

Envejecimiento, tiempo libre y gestión del ocio

Joaquín Giró Miranda (coord.)



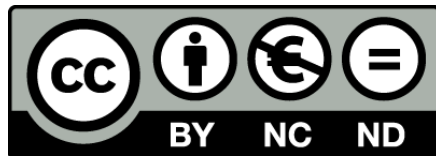
**ENVEJECIMIENTO, TIEMPO LIBRE
Y GESTIÓN DEL OCIO**

BIBLIOTECA DE INVESTIGACIÓN
n° 55

Joaquín Giró Miranda
(Coordinador)

ENVEJECIMIENTO, TIEMPO LIBRE
Y GESTIÓN DEL OCIO

Universidad de La Rioja
Servicio de Publicaciones
2023



Envejecimiento, tiempo libre y gestión del ocio

de Joaquín Giró Miranda (coordinador) (publicado por la Universidad de La Rioja) se encuentra bajo una
Licencia

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported.

Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

© El autor

© Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones, 2023

publicaciones.unirioja.es

E-mail: publicaciones@unirioja.es

ISBN: 978-84-09-52159-3

ÍNDICE

LOS AUTORES	7
PRESENTACIÓN	9
Joaquín Giró Miranda <i>Universidad de La Rioja</i>	
SÍ ES PAÍS PARA VIEJOS	17
Joaquín Giró Miranda <i>Universidad de La Rioja</i>	
JUBILACIÓN Y ALTERNATIVAS PARA UN OCIO CREATIVO.....	43
Gerardo Hernández Rodríguez <i>Universidad de La Coruña</i>	
PSICOLOGÍA POSITIVA, ENVEJECIMIENTO Y TIEMPO DE OCIO	65
Victoria Hernando Ibeas <i>“Centro de Psicología Positiva para el desarrollo y crecimiento personal”</i>	
OCIO Y MUJERES CUIDADORAS.....	85
José Javier Miguel de la Huerta <i>Suspergintza Elkartea. Fundación EDE Bilbao</i> y Lourdes Bermejo García <i>Sociedad Española de Gerontología</i>	

ELEMENTOS PARA EL DISEÑO DE PROGRAMAS INTERGENERACIONALES DE TIEMPO LIBRE EN CLAVE PARTICIPATIVA	105
Carmen Sabater y Esther Raya Díez	
<i>Universidad de La Rioja</i>	
OCIO DE LAS PERSONAS MAYORES: UN PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE SUS HABILIDADES COGNITIVAS, EMOCIONALES Y SOCIALES.....	135
Juan Antonio Bernad Mainar	
<i>Universidad de Zaragoza</i>	
PARTICIPACIÓN Y OCIO DE LAS PERSONAS MAYORES EN LAS RESIDENCIAS	159
Sagrario Anaut Bravo	
<i>Universidad Pública de Navarra</i>	
MÚSICA, OCIO Y ENVEJECIMIENTO (O LA AVENTURA DE LA MÚSICA EN EL PAÍS DE ÚLISES)	181
Arantza Lorenzo de Reizábal	
<i>Universidad de La Rioja</i>	
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE VIDA	197
Francisco Astiazarán Echevarría	
<i>Hospital San Millán de Logroño</i>	
MEDIACIÓN TRANSFORMATIVA Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: APRECIANDO LA CONVIVENCIA EN LOS CENTROS DE MAYORES	219
Inmaculada Armadans Tremolosa	
<i>Universidad de Barcelona</i>	
LAS PERSONAS DE EDAD FRENTE A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA PUBLICIDAD	241
Cristina Olarte Pascual	
<i>Universidad de La Rioja</i>	

LOS AUTORES

Dr. JOAQUÍN GIRÓ MIRANDA

Licenciado en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid

Doctor por la Universidad de La Rioja

Profesor Titular de Sociología de la Universidad de La Rioja. Miembro de la SEGG

Dr. GERARDO HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Doctor en Ciencias Políticas y Sociología por la Universidad Complutense de Madrid

Profesor Titular de Sociología de la Universidad de La Coruña

Dña. VICTORIA HERNANDO IBEAS

Licenciada en Psicología. Master en Gerontología

Directora del “Centro de Psicología Positiva para el desarrollo y crecimiento personal”, Burgos

