECURSOS COMPLEMENTARIOS A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Es evidente que la permanencia del anciano en su domicilio implica necesariamente la movilización de recursos que completen las acciones del Programa de Visita Domiciliaria o del Programa del Anciano desde los centros de salud, como he mencionado con anterioridad. En primer lugar mencionaré la importancia de una política de vivienda que asegure la continuidad de los ancianos en sus domicilios y eviten su institucionalización. Las actuaciones más frecuentes en materia de vivienda pasan por la supresión de barreras arquitectónicas y la adaptación de los hogares a las necesidades de los ancianos. En nuestro país no existen programas consolidados de financiación para adecuar las viviendas, existen subvenciones para la provisión de ayudas técnicas para facilitar la ayuda del anciano en las actividades diarias en su domicilio²⁰. Según las recomendaciones del Grupo de Expertos del Programa de Actividades Preventivas del Anciano (PAPPS)²¹, algunos de los aspectos que deben abordarse en materia de adecuación del domicilio del anciano son:

- Cuarto de baño: la existencia de asideros de sujeción en baño, ducha e inodoro; alfombrilla o suelo antideslizante en baño y ducha; duchas de teléfono con silla; inodoro alto; apertura de la puerta del baño hacia el exterior y sin cerradura.

- Suelos: no deslizantes, evitar la utilización de alfombras y, si las hubiera, con los bordes y esquinas adheridos al suelo y poco gruesas, eliminar objetos del suelo y cables.
- Iluminación: evitar deslumbramientos y sombras, los interruptores de la luz deben ser accesibles a la entrada de las habitaciones, presencia de luz nocturna en el dormitorio, pasillo y baño.
- Escaleras: siempre iluminadas al principio y al final con interruptores de luz, peldaños de altura máxima de 15 cm. con fondo y borde resaltado y en buen estado, pasamanos bilaterales que se extiendan más allá del principio y fin de la escalera. En cualquier caso, la existencia de ascensor o rampa que permita salvar la barrera que puede suponer, en algunos casos, la escalera.
- Mobiliario: utensilios de uso diario siempre a mano, evitar alturas, sillas que tengan reposabrazos para apoyarse al levantarse y de respaldo alto, camas anchas de altura adecuada y evitar muebles bajos.

Una alternativa a la vivienda habitual son los apartamentos o pisos protegidos con las adaptaciones necesarias. Estas viviendas disponen de servicios sanitarios y sociales como la atención domiciliaria, así como toda una serie de servicios comunes que facilitan la vida diaria de los ancianos (lavandería, zonas de ocio, etc.). La oferta de este tipo de vivienda es todavía muy escasa en España.

Desde los centros hospitalarios también se desarrollan acciones en el domicilio del anciano dentro del marco de los servicios de hospitalización domiciliaria. Estos servicios están pensados como una forma de optimizar recursos del nivel asistencial especializado y una vía de reintegración más rápida del anciano enfermo a su domicilio. La atención es prestada por un equipo de profesionales del hospital, pero estamos asistiendo a experiencias integradoras al formarse equipos asistenciales mixtos en el que se integran también profesionales de los equipos de atención primaria²².

Un recurso clave en la atención del anciano en su vivienda es el Servicio de Ayuda Domiciliaria (SAD), se trata de un conjunto de servicios e intervenciones en el ámbito doméstico y con un objetivo eminentemente preventivo y de apoyo en las tareas cotidianas. El SAD puede proporcionar ayudas en las tareas

20. Contel, J. y Gené, J. (1999): "El entorno de la atención domiciliaria", en Contel, J., Gené, J. y Peya, M. *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Sringger-Verlag Ibérica, pp. 6-8.

21. Luque, A., de Alba, C., Gorroñoigoitia, A. y Litiago, C. (2001): "Actividades preventivas en los ancianos", en *Atención Primaria*, vol. 28, supl. 2, pp.161-180.

22. Fuentelsaz, C. (coord.) (2002): *Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años*. Madrid.: Instituto Carlos III, p. 18.

de cuidado personal, tareas domésticas, cuidados especiales y tareas de ayuda en la vida social y relacional. El apoyo por parte del SAD que perciben en España los ancianos es claramente insuficiente, en la actualidad está lejos de alcanzar el objetivo marcado para el 2006 de que el 5% de los mayores de 65 años recibiesen algún tipo de Servicios de Ayuda Domiciliaria²³. En 1990 los usuarios del SAD eran 34.181 ancianos, el 0,48 % de la población de más de 65 años, en 1995 existían 63.712 usuarios del SAD, el 1,04 % de la población de más de 65 años, en 1998 ya eran 112.797 usuarios, el 1,82 % y en el año 2000 los 138.101 usuarios superaban el 2 % del total de ancianos del país.

La situación de los Servicios de Atención Domiciliaria en Europa es de lo más heterogénea, los países con mayor porcentaje de ayuda domiciliaria asumidos por el Estado son Suecia y Dinamarca con un 20% Dinamarca cubre un 19% de atención domiciliaria con un sistema informatizado y gestionado a nivel municipal que evita las ayudas duplicadas por organismos oficiales y privados. Luxemburgo alcanza un 10% de su población anciana, mientras que Reino Unido llega a un 9%, Francia e Italia cubren un 6% y 5% respectivamente y en otros países como Grecia o Portugal hasta fechas muy recientes no existía un sistema de atención domiciliaria oficial²⁴. El SAD es un servicio que se impulsa fundamentalmente desde las administraciones municipales y que corre a cargo de organizaciones de carácter no lucrativo, así como de empresas mercantiles o cooperativas de servicios. La prestación de los servicios es realizada por auxiliares de atención domiciliaria, profesión sin un reconocimiento académico claro que recibe una formación muy diversificada y con desigual calidad, impartida en la mayoría de los casos por la institución que suministra el servicio²⁵.

Los centros de día son otro recurso de gran importancia puesto que previenen la institucionalización y completan la atención domiciliaria, realizando rehabilitación, ayudando al mantenimiento de un adecuado nivel de autonomía del anciano y prestando un inestimable apoyo a las familias. Los centros de día ofrecen servicios sanitarios, sociales y ocupacionales (higiene personal, comida, actividades psicoterapéuticas, fisioterapia, actividades de ocio,

23. Defensor del Pueblo, (2000): opus cit, p. 205.

24. Fuentelsaz, C. (coord.) (2002): *Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años*. Madrid: Instituto Carlos III, pág.20, y, Sancho Castiello, T. (2002): "De la planificación gerontológica a la acción. Actualidad de los servicios sociales", en 7DM, 20-XII-2002, p.34.

25. El Informe Conjunto Comisión-Consejo de Europa sobre la Asistencia Sanitaria y la Atención de las personas Mayores (Consejo de la UE, documento 6528/03), establece la necesidad de crear un estatuto de las personas que cuidan total o parcialmente en el ámbito del domicilio y una adecuada protección social a aquellos que prestan servicios benévolos. El Informe destaca las grandes posibilidades que en materia de empleo existentes en el campo de los SAD con nuevos yacimientos de empleo que exigen una adecuada formación.

etc.). Los destinatarios de este recurso serán ancianos con problemas de pérdida de capacidad funcional (física o psíquica) y que mantienen un adecuado nivel de comunicación y contacto con el entorno. En algunos casos, los centros de día estarán dirigidos a ancianos con importantes deterioros cognitivos que dificultan la convivencia con otras personas.

Las estancias temporales en residencias constituyen otra forma de apoyo familiar que redundará directamente en la mejora de la atención domiciliaria al cumplir una función de alivio de la carga soportada por los cuidadores familiares. Son estancias en instituciones durante periodos generalmente no superiores a 60 días, pensadas para ancianos que se encuentran, ellos mismos o sus familias, en una situación transitoria de necesidad, susceptible de mejorar con la estancia en la institución. Los centros que ofertan estancias temporales ponen al alcance de los ancianos los mismos servicios de que disfrutaban los que residen permanentemente en éstos. En cualquier caso deben existir programas de intervención personalizados que garanticen una adecuada adaptación al centro, así como una adecuada reinserción familiar posterior²⁶.

Entre los recursos de soporte a la atención domiciliaria destaca la domótica y, más concretamente, la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación en un intento de mejorar el nivel de vida de los ancianos, dándoles mayor autonomía en su entorno, proporcionando una mayor calidad de vida tanto a ellos como a sus familias.

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) EN LA ATENCIÓN DOMICILIARIA

Schumpeter definió los procesos de innovación característicos del capitalismo como un proceso de “destrucción creativa”, con cada innovación el ciclo de la misma se acorta. Estamos viviendo un proceso imparable de cambios que nos arrastran a unas nuevas dinámicas a las que no podemos permanecer ajenos. Ahora, el ciclo de una innovación básica es inferior a una generación y el ciclo de producto en muchas industrias de alrededor de 6 meses. Sólo si somos capaces de reprogramar nuestros cerebros podremos aprender al ritmo de la centrifugadora de Schumpeter, este ritmo puede parecer frenético, pero es el marcado por la innovación.

En el campo socio-sanitario percibimos, de una forma cada vez más nítida, este cambio. La aplicación de las nuevas tecnologías en la atención social y sanitaria de la población en general y de los ancianos en particular es un ejemplo claro de esta situación. El fin de las TIC es el de mejorar los procesos asistenciales, los procedimientos de información y comunicación y dinamizar

26. Pérez, M., Sancho, M.T. y Yanguas, J. (1998): “Implementación de servicios sociales: hacia una atención domiciliaria integral” en *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Sringner-Verlag Ibérica, pp. 47-58.

los lentos y complejos procesos burocráticos y organizativos de los sistemas sanitarios. Los aspectos positivos son evidentes con la reducción de las barreras de acceso a los servicios socio-sanitarios, con un mayor grado de autonomía para los pacientes y, en última instancia, logrando una clara mejoría en la calidad asistencial de los ancianos, tanto en la vertiente social como en la sanitaria. El entorno socio-sanitario es, por su complejidad y la importancia que en su funcionamiento tienen tanto el tratamiento y la gestión del conocimiento científico como las relaciones y comunicaciones interprofesionales, un escenario propicio para el despliegue y uso de las tecnologías de la información y la comunicación.

El progresivo envejecimiento de la población demanda una mayor dedicación de recursos para atender las necesidades que surgen al hilo de esta evolución demográfica, por ello, las TIC pueden facilitar respuestas hasta ahora impensables facilitando la permanencia de los ancianos en su domicilio.

Las TIC facilitan el cumplimiento de dos derechos básicos que contemplan la Constitución y la Ley General de Sanidad, la universalidad y la equidad en el acceso a los servicios socio-sanitarios. Las dificultades en el acceso a los recursos sanitarios ha estado condicionado por el espacio geográfico en que vivían los individuos, esta situación está cambiando en la actualidad con la implantación de la tecnología necesaria para llevar los recursos ahí donde fuera necesario o para acercar estos hasta el mismo domicilio del paciente. Los desequilibrios regionales entre zonas industrializadas y pobladas y otras, desfavorecidas y envejecidas con importantes carencias en recursos asistenciales, pueden paliarse con la implantación de las TIC. Distintas Comunidades Autónomas están desarrollando iniciativas en este sentido, las acciones se centran en la implantación de infraestructuras (redes corporativas de datos e intranets), en el desarrollo de sistemas de información (gestión farmacéutica, información para los ciudadanos) y en el desarrollo de experiencias de telemedicina para áreas aisladas y zonas rurales. En este sentido, en La Rioja asistimos recientemente al anuncio por parte de la Directora de la Agencia de Calidad de la implantación de las TIC en los Cameros Viejos, una zona montañosa con baja densidad de población, que facilitará en el 2006 el acceso a los servicios sanitarios de una población envejecida.