Dr. JOSÉ JAVIER MIGUEL DE LA HUERTA

Doctor en Psicopedagogía por la Universidad de Deusto

Responsable de los Servicios Gerontológicos de Suspergintza Elkartea. Fundación EDE Bilbao

Dra. LOURDES BERMEJO GARCÍA

Doctora en Ciencias de la Educación por la UNED

Miembro de la SEGG

Dña. CARMEN SABATER

Licenciada en Sociología por la Universidad de Deusto

Profesora Asociada de Sociología en la Universidad de La Rioja

Dra. ESTHER RAYA DÍEZ

Doctora en Sociología y Diplomada en Trabajo Social
Profesora Titular de Trabajo Social y Servicios Sociales en la Universidad de La Rioja

Dr. JUAN ANTONIO BERNAD MAINAR

Doctor en Psicología por la Universidad de Valencia
Profesor Titular de Psicología del Aprendizaje en la Universidad de Zaragoza

Dra. SAGRARIO ANAUT BRAVO

Contratado Doctor en el Dpto. de Trabajo Social de la Universidad Pública de Navarra
Miembro del Equipo de Investigación ALTER, dirigido por Dr. Miguel Laparra, del Dpto. Trabajo Social y Servicios Sociales de la UPNA

Dra. M^a ARÁNZAZU LORENZO DE REIZÁBAL

Doctora en Musicología
Profesora Asociada de Didáctica de la Expresión Musical en la Universidad de La Rioja

D. FRANCISCO ASTIAZARÁN ECHEVARRÍA

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Zaragoza
MIR de Medicina Interna del Hospital San Millán de Logroño. Médico Especialista en Neurología. Médico Especialista en Neurofisiología Clínica

Dra. INMACULADA ARMADANS TREMOLOSA

Doctora en Psicología
Profesora del Departamento de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona

Dra. M^a CRISTINA OLARTE PASCUAL

Doctora en Ciencias Económicas y Empresariales por la Universidad Complutense de Madrid
Profesora Titular en el Departamento de Economía y Empresa de la Universidad de La Rioja

PRESENTACIÓN

Los diferentes trabajos que se presentan en este libro tratan de ofrecer una visión interprofesional sobre el envejecimiento, la importancia de una adecuada gestión del tiempo libre y de ocio y su relación con el bienestar emocional y físico, así como promover la utilización de estrategias y alternativas para favorecer un empleo óptimo del tiempo de ocio entre los mayores.

Sabemos por el informe de Eurostat que los mayores de sesenta y cinco años disfrutan de más tiempo libre que el conjunto de la población. También se constata que en general los hombres mayores tienen más tiempo libre que las mujeres (en España dos horas más); además, que las actividades de carácter sedentario predominan entre la población mayor.

También sabemos que tanto el concepto de ocio como el del tiempo libre, al estar relacionado con múltiples parcelas de la vida cotidiana como la educación, la familia, la vida laboral y más globalmente la calidad de vida, ha sido objeto de muchas definiciones y perspectivas de análisis, pero siempre vinculadas a un determinado contexto social.

El fenómeno del ocio y del tiempo libre ha ido adquiriendo importancia a medida que se han ido sucediendo diversas transformaciones sociales y culturales del trabajo. En los países desarrollados donde la protección social abarca diferentes sistemas de pensiones, se entiende que la “jubilación” es la divisoria entre el ciclo vital ocupado por las obligaciones y el determinado por el tiempo libre sin obligaciones laborales.

Para muchos, la jubilación viene marcada por desajustes que obligan a una reorganización del tiempo vital. En este sentido, con la lectura de las páginas de este libro nos planteamos educar para el ocio y al mismo tiempo señalar cómo mejorar las políticas públicas de centros e instituciones destinados a cubrir el tiempo libre de las personas mayores. Por todo ello, el objetivo principal de este

libro es comprender el fenómeno del envejecimiento asociado al tiempo libre y la gestión del ocio.