Las TIC favorecen la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales y el domicilio del anciano y una mayor eficiencia en el uso de los recursos disponibles. Esta ha sido una de las grandes aspiraciones de los gestores y trabajadores socio-sanitarios, la falta de coordinación entre niveles asistenciales ha sido un elemento de incidencia muy negativa en los cuidados de los ancianos. La atención domiciliaria se ha visto especialmente afectada, con duplicidades en algunos casos y, en otros, con graves carencias. Con las TIC aparecen nuevas formas de colaboración entre los servicios socio-sanitarios, los centros hospitalarios y la atención primaria que permiten nuevos métodos diagnóstico y de tratamiento que pueden facilitar la permanencia del anciano en su domicilio²⁷.

27. El Hospital Clínico San Carlos, en colaboración con Telefónica España I+D, puso en marcha un programa piloto de hospitalización domiciliaria dentro del Proyecto Hogares.es. Se

Por otra parte, la posibilidad de implementar cuidados domiciliarios al amparo de las TIC permitirá potenciar acciones de prevención de enfermedades y de promoción de la salud del anciano todo ello bajo una perspectiva integral.

Tipos de TIC en el domicilio:

- Servicios de teleconsulta/diagnóstico domiciliario.
 - Teleseguimiento: esta aplicación tecnológica en el campo socio-sanitario permite el desarrollo de consulta sin el desplazamiento del anciano al centro sanitario. Gracias a la aplicación de las video cámaras se puede establecer un contacto visual y auditivo entre el anciano y el profesional semejante al que pudiera ofrecer la presencia física pero con una ventaja añadida, este seguimiento puede realizarse con mayor frecuencia, incluso varias veces al día. Pero el teleseguimiento puede tener aplicaciones que van más allá de las meramente asistenciales o curativas, permitiendo el desarrollo de actividades de educación sanitaria individualizadas dirigidas al anciano y su entorno. Esta vigilancia, que no siempre es permanente, puede plantear ciertos problemas éticos al convertir el domicilio del anciano en el escenario de la premonitoria obra de George Orwell e interfiriendo en la intimidad del anciano.
- Servicios de telehospitalización domiciliarios.
 - Telemonitorizar: la telemonitorización permite establecer una vigilancia continua de las constantes vitales del anciano. Este sistema completa las posibilidades que ofrece la teleconsulta con la aportación de datos objetivos proporcionados por el sistema de control monitorizado implantado en el anciano. Los datos son transmitidos en tiempo real permitiendo un análisis y toma de decisiones inmediatos por parte de los profesionales.
 - Telecontrol domiciliario: este sistema posibilita el control remoto de elementos que intervienen en la teleconsulta, es un sistema de gestión remota de los dispositivos médicos instalados en el domicilio del anciano.
 - E-compliance: es un sistema que facilita el control, por parte del profesional, de la toma de medicación del anciano, permite una evaluación de la adherencia al tratamiento y un mejor ajuste de éste. Esta aplicación tiene una función de agenda que facilita la toma de

instaló en casa de cuatro pacientes una plataforma de telemedicina que permitía la monitorización remota de sus constantes vitales (tensiómetros, glucómetros, pulsómetros conectados a la red interna de la vivienda), la teleconsulta mediante videoconferencia con su equipo socio-sanitario, la vigilancia remota del enfermo hospitalizado mediante cámaras, el envío de alarmas desde la vivienda al hospital y de avisos recordatorios al paciente cuando tiene que tomar una medicina o realizarse una medición de una constante

medicamentos en el momento adecuado y evitando los frecuentes olvidos que se producen en un momento de la vida del ser humano en el que los tratamientos suelen ser en muchas ocasiones complejos y la memoria con frecuencia frágil.

- Telealarma, en estos momentos es una de las aplicaciones de la TIC más extendidas. Le proporciona al anciano la tranquilidad de poder acceder de forma inmediata a unos profesionales, tan solo pulsando un botón situado generalmente en un colgante o en una pulsera.
- Servicios de teleformación, tanto para profesionales como para pacientes. No puedo pasar por alto la importancia de esta aplicación de las TIC en el desarrollo de actividades formativas en el campo socio-sanitario o, en el de las nuevas tecnologías. Con respecto a este última idea mencionaré que la evolución de las TIC puede contemplarse bajo una doble vertiente, por un lado el ofrecer cada vez más soluciones y de mayor calidad en las relaciones profesional/paciente y, por otro, la evolución pone a nuestro alcance aplicaciones cada vez más intuitivas, facilitando su utilización incluso para aquellos que nunca tuvieron contacto alguno con el mundo de la informática. Esta es la situación que se da de forma mayoritaria entre los ancianos.
- Teleasistencia social: es un concepto similar a la teleasistencia médica, en este caso la comunicación remota tiene un carácter generalmente preventivo de apoyo al anciano o a su familia.

La utilización de las TIC por parte de ancianos que vivan solos entraña un cierto riesgo asociado con la disminución paulatina de un imprescindible contacto físico entre los individuos. Es necesario conjugar el uso de las TIC, que están produciendo una notable mejoría en la calidad de vida del anciano al mejorar al integración de servicios y un aumento de su seguridad, con medidas que favorezcan el contacto directo entre los ancianos y eviten su aislamiento social.

Otro de los riesgos presentes en el uso de las TIC está relacionado con la confidencialidad de una información accesible permanentemente desde un domicilio, una residencia o un centro hospitalario. La progresiva implantación de las Historias Clínicas Electrónicas permite el acceso inmediato a una completa información sobre el anciano, simplificando el mantenimiento, modificación y consulta de los historiales. En la actualidad podemos encontrar historias informatizadas por centros sanitarios pero no por organización sanitaria, es preciso que las instituciones se coordinen y adopten soluciones únicas y compatibles. Este es uno de los retos asociados al crecimiento exponencial de las TIC, la necesaria compatibilidad tiene que desarrollarse al amparo de iniciativas que protejan el carácter reservado de una información que debe permanecer en el ámbito privativo de la familia y de los profesionales implicados en el cuidado del anciano.

En cualquier caso, la aplicación de las TIC en la atención del anciano en el domicilio implica la superación de unas barreras que tienen mucho que ver con el desconocimiento tecnológico de los profesionales y de los ancianos, así como

la adaptación de los sistemas socio-sanitarios a la sociedad del conocimiento. En cualquier caso, estos problemas están en vías de ser superados con el impulso de iniciativas formativas para los implicados en esta nueva concepción de la asistencia, con la inversión en equipos de nueva tecnología (PCs, conexiones a Internet en banda ancha, etc.) y la paulatina incorporación de soluciones estandarizadas que faciliten el intercambio de información. Esto implica asumir el reto de la integración de la información en sistemas compatibles y, por lo tanto, el esfuerzo de coordinar estas iniciativas. Estamos ante un cambio cultural y organizacional de primer orden que está cambiando de forma drástica el escenario laboral de los profesionales socio-sanitarios que, en algunos casos, se desarrollará en el domicilio de los ancianos.

Ejemplo de utilización de las TIC en la atención domiciliaria de un anciano que vive solo con una enfermedad crónica:

Pedro es un anciano que enviudó hace 5 años y que vive solo desde entonces. Pedro es hipertenso, diabético y tiene una artrosis que limita sus capacidades de movilidad, por lo que necesita controlar sus niveles de tensión arterial y glucosa en sangre de manera periódica. Tiene dos hijos, uno de ellos, Javier, vive en Francia, y el otro, Luis, reside a unas manzanas de su domicilio. Gracias a las nuevas tecnologías, Pedro puede seguir viviendo solo en su propia casa estando en contacto con sus hijos y con los servicios de asistencia siempre que lo necesita. Por otro lado, puede realizar un seguimiento de su enfermedad desde su propio domicilio evitando así numerosos desplazamientos. También puede estar en contacto con otras personas de la tercera edad, que como él, viven solas.

Jueves: 8.00 h.

Pedro realiza las medidas de tensión y glucosa en sangre y las envía para su análisis a su enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria en el centro de salud.

Gracias al glucómetro y al tensiómetro es posible llevar a cabo una telemonitorización de estos niveles sin necesidad de que el paciente se desplace de su domicilio.

Jueves: 11.00 h.

Pedro habla a través de una videoconferencia con su médico de familia. Conversan sobre la evolución de estado de salud. El médico decide cambiarle la medicación, registra las anotaciones en su historia clínica electrónica y le emite la receta electrónica con los nuevos medicamentos.

La historia clínica electrónica recoge toda la información sobre la evolución de Pedro.

Jueves: 13.00 h.

Pedro recibe la nueva medicación en su propia casa.

La farmacia, a la que suele dirigirse Pedro, ha recibido la receta con los nuevos medicamentos que el médico ha mandado a Pedro. Éste ha solicitado que se los envíen a casa.

Jueves: 15.00 h

Javier, desde la distancia, se conecta a la red para establecer una videoconferencia con su padre. Posteriormente Pedro mantiene una conversación con su grupo de amigos del Grupo de Ancianos.

Jueves: 17.00 h

Pedro ha sufrido una caída en el baño y ha pulsado el medallón que siempre lleva colgado del cuello para que acudan a ayudarlo. La empresa de teleasistencia que le ofrece soporte las 24 horas del día, le ve a través de la cámara que tiene instalada en el baño y envía de inmediato una ambulancia y avisa a su hijo Luis.

La casa de Pedro tiene cámaras en todas las habitaciones que son vigiladas por un servicio de teleasistencia.

Jueves: 18.00 h

Después de una revisión por parte del médico y la enfermera no se ha encontrado nada anormal en Pedro tras la caída. No obstante, van a realizar una telemonitorización de su frecuencia cardiaca y de su tensión durante unos días.

Gracias a un sistema de telemonitorización permanente se registran las constantes de Pedro y el propio sistema emite una alarma en caso de alguna irregularidad. Por otro lado, toda la monitorización queda registrada para una posterior evaluación de los sanitarios.

Viernes: 8.00 h

Pedro recibe una notificación en su móvil que le avisa que tiene que comenzar con la nueva medicación.

Viernes: 11.00 h

Pedro ha regresado de la calle de dar un paseo. Una alarma le avisa de que no ha cerrado bien la puerta de la calle.

La casa de Pedro cuenta con dispositivos domóticos y sensores que le avisan ante una fuga de agua, gas, etc., o cuando olvida alguna puerta o ventana abierta.