Partimos de que la generación del *baby boom* se hace mayor y vieja, pero no tienen nada que ver con los viejos de hace unas pocas décadas. Llevan diferentes tipos de vida y son un grupo heterogéneo cuyo denominador común es sólo su edad y la disposición de tiempo libre. Sin lugar a dudas, los viejos de ahora se parecen cada vez menos a los de antes, porque han tenido un nivel de vida superior y tienen otra cultura, demandan más derechos, cuidan su salud y buscan una calidad de vida mejor, adoptando un estilo de vida saludable mediante una alimentación sana, que en este país se correspondería con la dieta mediterránea, el ejercicio físico y la actividad social e intelectual. (Giró)

El concepto de vejez cambia (envejecer es, en cierto sentido, algo subjetivo y está condicionado por factores socioculturales), y el mercado, las empresas y los medios de comunicación también han cambiado para atender las nuevas demandas (los viejos consumen en función de la edad que sienten, no de la que tienen). No hay más que observar la publicidad, para ver que los mensajes han sufrido una gran transformación; el nuevo mensaje publicitario se lanza en positivo mostrando a los viejos con una vida abierta, rica, apasionada y apasionante.

El comportamiento de las personas mayores frente a los medios, determina la percepción e imagen que ellos tienen de la realidad que les rodea y condiciona sus procesos de decisión (Olarte). Por ello, hoy asistimos a nuevas preocupaciones de los viejos sobre cómo gestionar su tiempo libre, cuidar su salud y hasta mejorar su formación y las relaciones sociales e intergeneracionales.

Preocupaciones, que no ocupaciones, que paradójicamente nacen con la desocupación laboral, con la denominada jubilación de las personas activas. Y es que con la jubilación, la sociedad pierde el concurso valioso de muchas personas capacitadas y aptas para el desempeño de su actividad profesional, básicamente en los campos de la docencia, la investigación y la creatividad.

Al mismo tiempo, estas personas realizan una labor silenciosa que, frecuentemente, es poco o nada reconocida socialmente, como es la dedicación de su tiempo al cuidado y atención de otras personas. En la mayoría de las ocasiones, los destinatarios de esta ayuda son miembros de las propias familias. En otras ocasiones se trata de amistades, vecinos, etc. La realidad social nos muestra que casi la mitad de las personas con edades iguales o superiores a los sesenta y cinco años realizan esta tarea (Hernández). Una realidad social que con su inmediatez, se impone en el decurso de las cosas y las personas. Además, el tiempo de lo instantáneo genera formas de vida que se contraponen al tiempo de los mayores. Se crean nuevos binomios que distancian a las generaciones. El tiempo pausado, hogareño, cíclico de los mayores frente a lo precario, lo fragmentado, lo instantáneo de los jóvenes. Dos formas de vidas cronológicas y cronométricas

que distancian y diluyen las relaciones y los encuentros interpersonales entre las generaciones.

Y es que los cambios sociales, marcados por la globalización, han creado una brecha generacional. Tenemos dos grupos aislados con un gran nivel de incomunicación. Una generación de la posguerra española que vivió gran parte de su vida en el franquismo, con valores vitales basados en el trabajo productivo del sector primario y secundario, la moral católica, y la familia tradicional extensa. Y una generación que crece con las nuevas tecnologías, la globalización, la pérdida de valores, la secularización que concede una importancia vital al tiempo libre y con pautas y normas inestables y tambaleantes.

Pese a ello, los mayores buscan una interrelación y una interacción con personas de otros grupos de edad con los que enriquecer su tiempo de ocio, sus conocimientos, a fin de seguir sintiéndose miembros de una sociedad plural, y no verse excluidos, marginados, o encasillados en el grupo de “los viejos”.

Precisamente ha sido la visibilización de la dependencia (principalmente la de los viejos), lo que ha obligado a las familias a realizar ajustes y adaptaciones a las nuevas situaciones de convivencia, suponiendo en muchos casos una sobrecarga de las personas cuidadores y, en otros casos, riesgos de desatención, dados los cambios en los modelos familiares, en las relaciones sociales, junto con los cambios en las condiciones y esperanza de vida de las personas mayores. Todo lo cual no sólo justifica la necesidad y la utilidad de los programas intergeneracionales, sino que los impone como fuente de integración y cohesión social. (Sabater y Raya)

Y si hablamos de sobrecarga laboral entre los cuidadores informales de las personas dependientes, no podemos sino constatar que, en este país, las mujeres tienen atribuido un rol social, caracterizado por ser el eslabón que articula los servicios y prestaciones de la política social y la atención de las necesidades de cada persona que compone la unidad familiar.

La definición que otorgamos al cuidado informal es, en su nivel más general, el que se presta por parientes, amigos o vecinos a una persona dependiente. Este conjunto difuso de red social de cuidadores informales suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación, y por realizar el cuidado, no de manera ocasional, sino mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. Todo lo cual, redundando en la ausencia de tiempo libre y de actividades de ocio entre las cuidadoras informales.

Por esto, es necesario buscar estrategias clave para el afrontamiento de una situación que puede tornarse estresante e insostenible, mediante fórmulas que permitan a las cuidadoras informales beneficiarse del apoyo social con el que mejorar su tiempo de dedicación ociosa, ya que el ocio actúa como elemento protector.

Se ha comprobado que uno de los recursos más efectivos para aliviar el estrés reside en el apoyo social y en la valoración subjetiva que hacemos de su disponibilidad, accesibilidad y competencia, para apoyarnos en otras personas cercanas en caso de necesitarlo. El ocio es esencialmente relación, y mediante la práctica de actividades de ocio ampliamos nuestra red de apoyo social, conocemos gente, creamos lazos de amistad en los que confiamos y a los que confiar las “penas”. Se trata de un potente recurso para aliviar emocionalmente el estrés crónico que produce el cuidado de un familiar dependiente. (Miguel y Bermejo)

Son por tanto las relaciones sociales, las relaciones intergeneracionales, algunas de las modalidades para envejecer positivamente, felizmente. Hoy sabemos que la felicidad en la vejez depende más de una actitud positiva que de la salud que se tenga. El optimismo y la actitud de “hacer frente” a las cosas son más importantes para conseguir un envejecimiento exitoso, que las mediciones tradicionales de salud y bienestar. El estado físico no es sinónimo de un envejecimiento óptimo, por el contrario, una buena actitud es casi una garantía de un buen envejecimiento; y el tiempo libre y la óptima elección para nuestro tiempo de ocio es, ante todo, una cuestión de actitud, y esto se comprueba a cualquier edad. Obviamente, en la etapa de la vejez se convierte, si cabe, en una cuestión más importante. Hablamos, por tanto, de calidad de vida y de envejecimiento saludable. (Hernando)

Las relaciones sociales mejoran con la formación, la educación y la cultura. Hoy día, los viejos tienen más recursos, precisamente por el aumento de su nivel educativo y cultural, y las actividades mentales de los viejos son una ocasión privilegiada para profundizar en el conocimiento de sí mismos, situándose lúcida-mente en el contexto social y cultural del mundo en que viven, e implicándose en actividades que les sirven para reconocerse sujetos útiles. Al mismo tiempo disfrutan del ejercicio de sus capacidades y habilidades, enmarcadas en experiencias de ocio creativo, voluntario y relajado.

Los principales tipos de actividad que suelen vincularse con un envejecimiento de éxito son el ejercicio físico, las actividades productivas y el ocio creativo. La intención de algunos programas que siguen este objetivo, es ofrecer metas de desarrollo en la comprensión y valoración positiva de la propia historia personal, dejando en segundo plano consideraciones de carácter paliativo o “remedial” de la situación y, promoviendo el dominio de estrategias apropiadas con las que afrontar las normales disminuciones o pérdidas derivadas de la edad. (Bernad)

El envejecimiento de éxito y su programa de actividades es un objetivo fácilmente asumible por los viejos que gozan de cierta autonomía, pero no ocurre eso mismo entre quienes sufren de alguna dependencia, o bien entre quienes la autonomía residencial viene enmarcada en un recinto con sus propias normas

de funcionamiento, pese a que en los últimos años se han producido cambios significativos en los servicios y recursos humanos y materiales que prestan las residencias de personas mayores.

Han sido cambios al hilo de la potenciación de las políticas de calidad aplicadas a los servicios sociales, de la presión social, y de la competencia entre los propios centros al convertirse en un sector de interés para los inversores. La creciente legislación en esta materia de las diferentes administraciones públicas ha acompañado en este nuevo panorama que presentan las residencias para personas mayores.