BIBLIOGRAFÍA

- ARENAL, C. (1861): *El visitador del pobre*. Madrid: Nuevas Gráficas, p.107.
- ARTAZCOZ, L. y col. (2002): "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar", en *Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*, p. 77.
- BARBERO, J. y MOYA, A (1999) "Aspectos éticos de la atención domiciliaria", en CONTEL, J., GENÉ, J. y PEYA, M: *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Sringer-Verlag Ibérica, p. 119.
- BERNABEU MESTRE, J. y GASCÓN PÉREZ, E. (1999): *Historia de la enfermería de salud pública en España, 1860-1977*. Alicante: Publicaciones de la Universidad de Alicante, pp. 22-35, 58-80.
- CONSEJERÍA DE SALUD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (1998): *Plan de Salud de La Rioja*. Logroño: Gobierno de La Rioja, p.195.
- CONTEL, J. y GENÉ, J. (1999): "El entorno de la atención domiciliaria", en CONTEL, J., GENÉ, J. y PEYA, M: *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Sringer-Verlag Ibérica, pp. 6-8.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2000): "La atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos", en *Informes, estudios y documentos*. Madrid. pp. 71-94 y 108-114.
- DONATI, P. (1994): *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos, pp. 226-231.
- FRANCISCO, C. y MAZARRASA, L. (2000): "La familia y la clase social", en SÁNCHEZ, A (coord.): *Enfermería Comunitaria, concepto de salud y factores que la condicionan*. Madrid: Interamericana, pp. 303-317.

- FUENTEELSAZ, C. (coord.) (2002): *Visita domiciliaria programada de enfermería a personas mayores de 65 años*. Madrid: Instituto Carlos III.
- GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RIOJA (2000): *Prevención y detección de problemas en el anciano*. Logroño: INSALUD, p. 12.
- GIRÓ MIRANDA, J. (2005): "El envejecimiento demográfico", en GIRÓ, J (coord.) *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja, pp. 26-28.
- JOHRI, M, BELAND, F y BERGMAN, H. (2004): "La integración de los servicios sanitarios y sociales mejora la atención a los ancianos", *Gestión Clínica y Sanitaria*, 6 (2), pp. 52-54.
- INFORME COMISIÓN-CONSEJO DE EUROPA (2003): *La Asistencia Sanitaria y la Atención de las personas Mayores* (Consejo de la UE, documento 6528/03).
- INSALUD (1987): "Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud", en *Colección Atención Primaria de Salud*, 5. pp. 30-47.
- IRUZUBIETA, F.J. (2004): "Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el anciano", en GIRÓ MIRANDA, J. (coord.): *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva pluridisciplinar*. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de publicaciones, pp. 80-81.
- (2005): "Género y educación sanitaria en el anciano", en GIRÓ MIRANDA, J. (coord.): *Envejecimiento, salud y dependencia*. Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, pp. 102-103.
- LUQUE, A, DE ALBA, C., GORROÑOGOITIA, A y LITIAGO, C. (2001): "Actividades preventivas en los ancianos", *Atención Primaria*, 28, supl. 2, p.164.
- MAZA, E. (1999): *Pobreza y Beneficencia en la España Contemporánea (1808-1936)*. Barcelona: Ariel Prácticum, p. 73.
- OMS (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Documento nº 48.
- OMS-EUROPA (1998): *Salud 21, salud para todos en el siglo XXI*. pp. 42-46.
- PÉREZ, M, SANCHO, M. T. y YANGUAS, J. (1999): "Implementación de servicios sociales: hacia una atención domiciliaria integral" en CONTEL, J., GENÉ, J. y PEYA, M.: *Atención domiciliaria, organización y práctica*. Barcelona: Sringer-Verlag Ibérica, pp. 47-58.
- REAL DECRETO 137/1984 de Estructuras Básicas, B.O.E. de 1 de febrero de 1984.
- SANCHO CASTIELLO, T. (2002): "De la planificación gerontológica a la acción. Actualidad de los servicios sociales", *7DM*, 20-12-2002, p.34.
- TRINIDAD, P. (1990): "Trabajo y pobreza en la primera industrialización", en *Historia de la acción social pública en España: Beneficencia y Previsión*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, p. 130.

BASES PARA DECIDIR EL LUGAR DE ASISTENCIA DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL

WILSON ASTUDILLO, CARMEN MENDINUETA y ANA ORBEGOZO¹

*“Confía en el tiempo que suele dar dulces
salidas a muchas amargas dificultades”*
Miguel de Cervantes Saavedra

Los Cuidados Paliativos comprenden la asistencia global y activa de los pacientes cuya enfermedad ya no responde a un tratamiento curativo. El objetivo fundamental de estos cuidados, llamados también de confort es responder a los deseos y aspiraciones de los enfermos y tratar de facilitarles las circunstancias personales- externas e internas- que más puedan favorecer a su proceso de aceptación y acceso a una muerte en paz, procurando su bienestar desde el propio momento del diagnóstico, tanto a través de una buena comunicación para detectar sus necesidades como por el control de sus síntomas, el alivio del sufrimiento y el apoyo a la familia. Aceptado el valor de la filosofía de los Cuidados Paliativos en la atención de los enfermos cada vez más se comparte que²:

- Toda persona con una enfermedad terminal tiene derecho a recibir un cuidado paliativo apropiado.
- Es responsabilidad de todo médico proporcionar un cuidado paliativo adecuado a los que lo necesitan.
- Los Cuidados Paliativos deben facilitarse en el lugar donde elija el paciente.

1. Astudillo, es médico del Centro de Salud Bidebieta-La Paz, San Sebastián. Mendinueta, es médico del Centro de Salud de Astigarraga. Guipúzcoa. Orbegozo, es Directora de Enfermería en Matia Fundazioa. San Sebastián. Los tres son miembros de la Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.

2. Doyle D. (2005): “Palliative Medicine in the home: an overview”, en *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, editado por D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman, Oxford University Press. Oxford, 3 pp. 1097-1114.

Las preferencias del enfermo sobre dónde desea ser atendido durante la enfermedad y dónde quisiera morir están determinadas por una compleja interrelación de sus características personales, situación de salud en el momento de la elección y diversos factores físicos, médicos, sociodemográficos (sexo, edad de los miembros de la familia y lugar de la residencia), red de soporte y disponibilidad de servicios paliativos. Para decidir bien el paciente deberá recibir una información adecuada sobre su situación y las posibilidades y problemas que da uno u otro lugar para conseguir su mayor bienestar. Es de gran ayuda que en esta decisión se respete también su protagonismo, lo que se conseguirá mejor a través del desarrollo previo de una buena comunicación donde éste responda a preguntas abiertas y se le escuche activamente lo que en realidad desea. Vamos a revisar los pros y los contras de la atención en casa y en una institución, y cómo se puede resolver este tema de la mejor manera posible. (Tabla 1).

Tabla 1. Requisitos para una adecuada asistencia domiciliaria

- Voluntad del paciente de permanecer en casa
 - Entorno familiar capaz de asumir los cuidados y voluntad de hacerlo
 - Buena red de soporte
 - Disponibilidad de servicios paliativos
 - Buena organización del cuidado
 - Ausencia de problemas económicos importantes
 - Comunicación positiva entre enfermos-profesionales y entre éstos y la familia
 - Competencia científico-técnica del equipo en Cuidados Paliativos
 - Soporte psicosocial y espiritual adecuado para el paciente y su familia
-

FACTORES A TOMAR EN CUENTA EN EL CUIDADO EN CASA

1. PREFERENCIAS DEL ENFERMO

El 90 % del último año de vida de los pacientes con cáncer transcurre en el hogar y éste es el lugar preferido para el cuidado en una situación terminal hasta por un 50- 75 % de las personas, particularmente cuando están sanas, porque consideran que su domicilio les podría aportar más seguridad de un contacto continuado con lo que ha sido y es parte de sus vidas, les haría sentir que son todavía las personas de siempre, que podrían controlar mejor el ambiente y disfrutar de más autonomía y normalidad³. El enfermo en su hogar mantiene su

3. Doyle D. (2005): "Palliative Medicine in the home: an overview", en *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, editado por D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman, Oxford University Press. Oxford, 3 pp. 1097-1114. Choi K.S., Chae Y., et al. (2005): "Factors influencing preferences for place of terminal care and death among cancer patients and their families in Korea". *Support Care cancer*, 13, pp. 565-572.

papel social habitual ya que siente que sigue formando parte de su familia y que interviene en la toma de decisiones. Es algo más dueño de su tiempo que lo distribuye según sus deseos, por ejemplo, cuando decide qué comer y cuándo le apetece, o si se levanta o acuesta sin que ningún extraño le obligue a hacerlo. Goza de más intimidad lo que le permite seguir realizando algunas actividades recreativas y ocupacionales y disfrutar de tener cerca y disponer de sus cosas significativas.

Para la familia el domicilio es un ambiente conocido y dominado que les proporciona una mayor facilidad de movimiento y tiempo para realizar los cuidados sin prisa y en el momento más conveniente para el paciente. La atención en casa facilita el proceso del duelo por el acompañamiento del enfermo durante todo el padecimiento, lo que disminuye las posibilidades de desarrollo del duelo patológico. Algunos familiares opinan que la casa es menos agresiva para el paciente y allegados; que éste va a ser cuidado por su médico y enfermera habituales, que tenerlo en el hogar, les facilita estar más tiempo con el paciente y les es más cómodo, ya que visitarle en el hospital puede en ocasiones producir un esfuerzo tan grande como el estrés y el cansancio de atenderle en casa⁴. Los que viven en áreas rurales prefieren más que su enfermo fallezca en casa, mientras que los urbanos, con mejor acceso a los servicios hospitalarios tienen más oportunidades de fallecer en una institución. Otro factor a considerar es el económico, porque los que pueden pagar un cuidado terminal particular prefieren más el hogar que ingresarlos a un hospital.

Izquierdo Porrera y colaboradores⁵ encontraron que en España, los aspectos médicos fueron determinantes en la elección del lugar en los hombres, mientras que la dependencia funcional y el apoyo social influían en las mujeres. La edad y la patología subyacente repercuten también en la elección, así, los que fallecen en casa son más jóvenes, de mayor educación, a menudo están casados y padecen un carcinoma de pulmón, mama o próstata. En un estudio londinense los tumores más exitosamente tratados en casa fueron el carcinoma bronco-génico, los colo-rectales, óseos y las neoplasias orofaríngeas⁶.

4. Choi K.S., Chae Y., et al. (2005): "Factors influencing preferences for place of terminal care and death among cancer patients and their families in Korea". *Support Care cancer*, 13, pp. 565-572. Izquierdo-Porrera A.M et al. (2001): "Predicting place of death of elderly cancer patients followed up by a palliative care unit". *J. of Pain and Symptom Manage*, 6, pp.481-490.

5. Izquierdo-Porrera A.M et al. (2001): "Predicting place of death of elderly cancer patients followed up by a palliative care unit". *J. of Pain and Symptom Manage*, 6, pp.481-490.

6. Doyle D. (2005): "Palliative Medicine in the home: an overview", en *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, editado por D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman, Oxford University Press. Oxford, 3 pp. 1097-1114.