En la práctica se están desarrollando una serie programas enfocados a la participación de las personas mayores desde dos ámbitos: el de la participación en las actividades de terapia ocupacional y animación sociocultural, y el de la participación por medio de un Consejo o Comisión de Participación. (Anaut)

No obstante, el fenómeno del envejecimiento en una residencia, supone cambios en el decurso de la vida de las personas mayores, y los conflictos son inevitables en las relaciones de convivencia. También, no hay que desestimar los cambios acontecidos en el seno de diversas instituciones, los cuales pueden poner en peligro las relaciones de convivencia. Por todo ello, se requieren nuevas estrategias y recursos para hacer frente a la vida cotidiana en las residencias, a través de la prevención, resolución y contención de los conflictos. Por el mero hecho de envejecer pueden aparecer situaciones de dependencia, de soledad, de aislamiento social, de falta de entendimiento con los demás. Estas situaciones requieren una transformación social y personal en el entorno de las personas mayores con el objeto de dotar de calidad los años vividos de más.

La mediación en el ámbito de las personas mayores, que ha demostrado ser una estrategia útil en la prevención y en la resolución de conflictos, debe responder a un cambio de paradigma donde la sociedad asuma la necesidad de resolver los conflictos a través de vías pacíficas, tratando de evitar la judicialización de la vida cotidiana. Los programas de mediación permiten tratar los problemas de comunicación, de falta de entendimiento, de percepción de la realidad social de los centros y de la comunidad, para llegar a la transformación de las relaciones de convivencia. (Armadans)

En ese viaje vital que es la vejez y el envejecimiento, no debemos olvidar un aspecto que, en muchas ocasiones, se presenta fuertemente interrelacionado con el ocio: la creatividad. Todas las personas mayores son capaces de encontrar soluciones más o menos ingeniosas, originales, diferentes o inesperadas a los retos que plantea la vida en su cotidianidad. La resolución de problemas, la variedad en la manera de enfrentarse a cualquier actividad o trabajo, la búsqueda de nuevos retos, de nuevas amistades, la adaptación a nuevas situaciones, o la

expresión de uno mismo como ser, son actividades que las personas mayores han de realizar con asiduidad durante su proceso de envejecimiento y que forman parte del ámbito de la creatividad.

Cuando se aúnan creatividad y ocio, las oportunidades de crecimiento personal y vivencia saludable crecen exponencialmente. Esto es debido a que el ambiente se transforma en un ámbito de auténtica libertad para hacer y expresar, y esa libertad es aprovechada para enfocar gustos, habilidades y capacidades. Todo ello incrementa la motivación intrínseca y acaba dotando de sentido a la actividad que se está realizando. A medida que el proceso va avanzando, se retroalimenta y acaba por instituir un sentimiento de autoestima tan arraigado, que el resultado es una experiencia óptima de ocio en la que el individuo se siente autorrealizado. La música es, entonces, una manifestación vital del ser humano, y se nos presenta como “una metáfora de vida”, de su temporalidad, de su creatividad, de su mismidad, de su trascendencia, de sus sentimientos y valores. (Lorenzo)

Quienes no recurren a estrategias creativas son aquellos que viven en la “polifarmacia”. Son los consumidores abusivos de fármacos como medio de sublimación de cuanto venimos denominando envejecimiento de éxito, envejecimiento en positivo, pese a que medicamentos y hábitos de vida no son antagónicos, sino elementos complementarios para la salud. No obstante, en las sociedades desarrolladas, el equilibrio necesario se desajusta por el lado del consumo desaforado de medicamentos; por su alcance económico, y por enmarcarse en un acto médico, que no lo es sino son dispensados por un facultativo. Además, su utilización exige poco esfuerzo, frente a una infrutilización de recursos basados en los hábitos de vida saludables que requieren del esfuerzo individual, y que en nuestro país se enfrentan además a la costumbre de celebrarlo todo con pan y vino.

Los efectos adversos derivados de una mala utilización de los fármacos y la utilidad incuestionable de la modificación de los hábitos de vida en enfermedades tan prevalentes como las enfermedades llamadas cerebrovasculares y que afectan fundamentalmente al cerebro y al corazón, es la importante contribución de la Iatrogenia. En términos generales, Iatrogenia se refiere a cualquier reacción adversa dependiente de la aplicación de un tratamiento, farmacológico o de otro tipo. Entre las reacciones adversas determinadas por fármacos, existen reacciones que dependen de la propia naturaleza del individuo, poco frecuentes e imprevisibles y que no podemos controlar, como pueden ser las reacciones alérgicas; sin embargo, hay otras previsibles que dependen de una mala utilización de los medicamentos y es a lo que nos referimos, cuando hablamos de enfermedades iatrógenas. (Astiazarán)

El conjunto de propuestas que se exhiben en este libro sobre envejecimiento, tiempo libre y gestión del ocio, son propuestas que persiguen incorporar a las personas mayores a otra dinámica social; una dinámica en la que los viejos sean cada vez más protagonistas de un envejecimiento de éxito, y en el que la sociedad saque provecho de su incorporación activa y positiva.