2. DISPONIBILIDAD FAMILIAR PARA EL CUIDADO

Si bien el deseo del enfermo de permanecer en su casa es un elemento clave, también lo es la disponibilidad de la familia para cuidarle, porque los pacientes con cáncer que se sienten bien apoyados por sus familiares, contemplan más esta posibilidad que los que carecen de este soporte⁷, que terminan nueve veces más en el hospital⁸. Para Mor y Hiris⁹, si el cuidador primario es la esposa, el enfermo tiene una mayor posibilidad de morir en casa y la muerte en este lugar es cinco veces más frecuente cuando las esposas y las hijas y no los esposos y los hijos son los cuidadores. Otros factores importantes son la edad de los cuidadores, su formación para atenderle, la progresión de la enfermedad y las necesidades crecientes del cuidado.

La existencia de un cuidador principal facilita enormemente el trabajo con el enfermo, pero esta persona debe ser objeto de especial atención y apoyo del resto del grupo social para que no se quemé en esta labor¹⁰. Las familias siguen siendo en nuestro medio las principales proveedoras de cuidado, sin embargo, esta situación ha cambiado en los últimos tiempos porque los cambios sociodemográficos actuales favorecen la presencia de familias nucleares de pequeño tamaño con muy pocos cuidadores lo que ha determinado que existan tres tipos de pacientes:¹¹

- Enfermos en situaciones de sufrimiento intenso que requieren atención directa en una unidad de cuidados paliativos,
- Enfermos con una situación de sufrimiento leve-moderada y con una buena red social que pueden ser cuidados en el domicilio, y
- Enfermos con una situación de sufrimiento controlado que no pueden ser cuidados en el domicilio por su escaso soporte social y son subsidiarios de un segundo nivel asistencial como los centros sociosanitarios.

7. Choi K.S., Chae Y., et al. (2005): "Factors influencing preferences for place of terminal care and death among cancer patients and their families in Korea". *Support Care cancer*, 13, pp. 565-572.

8. De Conno F, Caraceni A, Groff L, et al. (1996): "Effect of home care in the place of death of advanced cancer patients". *Eur J. Cancer*, 32 (7), pp.1142-1147.

9. Mor V, Hiris J. (1983): "Determinants of site of death among hospice cancer patients". *J. Health Soc. Behav.*, 24, 4, pp.375-384.

10. Benítez del Rosario, MA (2000): "Aspectos prácticos del programa de atención domiciliaria", en *Cuidados paliativos y atención primaria*. Editado por MA Benítez del Rosario y A. Salinas Martín, Springer, pp.157-166.

11. Benítez del Rosario, MA (2000): "Aspectos prácticos del programa de atención domiciliaria", en *Cuidados paliativos y atención primaria*. Editado por MA Benítez del Rosario y A. Salinas Martín, Springer, pp.157-166. Astudillo W, Mendinueta C. (2001): "Importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad", en *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. Editado por W. Astudillo, Eduardo Clavé y E. Urdaneta. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.19-41.

La ausencia o déficit de este último recurso determina la inadecuada utilización de las camas de las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), con ingresos prolongados para aquellos que sólo requieren cuidados básicos de enfermería. La asistencia primaria y las UCP no pueden dar respuesta a todas las situaciones.

Tabla 2. Valoración funcional. Escalas Karnofsky y Palliative Performance¹²

% de actividad normal	Definiciones de Karnofsky	PPS Ambulación	Nivel de actividad	Evidencia de enfermedad	Autocuidado	Ingesta	Consciencia
100	Normal, no quejas o evidencia de enfermedad	Plena	Normal	No	Total	normal	Plena
90	Actividad normal Signos o síntomas menores de enfermedad	Plena	Normal	Alguna	Total	Normal	Plena
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas enfermedad	Plena	Normal con esfuerzo	Alguna	Total	Normal o reducida	Plena
70	Cuida de sí mismo, incapaz de actividades normales o trabajo normal	Reducida	Incapaz de trabajar	Alguna	Total	Normal o reducida	Plena
60	Requiere ayuda ocasional pero es capaz de muchas actividades	Reducida	Incapaz de tareas simples	Significativa	Ayuda ocasional	Normal o reducida	Plena o confusa
50	Requiere considerable asistencia médica y cuidado frecuente	Más sentado o en cama	Incapaz cualquier tarea	Enfermedad extensa	Necesita ayuda	Normal o reducida	Plena, somnolencia o confusión
40	Incapaz, requiere cuidado especial y asistencia	Más sentado	Necesita ayuda	Enfermedad Extensa	Mucha asistencia	Normal o reducida	Plena, somnolencia o confusión
30	Severamente incapacitado, hospitalización indicada aunque la muerte no sea inminente	Escamado	Requiere ayuda	Enfermedad extensa	Cuidado total	Reducida	Plena, somnolencia o confusión
20	Muy enfermo. Necesita hospitalización y tratamiento de soporte	Escamado	Requiere ayuda	Enfermedad extensa	Cuidado total	Mínima-bebe a sorbos	Plena, somnolencia o confusión
10 0	Moribundo, proceso fatal que progresa rápidamente Muerto	Escamado Muerto	Requiere ayuda	Enfermedad extensa	Cuidado total	Cuidados boca	Somnoliento o en coma

12. Glare, P., Christakis N. (2005): "Predicting survival in patients with advanced disease", en *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Edited by D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman. Oxford University Press, pp.29-43.

La presencia de un enfermo altera el ecosistema familiar, particularmente cuando éste es el cabeza de familia y el soporte económico o se encama por lo que se necesita redistribuir su rol entre los otros miembros de la familia. Las escalas de Karnofsky (KPS) y Performance Palliative Scale (PPS) una modificación del KPS, que ha sido recientemente desarrollado por enfermeras de hospices en Canadá, sirven para medir la supervivencia según el estado físico de los pacientes referidos a los servicios paliativos¹³. Por ejemplo, los admitidos con una KPS de 10-20, tenían una supervivencia media de dos semanas, los de 30-40, de siete semanas, y los de 50, de doce semanas. Un grupo japonés ha encontrado que las cifras del PPS están muy correlacionadas con las de KPS detectando tres grupos de supervivencia homogénea, los PPS de 10-20, supervivencia media seis días, los de PPS 30-50, supervivencia media cuarenta y un días, y los PPS de 60-70, una supervivencia media de ciento ocho días. Cuanto peor sea la situación del enfermo, mayores serán las necesidades que tendrá la familia y más su necesidad de ingreso¹⁴.

Una visita domiciliaria (Tabla 3), ayuda en el proceso de toma de decisiones porque facilita un conocimiento de primera mano del hogar y de la familia y es útil para sugerir posibles cambios que pueden facilitar el manejo del enfermo tanto en el baño, puertas, dormitorio, la necesidad de una taza del water más elevada, una cama hospitalaria con protectores laterales, grúa, silla con brazos, barras para la sujeción en la ducha o pasillos, rampas para facilitar la entrada en silla de ruedas al baño para evitar el aislamiento del enfermo¹⁵.

13. Glare, P, Christakis N. (2005): "Predicting survival in patients with advanced disease", en *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Edited by D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman. Oxford University Press, pp.29-43.

14. Moritam, T, Tsunoda, J. Inoue, S, and Chiara, S. (1999): "Validity of the Palliative Performance Scale from a survival perspective". *Journal of Pain and Symptom Management*, 18, pp.2-3.

15. Astudillo W, Mendinueta C. (2001): "Importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad", en *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. Editado por W. Astudillo, Eduardo Clavé y E. Urdaneta. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.19-41. Glare, P, Christakis N. (2005): "Predicting survival in patients with advanced disease", en *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Edited by D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman. Oxford University Press, pp.29-43. Williams C.D. (1973): "Health services at home". *Pediatrics*, 52, p.773.

Tabla 3. Beneficios de una visita domiciliaria¹⁶

- Favorece la expresión de los sentimientos de los pacientes
 - Establece mejores vínculos entre el médico y la familia
 - Permite reconocer el grado de adaptación del enfermo a su casa
 - Detecta las familias vulnerables
 - Revela los valores e historia de la familia
 - Detecta la existencia de otras personas en el hogar
 - Permite profundizar en el conocimiento de la familia
 - Facilita la orientación familiar en el propio domicilio
-

Para Cecily Williams¹⁷ “la experiencia práctica de visitar a los pacientes en sus hogares y en su entorno proporciona, con una sola ojeada y cinco minutos de escucha, mucha más comprensión que todo un volumen de cuestionarios llenos”. Una visita a tiempo evitará los sentimientos de decepción y frustración que pueden aparecer en aquellas familias mal informadas que se habían planteado otros objetivos o esperaban resultados distintos.

3. BUENA RED DE SOPORTE

El enfermo además de un adecuado manejo de los síntomas, necesita sentirse “seguro” de que se podrán manejar también sus otros problemas psicosociales y espirituales, lo que por desgracia no ocurre con frecuencia. No es difícil comprender que su bienestar no sea completo por controlados que estén sus síntomas si tiene hijos pequeños, si es el cabeza de familia, si es inmigrante, si no tiene seguridad social, si está en el paro, etc. Una parte del apoyo que necesitan es proporcionado por la red social más cercana, generalmente su familia y amigos (es mejor cuanto más grande sea y cuanto mayor sea el número de contactos entre sus miembros) que actúa como un

16. Benítez del Rosario, M.A. (2000): “Aspectos prácticos del programa de atención domiciliaria”, en *Cuidados paliativos y atención primaria*. Editado por M.A. Benítez del Rosario y A. Salinas Martín, Springer, pp.157-166. Astudillo W., Mendinueta C. (2001): “Importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad”, en *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. Editado por W. Astudillo, Eduardo Clavé y E. Urdaneta. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.19-41. Williams C.D. (1973): “Health services at home”. *Pediatrics*, 52, p. 773.

17. Williams C.D. (1973): “Health services at home”. *Pediatrics*, 52, p.773.

sustentador de la salud y amortiguador del estrés, según las circunstancias facilitando un mejor enfoque de la situación y de las reacciones de adaptación¹⁸.

El cuidado de un enfermo es costoso en términos físicos, emocionales y económicos, por lo que debe existir para quien lo necesite facilidades de acceso a un servicio de apoyo profesional o de asistencia domiciliaria. Sólo la detección temprana de estos problemas permitirá ofrecer a tiempo una ayuda específica y un soporte profesional y psicosocial apropiado a los cuidadores que evite el ingreso del enfermo al hospital. Un análisis de la asistencia domiciliaria en Europa detectó que el principal déficit en este sector no afecta a la ausencia de profesionales sanitarios, sino a la escasez de recursos sociales pertinentes. Para algunas familias toda ayuda es bienvenida y agradecerá que se oferte en forma de cuidadores domiciliarios subvencionados, o facilidades en el trabajo al cuidador principal, material ortoprotésico, camas de diseño específico y centros de día que permitan a los cuidadores continuar con su trabajo durante la enfermedad. Este soporte deberá prolongarse tras el fallecimiento, incluso con la creación de servicios de atención al duelo en la red de salud mental. Los servicios de Bienestar Social deben actuar como prótesis organizadas por cada grupo social para tratar de cubrir los defectos y las carencias de los individuos que sobrepasen los mecanismos de autoprotección y de autocuidado y promover la aparición de grupos de autoayuda y otros elementos de apoyo¹⁹. La ausencia de estos recursos sociales puede determinar el fracaso de todos los programas de asistencia en casa.

4. LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PALIATIVOS

El cuidado paliativo en el hogar requiere una coordinación adecuada entre la atención primaria y los otros recursos, de forma que todos participen, en mayor o menor medida, con mayor o menor responsabilidad, en el cuidado del paciente. No hay duda que la calidad de cuidado puede aumentar si participa un servicio de soporte domiciliario. Existen también evidencias de que su presencia facilita la mayor permanencia de los pacientes en casa, aunque no necesariamente que fallezcan en ella. Se ha encontrado en España que la incorporación progresiva de equipos de apoyo paliativo domiciliario con equipos para la administración subcutánea (bombas de infusión- difusores) y personal especia-

18. Astudillo W, Mendinueta C. (2001): "Importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad", en *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. Editado por W. Astudillo, Eduardo Clavé y E. Urdaneta. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.19-41.

19. Benítez del Rosario, MA. (2000): "Aspectos prácticos del programa de atención domiciliaria", en *Cuidados paliativos y atención primaria*. Editado por MA Benítez del Rosario y A. Salinas Martín, Springer, pp.157-166. Astudillo W, Mendinueta C. (2001): "Importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad", en *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. Editado por W. Astudillo, Eduardo Clavé y E. Urdaneta. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.19-41.

lizado, se acompaña de una disminución del tiempo de estancia en el hospital y de un aumento del número de pacientes que no precisan ingreso hospitalario y fallecen en casa con un elevado grado de control de síntomas y de satisfacción del usuario y de su familia²⁰.

Dependiendo de factores sociales, culturales, geográficos y sanitarios, existen en nuestro país diferentes fórmulas organizativas: centros especializados (hospices), equipos de soporte, o tratamiento paliativo en hospitales de diversos niveles, hospitales de día y/o combinaciones de los mismos. Un hecho a resaltar es que cuanto mejor sea la provisión de Unidades de Cuidados Paliativos, más pacientes desean fallecer en ellas que en casa, aunque esté disponible el hospital general o el servicio de oncología. En este contexto debe superarse el modelo de organización actual de "situaciones estancos" en las que los pacientes pasan de un nivel asistencial a otro sin que se produzca la adecuada coordinación entre profesionales. Para eso, deberían superarse las barreras habituales y establecer una comunicación directa con los profesionales de atención primaria, sesiones de discusión de casos, protocolos de actuación, visitas conjuntas, etc., además de la vía habitual de los informes clínicos.

Existen algunos tratamientos oncológicos más intervencionistas que pueden administrarse con tiempo y según la condición del paciente con posibilidades de alargar el tiempo de supervivencia: la colocación de un catéter en un uréter obstruido (mantiene la función renal), o en el esófago (para permitir el paso de alimento), la administración de líquidos a un paciente con obstrucción intestinal (mantiene la hidratación), la corrección de la hipercalcemia con la infusión de pamidronato (reduce los niveles cálcicos potencialmente mortales), el drenaje de un derrame pleural (mejora la función respiratoria), la transfusión sanguínea (alivia la disnea), mientras que un mejor control del dolor disminuye la mortalidad y mejora la situación del enfermo. La exclusión de los enfermos del tratamiento paliativo en algunos de estos casos podría ser inmoral, por lo que el abordaje debe ser flexible y se debe contar con el paciente más que nunca por ser éste quien debe tener la última palabra. Otras posibilidades paliativas son la cirugía, que es útil en la descompresión de la médula espinal u otros problemas locales que, de otro modo, limitarían los movimientos o la comodidad del paciente. En algunos tumores, la irradiación local resuelve o mejora el dolor óseo refractario y reduce la necesidad de analgésicos, mientras que la quimioterapia suele disminuir la tumefacción de tejidos blandos en determinados cánceres sensibles como las metástasis de mama, con alivio del dolor²¹.

20. Gómez Batiste, X, Batiste A, E. Roca J, Grenzner F, Terricabras F, Pladevall C. (2002): "Asistencia domiciliaria a pacientes con cáncer avanzado y terminal. La experiencia de Vic". *Med. Pal.*, 9; 2, pp.77-81. Centeno C. et al. (2000): "The reality of palliative care in Spain". *Palliative Medicine*, 7, p. 94.

21. Astudillo W, Mendinueta C, Orbeagoza A (2002): "Presente y futuro de los Cuidados Paliativos", en *Avances recientes en Cuidados Paliativos*, editado por W. Astudillo, A. Morales, E. Clavé, A. Cabarcos y E. Urdaneta. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.15-46.

El médico de Atención Primaria (AP) deberá coordinar la actuación en caso de una posible urgencia y hablar con el paciente, la familia y con los equipos de atención a domicilio. Será de gran ayuda la existencia de una hoja de evolución donde consten los diagnósticos, la medicación y los teléfonos a donde se puede llamar y que exista una estructura organizada para las urgencias paliativas en los servicios sanitarios, tanto a nivel de atención primaria, como en los servicios de soporte y de Cuidados Paliativos, que cubra las veinticuatro horas, lo que conlleva un aumento de recursos humanos. Los motivos más frecuentes de estas urgencias se señalan en la tabla adjunta:

Tabla 4. Emergencias en Cuidados Paliativos domiciliarios

- Dolor agudo incidental , de cualquier origen
 - Delirio, confusión, ataques de pánico
 - Hipercalcemia maligna
 - Fracturas patológicas
 - Hemorragias
 - Obstrucción de vena cava
 - Compresión medular
 - Obstrucción intestinal aguda
 - Retención urinaria
 - Obstrucción intestinal crónica
 - Crisis comiciales
-

Hasta que el sistema encuentre un modelo de organización mejor que resuelva el problema, las Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), a través de los equipos de soporte, podrían asumir la función de coordinación que asegure el cuidado adecuado de los pacientes en el domicilio particularmente con las urgencias y con un teléfono paliativo al que se pueda recurrir para la búsqueda de una posible solución. La existencia de una guía clínica con protocolos de derivación determinará una mejor atención y manejo del enfermo en las diferentes áreas sanitarias.

5. COMUNICACIÓN POSITIVA ENFERMO-FAMILIA- EQUIPO DE APOYO

Los pacientes en general desean información menos detallada que sus cuidadores sobre los síntomas potenciales futuros y el proceso de fallecer, pero agradecen saber que no tendrán dolor, que mantendrán su dignidad, que serán bien cuidados. Muchos sanitarios consideran que los enfermos deben conocer que conforme evoluciona su padecimiento experimentarán un deterioro gradual, con menos energía para hacer las cosas, mayor necesidad de descanso y que diversos síntomas como el dolor, si aparecen, pueden ser controlados. Con relación a los cuidadores, hay que fomentar la capacidad de la familia para el cuidado a través de una adecuada formación y contener así la ansiedad provocada por la asistencia al enfermo.

Tabla 5. Necesidades de educación del cuidador principal

Sobre el cuidado físico y alimentación del enfermo
 Uso de medicación, dosis de rescate
 Evaluar los síntomas
 Redistribuir tareas con el resto de los familiares
 Conocer generalidades sobre la enfermedad del paciente
 Qué hacer ante una emergencia
 Cómo conectar con equipo sanitario y otros centros
 Cómo solicitar ayudas
 Cómo saber autocuidarse

Los cuidadores domiciliarios a menudo son ancianos, no siempre en buen estado de salud, por lo que el esfuerzo físico de cuidar al moribundo, unido a su sensación de duelo y soledad, pueden aumentar más su sobrecarga. Como ya se ha dicho una de las razones más comunes para que fracase el cuidado domiciliario es el estrés experimentado por los familiares. Algunos de sus temores son comprensibles como el temor a lo desconocido, ser incapaces de soportar la fase final, el temor a herir al paciente, a no saber qué hacer si éste se choca, o sangra, o convulsiona, a administrar equivocadamente las medicinas, o a no saber reconocer los signos de la muerte²².

Se explicará a las familias que no se administran líquidos parenterales y alimentos a los moribundos en la agonía, porque en esta etapa, éstos no experimentan hambre ni sed y se puede agravar su final por aumento de secreciones, vómitos, etc., Las excepciones son el uso de opioides a dosis altas o una posible urolitiasis. Ante el dilema de discutir o no las complicaciones potenciales al tiempo de la muerte como la hemorragia masiva, crisis o disnea, vale la pena indicarles que estas son muy raras y si se producen, el paciente será sedado y que no sufrirá. Es necesario instruirles sobre el uso de las preparaciones de rescate, diazepam rectal, o dosis extras de neurolépticos. Si el enfermo tiene un riesgo alto de estas complicaciones (tumor adyacente a la tráquea o a un vaso sanguíneo) y quiere morir en casa, los médicos y enfermeros tratarán con su familia esta posibilidad para asegurarse de que tengan sedantes y toallas oscuras. Los afectados por cáncer pulmonar se preocupan porque puede llegar el momento en que no puedan respirar pero la mayoría de las personas con este tumor mueren por sus efectos generales sobre el cuerpo y tienden a apagarse

22. Benítez del Rosario, M.A. (2000): "Aspectos prácticos del programa de atención domiciliaria", en *Cuidados paliativos y atención primaria*. Editado por M.A. Benítez del Rosario y A. Salinas Martín, Springer, pp.157-166. Glare, P., Christakis N. (2005): "Predicting survival in patients with advanced disease", en *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Edited by D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman. Oxford University Press, pp. 29-43.

lentamente. Se les tranquilizará diciéndoles que no sufrirán y que estarán disponibles medicamentos para aliviar la disnea²³.

En cuanto a la información existen varios dilemas éticos que, si bien no son propios de casa, tienen en ésta una mayor importancia. Así, mientras parece considerarse normal que en el hogar todos los familiares y amigos deban saber sobre la enfermedad, es preciso indicarles que es mejor conocer la opinión previa del paciente sobre este particular y respetar su voluntad. Otro aspecto que los familiares suelen solicitar es que se haga algo por mantener la vida o para evitar que ésta se prolongue, por lo que es de interés informarles que los Cuidados Paliativos no están para alargar ni para acortar la vida, ni prolongar el proceso de fallecer, pero sí para intentar hacer lo más cómodos posibles esos momentos y que en ese sentido se está actuando. Una buena parte de estas preocupaciones se reducen con una adecuada información y con la existencia de un teléfono con un servicio de urgencias o paliativo que pueda resolver las dudas²⁴. La proximidad de una UCP al domicilio proporciona tranquilidad pero, sobre todo, hay que hablar con los familiares para que sean lo suficientemente flexibles, estén preparados y tomen en cuenta los deseos cambiantes de los pacientes para un posible ingreso en la fase final.

Es importante explicar a la familia y al enfermo, si éste lo solicita, que la muerte, por lo general, va precedida por un período de mayor tendencia al sueño, con una disminución del deseo de comunicación verbal. En la fase final los enfermos sólo necesitan conocer que son valiosos, que se les aprecia y que no serán abandonados. La compañía tranquila y agradable de personas a quienes no asuste la muerte, puede ser de gran ayuda tanto para el paciente agonizante como para su familia que será avisada con tiempo de su proximidad para que pueda llamar a otros seres queridos y organizar los cuidados posteriores. Los enfermos parecen agradecer que haya silencio o que alguien rece y tener una mano cariñosa en su frente o sobre sus manos²⁵.