Joaquín Giró Miranda
Universidad de La Rioja

SÍ ES PAÍS PARA VIEJOS

Joaquín Giró Miranda
Universidad de La Rioja

Parfraseando el título de la excelente novela de Cormac McCarthy (*No Country for Old Men*, 2005), conocida más por su versión cinematográfica, gracias a los Oscar recibidos, especialmente el de la interpretación del actor Javier Bardem, buscamos reafirmar la condición de viejo, valorándolo socialmente a través del conocimiento de los estilos de vida, en especial cuanto hace referencia a la experiencia cotidiana. Pensamos que sí es país de viejos y, por tanto, buscamos favorecer la sociabilidad entre generaciones, cuestión que se puede conseguir mediante el debate y el conocimiento.

Y es que conocer la realidad del envejecimiento y de los viejos, sus necesidades y sus preocupaciones, permite valorar la situación actual y atender con mayor precisión sus demandas. Pero, antes de hablar sobre las condiciones y los estilos de vida de los viejos, y, aun a riesgo de volver sobre escenarios conocidos, creo que es necesario tratar antes sobre el envejecimiento desde el punto de vista demográfico y poblacional para entender de ese modo la necesidad de acometer estudios e investigaciones sobre un colectivo (los mayores de sesenta y cinco años), que si a principios del siglo pasado suponían un 5% de la población total, hoy (2006) representan el 16,7% de nuestra población, tres décimas menos de lo registrado en el Informe del Imsero de 2004, pero que en las próximas décadas irá en aumento. Este leve rejuvenecimiento de la sociedad apuntado, se debe a la llegada de población inmigrante joven y al repunte de la tasa de natalidad en los últimos años, gracias en buena parte a esa misma población inmigrante.

Sin embargo, esta leve desaceleración del crecimiento y posible mantenimiento en sus actuales porcentajes de la población mayor de sesenta y cinco

años, se sostendrá durante un corto periodo de tiempo, pues no olvidemos que actualmente se alimenta de las disminuidas generaciones de la guerra y posguerra civil. Según concluye el Informe 2006 realizado por el Imsero sobre las personas mayores, la población española envejecerá en los próximos años de forma desorbitada, cuando la generación de los años sesenta conocida como del *baby boom*, llegue a la edad de jubilación. Es decir, será a partir del 2025 cuando empiece a jubilarse esta generación del *baby boom* y cuando los porcentajes de población envejecida superen los de la media europea.

En relación a la población activa, es decir, población jubilada respecto a población que trabaja o en edad de trabajar, España tiene veinticinco personas mayores de sesenta y cinco años por cada cien en edad de trabajar, unas cifras que se muestran acordes con la media comunitaria. En los últimos años la entrada de extranjeros ha engrosado la población activa y retrasado los desequilibrios en el sistema de pensiones, que de momento registra superávit. Aunque se ha mitigado la intensidad de estos flujos proseguirán en el tiempo, lo cual no impide aventurar que en el futuro, pese a la incorporación de nuevos contingentes migratorios, se supere esa relación de un jubilado por cada cuatro trabajadores en activo.

Se estima que para el 2050 esa proporción crecerá a sesenta y seis por cada cien (es decir, un jubilado por cada uno a dos trabajadores en activo), muy por encima del promedio comunitario, lo cual obligará a modificar con anticipación el modelo de jubilación y prestaciones sociales si se quiere sostener el Estado del Bienestar. Pero esta es una argumentación que no siempre viene estimulada por ese fin, sino por intereses corporativos y financieros que promueven de manera cíclica este tipo de debates y en el que nosotros ya hemos entrado en otra ocasión (Giró, 2007).

En la actualidad, en España viven más de 7,4 millones de personas mayores (las mujeres representan un 58% del total), una cifra muy similar a la que existe en otros países de nuestro entorno europeo, y los octogenarios¹ son los que más han crecido en los últimos quince años (son ya cerca de dos millones), al incrementarse en un 66% mientras la población general lo hizo en un 13%.