23. Doyle D. (2005): "Palliative Medicine in the home: an overview", en *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, editado por D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman, Oxford University Press. Oxford, 3 pp. 1097-1114. Clayton J.M. (2005): "Discussing end of life issues with terminally ill cancer patients and their carers. A quantitative study". *Support Care Cancer*, 13, pp. 589-599.

24. Martínez A. M. Casero A. (2000): "Las 24 últimas horas de vida del paciente oncológico tratado por una unidad de Cuidados Paliativos domiciliaria. Un estudio piloto". *Med Pal.*, 7, 4, pp.124-128.

25. Astudillo W. Mendinueta C. Orbegozo A. (2002): "Presente y futuro de los Cuidados Paliativos", en *Avances recientes en Cuidados Paliativos*, editado por W. Astudillo, A. Morales, E. Clavé, A. Cabarcos y E. Urdaneta. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.15-46. Arrieta C. (1999): "Necesidades físicas y organizativas de la familia", en *La familia en la terminalidad*. Editado por W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta A, e I. Vega de Seoane. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 59-74.

6. ACTITUD ADECUADA DE MEDICOS Y ENFERMERAS

Un estudio canadiense considera que los médicos de familia pueden ser clasificados como reactivos y pro-activos. Los primeros se enfrentan a lo que pasa y los segundos, son los que tratan de anticiparse a lo que podría pasar. Mc Whinney²⁶ opina que el cuidado paliativo requiere que los médicos sean pro-activos. En ningún otro momento esto es más importante y útil que en la fase terminal y hay que instruir a los médicos sobre la comunicación, cómo dar una información delicada, las fases del proceso de adaptación que puede atravesar el enfermo terminal, el acompañamiento psicológico en las crisis y a anticiparse a lo que podría pasar. Esta formación deberá dirigirse también al personal de enfermería que tiene un papel relevante en este campo a través de velar porque se realicen unos cuidados físicos correctos que eviten las úlceras y se propicien otras medidas de bienestar a través de la educación de formas para mejorar la administración de medicamentos, alimentación, cambio de ropa, etc. La enfermería es esencial en la contención emocional y apoyo del enfermo y de su familia durante todo el proceso de la enfermedad y del fallecimiento.

Tabla 6 Revisión de fármacos en los últimos días²⁸

Fármacos esenciales	Fármacos poco esenciales	Fármacos no esenciales
Analgésicos	Corticoides	Antihipertensivos
Antieméticos	Terapia hormonal	Laxantes
Sedantes	Hipoglucemiantes	Antiulcerosos
Ansiolíticos	Diuréticos	Anticoagulantes
	Antiarrítmicos	Antibióticos
	Anticomiciales	Vitaminas, hierro

Los médicos, conforme progresa la enfermedad, deben revisar el tratamiento y suspender las medicinas que ya no son necesarias, cambiar vías de administración (Tabla 6), valorar el nivel de comprensión de las instrucciones de los familiares, evaluar si va a poder el enfermo permanecer en casa, aconsejar a las familias sobre si deben o no llamar a otros familiares y amigos, y cómo conseguir los diversos apoyos que necesitan²⁷. Los corticoides- dexametasona- deben ser reducidos lentamente si el paciente ha estado tratado con dosis altas por edema cerebral.

26. Mc Whinney I.R., Bass M.J. Orr V. (1995): "Factor associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team". *Can Med Assoc. J.*, 152, 3, pp. 361-367.

27. Clayton J.M. (2005): "Discussing end of life issues with terminally ill cancer patients and their carers. A quantitative study". *Support Care Cancer*, 13, pp. 589-599.

28. Doyle D. (2005): "Palliative Medicine in the home: an overview", en *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, editado por D. Doyle, G. Hanks, N. Cherny and K. Calman, Oxford University Press. Oxford, 3 pp. 1097-1114. Astudillo W., Mendinueta C. (2001): "Importancia del

7. LA ORGANIZACIÓN DEL CUIDADO

Hay que ayudar al cuidador principal a organizar el cuidado y a ser más eficiente en la atención del enfermo²⁹. Para ello debe saber organizarse y conservar bien la información relevante sobre todos los asuntos que afectan al paciente, siendo recomendable disponer para esa finalidad de una carpeta con separadores o un archivador y notas adhesivas. Ésta llevará su nombre y procurará contener los siguientes compartimentos:

- a. Identificación e información personal
 - b. Familia y amigos
 - c. Seguridad social y otros seguros
 - d. Información de salud/ profesionales sanitarios- hojas de evolución
 - e. Listado de necesidades
 - f. Fuentes de ayudas locales
 - g. Asuntos legales
 - h. Arreglos finales
-
- a. *Identificación personal*: nombre, dirección, teléfonos, fecha de nacimiento, DNI.
 - b. *Familia y amigos*: nombres, direcciones, números del teléfono del trabajo y de casa de los principales familiares o amigos.
 - c. *Números de la Seguridad Social y otros seguros*.
 - d. *Información sanitaria/profesionales médicos*.
 - Informes de anteriores ingresos, analíticas, hojas de interconsultas, información relevante sobre alergias, intolerancias medicamentosas, situación afectiva.

apoyo psicosocial en la terminalidad”, en *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. Editado por W. Astudillo, Eduardo Clavé y E. Urdaneta. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.19-41. Astudillo W. Mendinueta C. Orbegozo A (2002): “Presente y futuro de los Cuidados Paliativos”, en *Avances recientes en Cuidados Paliativos*, editado por W. Astudillo, A. Morales, E. Clavé, A. Cabarcos y E. Urdaneta. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 15-46.

29. Arrieta C. (1999): “Necesidades físicas y organizativas de la familia”, en *La familia en la terminalidad*. Editado por W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta A, e I. Vega de Seoane. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.59-74. Scherma G. (2000): “How to get organized as a caregiver”. *Loss, grief & Care*, 8, 3-4, pp.127-134. Astudillo W. Mendinueta C. (2003): “Necesidades de los cuidadores del paciente crónico”, en *Guía de Recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Guipúzcoa*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 235-245.

- Medicamentos, esquema de las tomas, formas de administración.
 - Nombre, dirección, teléfono del médico, centro de salud, emergencias y farmacéutico.
 - Números de teléfonos de otros especialistas y nombres de medicamentos que ellos hayan prescrito.
 - Nombre de los enfermeros que atienden al paciente.
 - Hojas para que los médicos y enfermeros escriban la evolución o cambios que se hacen en la medicación en la que exista.
- e. *Listado de necesidades.* Es esencial disponer de una lista de las cosas o actividades que se pueden necesitar realizar tanto en relación con el enfermo como para facilitar el acompañamiento de la familia al ser querido, porque muy a menudo los familiares o amigos preguntan cómo pueden ayudar. Disponer de la lista de las posibles necesidades que hay que cubrir, sirve de orientación para canalizar la buena voluntad de estas personas. Es también de interés conocer datos sobre agencias de cuidado domiciliario.
- f. *Registro de fuentes de ayuda locales:* direcciones y teléfonos de asociaciones relacionadas con la enfermedad, servicios de voluntariado, Cruz Roja, bienestar social y otras instituciones públicas. Existen teléfonos como el Teléfono Paliativo, Asociación contra el cáncer, Hilo Dorado, Hilo de Plata, Teléfono de la Esperanza ,etc., que pueden prestar diversos apoyos.
- g. *Asuntos legales:* En caso de existir, el Testamento vital o Delegación de derechos o Directrices previas, para orientar lo que se debe hacer en caso de que el enfermo pierda su conciencia.
- h. *Arreglos finales:* Seguros que cubran el funeral, publicación de esquelas, etc.

Es importante subrayar a la familia que durante la fase final de la vida, lo que más necesita el moribundo, una vez que se encuentren controlados sus síntomas (dolor, malestar, etc.) es la compañía de sus seres queridos, por lo que no es conveniente que éstos se dejen atrapar por aquellas obligaciones cotidianas que otros pueden hacer en su lugar y que empleen, si les es posible, ese tiempo valioso con el enfermo para expresarle su afecto³⁰.

30. Arrieta C. (1999): "Necesidades físicas y organizativas de la familia", en *La familia en la terminalidad*. Editado por W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta A, e I. Vega de Seoane. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 59-74.

POSIBLES DESVENTAJAS DE LA ASISTENCIA DOMICILIARIA

1. DEFICIENTE CALIDAD DE CONTROL SINTOMÁTICO

Entre las posibles desventajas de la asistencia domiciliaria está que la calidad del cuidado no siempre es la mejor. Existen muchos problemas que adquieren mayor importancia o que son encontrados más frecuentemente en el hogar porque los familiares están ansiosos por no disponer de médicos o enfermeras en todo momento; no tienen seguridad para administrar las medicinas y cuidar de su enfermo; están expuestos a que un médico nuevo pueda recomendar el ingreso del enfermo ante una urgencia en un hospital no conocido; no siempre tienen vecinos comprensivos y respetuosos con las necesidades de descanso del enfermo y familia y les es difícil controlar las visitas que puedan fatigar al paciente (Tabla 7).

Tabla 7 Problemas específicos del cuidado en casa³¹

- Ansiedad: por no tener ayuda profesional a la mano
 - Administración de medicamentos por gente no entrenada
 - Opiofobia
 - Fatiga por visitantes excesivos
 - Los olores de cocina son más evidentes
 - Hay mayor presión sobre el paciente para que coma
 - Menor participación del sufrimiento
 - Claudicación familiar
 - Posibilidad de una mayor conspiración de silencio
 - Sensación de incapacidad para cuidar de sus familiares
 - Ansiedad sobre “emergencias”
 - Escasos recursos sociales
 - Problemas de formación de sanitarios
 - Inadecuada coordinación sociosanitaria
-

31. Doyle D. (2005): “Palliative Medicine in the home: an overview”, en *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, editado por D. Doyle, G. Hanks, N. Cherry and K. Calman, Oxford University Press. Oxford, 3 pp. 1097-1114. Benítez del Rosario, M.A. (2000): “Aspectos prácticos del programa de atención domiciliaria”, en *Cuidados paliativos y atención primaria*. Editado por M.A. Benítez del Rosario y A. Salinas Martín, Springer, pp.157-166. Astudillo W., Mendinueta C. (2001): “Importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad”, en *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. Editado por W. Astudillo, Eduardo Clavé y E. Urdaneta. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 19-41.

Si aceptamos que uno de los objetivos del cuidado paliativo es el alivio del sufrimiento (físico, psicosocial y espiritual), tenemos que reconocer que mucho de éste es subjetivo y no susceptible de un manejo objetivo. En la asistencia domiciliar paliativa se detecta un mayor sufrimiento no aliviado, siendo la disnea y el dolor los dos problemas más alarmantes tanto para el paciente como para los cuidadores y que están controlados pobremente. Según un estudio, un 20% de los enfermos que tuvieron contacto con enfermeras paliativas estuvieron insatisfechos con su cuidado por falta de continuidad, 27% estuvieron disconformes con el médico, 15% tuvieron dificultades para la ayuda en la noche y 52% necesitaron equipamiento especial en casa. El 5% de los cuidadores no recibió la información que deseaba sobre la condición del paciente³².

La medicación en el hospital es administrada de forma regular en la dosis precisa y tiempo, en tanto que en casa su responsabilidad recae en los familiares que no están entrenados en tales labores, lo que repercute en que las dosis no sean las correctas, se dejen de dar ciertas medicinas porque no se comprendan las razones para usarlas, con una mayor ansiedad de los cuidadores. Sin embargo, ninguno de estos problemas es irresoluble con ayuda del equipo de atención primaria.

Los familiares en el hospital son la mayor parte del tiempo observadores ansiosos, en tanto que en casa son los principales cuidadores, un papel para el que tienen poca experiencia y muchas dificultades particularmente cuando el paciente sufre una alteración del nivel de conciencia y/o deja de tragar. Cada síntoma del paciente, cada nueva situación, puede añadir más a su ansiedad. La claudicación familiar se presenta por la presencia de un solo cuidador en familias pequeñas, que asume todas las responsabilidades del cuidado, por incapacidad psicológica para afrontar el proceso de morir, alta conflictividad familiar, ineficacia en la cobertura emocional de la familia, problemas de formación para el cuidado e inadecuada coordinación de los servicios sociosanitarios. Dos factores parecen prevenirlo: que el paciente y la familia perciban que se resuelven eficazmente los problemas y que no haya un sufrimiento incontrolado.

Un cuidado domiciliario de calidad requiere una buena comunicación con el enfermo y su familia y la coordinación exquisita de los profesionales implicados en el mismo, particularmente en las urgencias, que se deben prever con tiempo para tomar las medidas más oportunas. No importa lo eficaces que hayan sido los Cuidados Paliativos, si no se manejan bien estas situaciones y no se da a las familias una protección adecuada en estos momentos, el cuidado habrá fracasado³³.

32. Addington Hall, J., et al. (1991): "Dying from cancer: The views of bereaved family and friends about the experiences of the terminally ill patients". *Pal. Medicine*, 5, pp. 207-214.

33. Arrieta C. (1999): "Necesidades físicas y organizativas de la familia", en *La familia en la terminalidad*. Editado por W. Astudillo, C. Arrieta, C. Mendinueta A, e I. Vega de Seoane. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 59-74.

2. FALTA DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

No sólo los enfermos y familiares reconocen deficiencias, sino que también los propios médicos y enfermeros las aceptan en cuanto a sus destrezas y en el cuidado que ofrecen. En un estudio realizado en Cataluña, ochenta y siete médicos y sesenta y cuatro enfermeras de atención primaria, expresaron su malestar con la calidad del cuidado paliativo que estaban dando y reconocieron que había posibilidades de mejorarlo³⁴ (Tabla 8).

Tabla 8. Problemas para la asistencia paliativa domiciliaria

- Poca experiencia en Cuidados Paliativos de los equipos de atención primaria
 - No detección adecuada del dolor, depresión o ansiedad
 - Escasa habilidad para la comunicación en el equipo
 - Necesidades de un cambio de actitud, motivación y formación de los profesionales en la paliación
 - Soporte deficiente de los familiares por parte de los sanitarios
 - Pobre coordinación con otros niveles asistenciales
-

El médico de familia tiene por lo general pocos pacientes al año que necesitan cuidados paliativos y son aún menos los que tienen síntomas de tal magnitud y severidad como para probar seriamente su capacidad. El número de cánceres que diagnostican son menos de los que podrían pensar y muchos de los afectados tienen un pronóstico de vida de muchos años. Se estima que un médico de familia en el Reino Unido o Norte América diagnosticará uno o dos nuevos casos de carcinoma broncogénico cada año, un tumor de mama cada dos años, un cáncer de colon cada tres años, un carcinoma gástrico cada cinco años y una malignidad en la infancia en toda la vida profesional, por lo que es difícil mantener la competencia con tan pocos casos que se ven³⁵.

Las últimas semanas y días de vida pueden ser molestas para el paciente y un reto para sus familiares y los profesionales. Los médicos describen una buena muerte como aquella en la que se muere sin dolor, pero se da el caso de que si los médicos no lo detectan, es menos probable que transfieran al paciente a una UCP o traten bien este síntoma. Además, la depresión o ansiedad no tratadas pueden acrecentar la presencia o intensidad de otros síntomas. La incontinencia urinaria es rara vez causa de envío al hospital, al contrario de la incontinencia fecal que sí lo es aunque haya un buen servicio de lavandería. Esta falta de experiencia tiene que verse en el contexto de los modelos cambiantes de

34. Porta, M. Budquet, X. y Jariod, M (1997): "Attitudes and views of physicians and nurses towards cancer patients dying at home". *Pal Medicine*, 11, pp. 116-126.

35. Doyle D. (1987): *Domiciliary terminal Care*. Edimburgh: Churchill Livingstone.

trabajo del médico de familia y con su sobrecarga de trabajo habitual por muchas otras patologías y la falta de tiempo para atender a todas las demandas que recibe.

LA ASISTENCIA EN EL HOSPITAL O RESIDENCIAS

El deseo del paciente de permanecer en casa no indica necesariamente que quiera morir en casa, porque cuanto más tiempo dure su atención, tanto los propios enfermos como sus familias tienden a cambiar de opinión y piden su traslado a un hospital o Unidad de Cuidados Paliativos en la semana o días antes de la muerte. La preferencia por estas instituciones aumenta conforme aparecen los problemas de autocuidado, la dependencia y es mayor la fatiga y la debilidad de los enfermos y el estrés y la ansiedad experimentados por los familiares. Un estudio identificó como razones importantes para hacerlo: no disponer en casa del equipo médico y de enfermería (40%) y proporcionar cuidados a los pacientes sin apoyo de familiares o de amigos (27%). Los familiares solicitan el ingreso por el gran esfuerzo que les produce el cuidado.

Tabla 9. Motivos para el ingreso hospitalario

- Presencia actual o previsible de síntomas difíciles de controlar a domicilio
 - Ausencia de profesionales sanitarios de referencia encargados de la atención domiciliaria
 - Expreso deseo del paciente
 - Deterioro demasiado rápido
 - Urgencias no controladas en el domicilio
 - Existencia de pocos cuidadores o si éstos son mayores
 - Fatiga física y emocional de los cuidadores
 - Claudicación familiar
 - Condiciones inadecuadas del hogar
 - Claudicación del equipo asistencial domiciliario
 - Fracturas o cualquier otra cirugía que se decida no operar, infartos de miocardio o cerebrales, gangrenas secas progresivas.
 - Tratamientos oncológicos intervencionistas
-

Los pacientes que formulan esta elección no desean ser una carga para sus familiares y amigos y consideran que estarán más seguros de disponer de un cuidado profesional adecuado durante sus últimos días, que estarán mejor controlados del dolor y de otros síntomas molestos. Hay circunstancias como la claudicación familiar, situaciones de sufrimiento elevado de difícil control en el domicilio, o déficit de soporte sociofamiliar, en las que es importante ubicar a los enfermos en un nivel asistencial que les asegure unos cuidados de la mejor calidad posible como los centros sociosanitarios o de cuidados prolongados. En aquellos lugares donde existan Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), éstas se presentarán como una opción positiva multi e interdisciplinar de cuidado activo

e intensivo de confort que intenta maximizar el bienestar del enfermo hasta sus últimos momentos, pero su ingreso deberá ser preparado con tiempo. Los pacientes con situación funcional muy mala (encamados, larga evolución de las complicaciones o moribundos), en la fase agónica pueden ser aliviados del sufrimiento físico con la administración subcutánea de fármacos o sistemas alternativos a la vía oral. En los días y horas finales hay pocas razones para que una persona sea llevada a fallecer en el hospital³⁶.

PROBLEMAS DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA-RESIDENCIAL

Hace 70 años, el 75% de las muertes ocurría en casa, pero ahora los familiares tienen una considerable presión de los vecinos y amigos por llevar al enfermo al hospital. Existen evidencias, sin embargo de que el sufrimiento puede ser igual que en casa o aún peor, a pesar de la disponibilidad de médicos, enfermeros y equipos sofisticados, bien porque los médicos estén demasiado preocupados por la curación y la prolongación de la vida antes que por las necesidades de los moribundos, bien por la falta de espacio y de otras facilidades para las familias. En las residencias, la muerte es muy frecuente y existe una gran dependencia en los cuidadores que no siempre están bien formados paliativamente para afrontar los diversos problemas de la asistencia. En el estudio SUPPORT³⁷ se apreció que en los últimos tres días de vida, un cuarenta por ciento de todos los pacientes tuvieron dolor severo al menos la mitad del tiempo y que una cuarta parte tuvo disnea de moderada a severa. Según los familiares, dos tercios de los pacientes encontraron difícil tolerar los problemas físicos y emocionales. Si se les pregunta a los enfermos acerca de su satisfacción sobre el cuidado recibido, a menudo ésta es baja. Otro estudio encontró que el 50% pensó que los cuidados del hospital no fueron adecuados por dos razones: los enfermeros estuvieron demasiado ocupados y la comunicación y el tratamiento sobre la enfermedad no fueron de calidad. Hay a menudo una pobre correlación entre la evaluación de los síntomas por los enfermos y la de los profesionales que les asisten y la evaluación de su sufrimiento por los familiares, percibiendo estos últimos que los pacientes tienen más dolor y ansiedad de lo que es en realidad.

36. Gómez Batiste, X, Batiste A, E. Roca J, Grenzner F, Terricabras F, Pladevall C. (2002): "Asistencia domiciliaria a pacientes con cáncer avanzado y terminal. La experiencia de Vic". *Med. Pal.*, 9; 2, pp.77-81. Centeno C. et al. (2000): "The reality of palliative care in Spain". *Palliative Medicine*, 7, pág.94. Centeno C, Hernansanz S, Flóres L, Sanz, A, López-Lara F (2001): "Programas de Cuidados Paliativos en España, Año 2000". *Med. Pal*, 8, 2, pp. 85-99.

37. (Support) Jama (1995): "A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalised patients. The study to understand prognosis and preferences for outcomes and risk of treatments", *The Support Principal Investigators*, 274, pp. 159-198.

PREFERENCIAS DEL ENFERMO SOBRE EL LUGAR DE LA MUERTE.

El enfermo debe ser cuidado en el nivel asistencial que más le proporcione los mejores cuidados bio-psico-sociales. No hay un lugar mejor que otro para morir, si bien la cercanía a un hospital o a una UCP puede ser importante. Es preciso mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales y sociales. Aún en las mejores condiciones, no todos los pacientes pueden ser atendidos en el domicilio pero la situación de sus familias puede mejorar con un ingreso por unos días de respiro a una UCP³⁸. Lo que sí sabemos es que la enfermedad terminal es una experiencia demasiado dura para pasarla sin la presencia de la familia o amigos, lo que puede producirse si el hospital está distante o difícil de visitar. Muchos profesionales consideran útil dialogar con los pacientes y sus cuidadores sobre cuáles son sus preferencias acerca del lugar donde quisieran que ocurra el fallecimiento y qué personas quisieran tener a su lado cuando éste vaya a ocurrir.

Todos podemos hacer algo para facilitar al enfermo su adaptación a la muerte siendo esencial procurar conocer si existe algo que le represente una amenaza a su existencia, para tratar de alejar o disminuir su intensidad, tanto si ésta se focaliza en un síntoma, en una soledad no deseada, en la pérdida de autonomía, como en la falta de sentido de la vida u otros temores a las penas del infierno³⁹. Con el equipo de cuidado se puede trabajar para: a) conseguir un buen control de sus síntomas, particularmente los más desagradables, b) mantener el control funcional hasta el final; c) ayudarle a dejar en orden sus asuntos pendientes, d) facilitarle que conozca la verdad si lo desea, d) ayudarle a que pueda despedirse, e) conseguir la compañía de sus seres queridos y f) ayudarle a vivir cada día de la mejor manera posible, sintiendo que su vida ha sido satisfactoria o adecuada, o en caso contrario, que se sienta perdonado por las acciones o pensamientos que desearía no haber cometido⁴⁰.

CONCLUSIONES

La decisión para atender a un enfermo en casa o en el hospital durante la fase terminal o en sus últimos días es un dilema difícil que no siempre se puede solucionar sólo poniendo en una balanza los pros y los contras porque depende

38. Astudillo W, Mendinueta C. (2002): "La paliación en un sistema integral de salud", en *Cuidados del Enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Editado por W. Astudillo y col. Barañain: EUNSA, 4ª ed., pp. 569-583.

39. Astudillo W, Mendinueta C. (2002): "La paliación en un sistema integral de salud", en *Cuidados del Enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Editado por W. Astudillo y col. Barañain: EUNSA, 4ª ed., pp. 569-583. Astudillo W, Mendinueta C. Bátiz J. (2002): "Los cuidados paliativos en los ancianos", en *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*, editado por Astudillo W, y col. Barañain: EUNSA, 4ª ed., pp. 437-452.

40. Bayés R. Limonero J.T. (1996): "Prioridad en el tratamiento de los síntomas que padecen los enfermos oncológicos en situación terminal". *Med Pal*, 6, 1, pp. 19-21.

de diversos factores entre ellos la voluntad del enfermo, la disponibilidad de la familia, la evolución de la enfermedad, los servicios sociales y si se cuenta con un equipo de soporte para afrontar las diversas complicaciones que se puedan presentar. Tan equivocado como asumir que todos desean fallecer en casa es asumir que todos los pacientes desean ir al hospital y ser transferidos a una unidad de cuidados paliativos o a un hospice donde el cuidado pueda ser mejor. Lo que nos tiene que importar es que cualquiera que sea el lugar donde la muerte acontezca, nuestro deber como sanitarios es estar preparados para ayudar a que sea apacible, sin sufrimiento y que el enfermo se encuentre en compañía de sus seres queridos. Nuestro éxito no puede medirse por evitar la muerte sino por integrarla a la vida normal y hacerla más pacífica y rodeada de cuidados y apoyos.

BIBLIOGRAFIA

- ADDINGTON HALL, J., et al. (1991): "Dying from cancer: The views of bereaved family and friends about the experiences of the terminally ill patients". *Pal. Medicine*, 5, pp. 207-214.
- ARRIETA, C. (1999): "Necesidades físicas y organizativas de la familia", en ASTUDILLO, W., ARRIETA, C., MENDINUETA, C., y VEGA DE SEOANE, A. I. (ed.): *La familia en la terminalidad. Curso de cuidados paliativos* (7°. 1999. San Sebastián). San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.59-74.
- ASTUDILLO, W. y MENDINUETA, C. (2001): "Importancia del apoyo psicosocial en la terminalidad", en ASTUDILLO, W., CLAVÉ, E. Y URDANETA, E. (ed.): *Necesidades psicosociales en la terminalidad*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.19-41.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA C. (2002): "Necesidades de los pacientes en fase terminal", en ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C. Y ASTUDILLO, E. (ed.): *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Barañain: EUNSA, 4ª ed., pp.83-92.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C. y BÁTIZ J. (2002): "Los cuidados paliativos en los ancianos", en ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C. Y ASTUDILLO, E. (ed.): *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Barañain: EUNSA, 4ª ed., pp. 437-452.
- ASTUDILLO, W. y MENDINUETA C. (2002): "La paliación en un sistema integral de salud", en ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C. Y ASTUDILLO, E. (ed.): *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Barañain: EUNSA, 4ª ed., pp.569-583.
- ASTUDILLO, W., MENDINUETA, C. y ORBEGOZO, A. (2002): "Presente y futuro de los Cuidados Paliativos", en ASTUDILLO, W., MORALES, A., CLAVÉ, E., CABARCOS, A. Y URDANETA, E. (ed.): *Avances recientes en Cuidados Paliativos*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp.15-46.
- ASTUDILLO, W. y MENDINUETA, C. (2003): *Cómo ayudar a un enfermo terminal*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos. 4ª ed.

- (2003): “Necesidades de los cuidadores del paciente crónico”, en *Guía de Recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa*. San Sebastián: Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 235-245.
- BAYÉS, R. y LIMONERO, J. T. (1996): “Prioridad en el tratamiento de los síntomas que padecen los enfermos oncológicos en situación terminal”, *Med Pal*, 6, 1, pp. 19-21.
- BENITEZ DEL ROSARIO, M. A. (2000): “Aspectos prácticos del programa de atención domiciliaria”, en BENITEZ DEL ROSARIO, M. A. y SALINAS MARTÍN, A. (ed.): *Cuidados paliativos y atención primaria*. Barcelona: Springer Verlag Ibérica, pp. 157-166.
- CENTENO, C. et al. (2000): “The reality of palliative care in Spain”, *Palliative Medicine*, 7, p. 94.
- CENTENO, C. HERNANSANZ, S., FLÓRES, L., SANZ, A. y LÓPEZ-LARA, F. (2001): “Programas de Cuidados Paliativos en España, Año 2000”, *Med. Pal*, 8(2), pp. 85-99.
- CHAE, Y. et al. (2005): “Factors influencing preferences for place of terminal care and death among cancer patients and their families in Korea”, *Support Care cancer*, 13, pp. 565-572.
- CLAYTON, J. M. (2005): “Discussing end of life issues with terminally ill cancer patients and their carers. A quantitative study”. *Support Care Cancer*, 13, pp. 589-599.
- CONSTANTINI, M. et al. (1993): “Palliative care and place of death among cancer patients: a population-based study”, *Pall. Med*, 7, pp. 323-331.
- CUETO-FELGUEROSO, J., GARCÍA, G. G., ARCE, C. y GONZÁLEZ, A. (1995): “Papel de la hospitalización a domicilio en el control del dolor por cáncer avanzado”, *Medicina Paliativa*, 2 (2), pp. 27-33.
- DE CONNO, F., CARACENI, A., GROFF, L., et al. (1996): “Effect of home care in the place of death of advanced cancer patients”, *Eur J. Cancer*, 32 (7), pp. 1142-1147.
- DOYLE, D. (1987): *Domiciliary terminal Care*. Edimburgh: Churchill Livingstone.
- (2005): “Palliative Medicine in the home: an overview”, en DOYLE, D. et al.: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, vol. 3, pp. 1097-1114.
- FERNÁNDEZ, R. y PÉREZ SUÁREZ, M. C. et al. (1998): “Lugar de preferencia para morir ante una hipotética enfermedad incurable. Razones influyentes”, *Med Pal*, 5 (1), pp. 35-43.
- FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, M. J., ROCES J., VALDEZ, C. y VALLINA, P. (2003): “Equipo de soporte de Atención domiciliaria. Resumen de la actividad realizada en los dieciséis primeros meses de funcionamiento del ESAD, Área sanitaria V.Gijón.”, *Med Pal*, 10 (2), pp. 72-77.

- GLARE, P. y CHRISTAKIS, N. (2005): "Predicting survival in patients with advanced disease", en DOYLE, D. et al.: *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press, pp. 29-43.
- GÓMEZ BATISTE, X., BATISTE, A. E., ROCA, J., GRENZNER, F., TERRICABRAS, F. y PLADEVALL, C. (2002): "Asistencia domiciliaria a pacientes con cáncer avanzado y terminal. La experiencia de Vic", *Med. Pal.*, 9 (2), pp. 77-81.
- HIGGINSON, I. et al. (1998): "Where do cancer patients die? Ten year trends in the place of death of cancer patients in England", *Palliative medicine*, 12 (5), pp. 353-365.
- IZQUIERDO-PORRERA, A. M. et al. (2001): "Predicting place of death of elderly cancer patients followed up by a palliative care unit", *J. of Pain and Symptom Manage*, 6, pp. 481-490.
- MARTÍNEZ, A. M. y CASERO, A. (2000): "Las 24 últimas horas de vida del paciente oncológico tratado por una unidad de Cuidados Paliativos domiciliaria. Un estudio piloto", *Med Pal.*, 7 (4), pp. 124-128.
- MC WHINNEY, I. R., BASS, M. J. y ORR, V. (1995): "Factor associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team", *Can Med Assoc. J.*, 152 (3), pp. 361-367.
- MOLINA, J. M., ROMERO, C. J., ROMERO, Y., RODRÍGUEZ, R. M. y GÁLVEZ R. (2005): "Pacientes mayores oncológicos incluidos en un programa de cuidados paliativos", *Medicina Clínica*, 12 (2), pp. 88-91.
- MOR, V., HIRIS, J. (1983): "Determinants of site of death among hospice cancer patients", *J. Health Soc. Behav.*, 24 (4), pp. 375-384.
- MORITAM, T., TSUNODA, J., INOUE, S. y CHIHARA, S. (1999): "Validity of the Palliative Performance Scale from a survival perspective", *Journal of Pain and Symptom Management*, 18, pp. 2-3.
- RUBIALES, A. S., AVELLANA, J. A., BARRERO, C., MAREQUE M. y GÓMEZ M. PÉREZ A. (1999): "Control de síntomas en pacientes neoplásicos terminales atendidos por una unidad geriátrica de ayuda a domicilio", *Med Pal*, 6 (3), pp. 99-103.
- PORTA, M., BUDQUET, X., y JARIOD, M. (1997): "Attitudes and views of physicians and nurses towards cancer patients dying at home", *Pal Medicine*, 11, pp. 116-126.
- SCHERMA, G. (2000): "How to get organized as a caregiver", *Loss, grief & Care*, 8 (3-4), pp. 127-134.
- (SUPPORT) JAMA (1995): "A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalised patients. The study to understand prognosis and preferences for outcomes and risk of treatments", *The Support Principal Investigators*, 274, pp. 159-198.
- TENO, J. (2002): "Palliative care teams: self reflection. Past, present and future", *J. Pain Symptom manage*, 23 (2), pp. 94-95.
- WILLIAMS, C. D. (1973): "Health services at home", *Pediatrics*, 52, p. 773.