Si bien la mayoría de los mayores de sesenta y cinco años vive en entornos urbanos (el 71,7% reside en municipios urbanos, el 17,3% en ciudades intermedias y sólo un 11% en áreas rurales), en proporción, los pueblos y núcleos rurales están más envejecidos. En este momento, las comunidades autónomas con más mayores son Castilla y León, Asturias, Galicia y Aragón que cuentan con más

1. Tanto en España como en el resto de los países desarrollados el segmento de edad de más de 65 años es el que más crece, y especialmente el de los octogenarios. En 2020 se prevé que el 5,5% de la población occidental tendrá más de 85 años.

de un 20% de población mayor de sesenta y cinco años, mientras que Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla son las comunidades menos envejecidas.

La esperanza de vida y las desigualdades de género

Otro lugar común, otro escenario conocido como una de las causas del envejecimiento de la población, es el hecho biológico innegable del aumento de la esperanza de vida. Sobre todo ha aumentado notablemente en las sociedades desarrolladas, y en las últimas décadas. En estos momentos está en torno a los ochenta años con ligeras variaciones según el sexo (más alta en las mujeres) y los países que analicemos. Esa esperanza es la que tienen los que nacen en estos años, pero no es de aplicación a generaciones anteriores porque es una proyección que tiene su plasmación concreta en el futuro. Por eso, se estima que en él 2050 los mayores de ochenta años serán unos seis millones. Y si hoy existe en España algo menos de 7.000 centenarios, a mitad de siglo pueden ser unos 55.000 los que superen el centenar de años.

La esperanza de vida de los españoles que llegan ahora a los sesenta y cinco años es de aproximadamente quince años más para los hombres, y veinte más para las mujeres. Y en cuanto a los españoles que nacen estos años tienen hasta un 90% de posibilidades de llegar a los ochenta años, incluso se prevé que uno de cada dos bebés que nazcan ahora llegará a ser centenario. Esta es una tendencia que va a más, pues las hipótesis demográficas del Instituto Nacional de Estadística (INE) indican que la esperanza de vida no dejará de aumentar en los próximos años, hasta alcanzar en 2030 una esperanza media de vida aproximada de 83,9 años.

Sabemos que no todos tienen la posibilidad de llegar a viejos, pero en España llegan, y de largo, pues si atendemos a la esperanza de vida por países, la de los españoles es una de las mayores de Europa y del mundo, ya que alcanza los 80,23 años, y sigue creciendo. Hace más de un siglo, en 1901, nuestra longevidad media era de 34,76 años; aunque si hemos de ser precisos, esta longevidad se debe principalmente a las mujeres españolas. Ellas tienen una esperanza media de vida de 83,48 años al nacer, y ellos, a pesar de mejorar, sólo alcanzan los 76,96 años.

Las españolas, además, según el Eurostat, gozan de una posición privilegiada dentro de la UE. Sólo las francesas van por delante con una esperanza media de vida de 83,82 años. Tanto españolas como francesas, no sólo comparten el primer puesto de la Unión Europea, sino que se encuentran en la cima de los países occidentales. Sólo son superadas por las japonesas, ya que el Japón es el referente mundial tanto para mujeres como para hombres. Suecia, Finlandia e Italia son otros de los países europeos en los que la mujer ha logrado alargar la vida.

En el otro extremo, las rumanas, con una esperanza de 75,7 años, ocupan el último peldaño en este club de afortunadas.

Si atendemos a los hombres, indiscutiblemente estos han ganado vida, pero menos. Observando lo que ocurre en los países de la Unión Europea salta la sorpresa, pues los varones no siguen el mismo orden que las mujeres; la vanguardia la ocupan los suecos, seguidos de irlandeses, malteses, holandeses e italianos. Y ya en el sexto lugar, los españoles con una media de 76,98 años de vida. Detrás, pero casi a la par, los franceses con 76,74 años.

¿Por qué las diferencias entre hombres y mujeres? ¿Cómo dar respuesta al hecho de que en el centro y el norte del país, la esperanza de vida sea más alta que en el sur? ¿A qué se deben las diferencias entre países? Y, ¿por qué, pese a que todos los países de la Unión Europea avanzan en longevidad, no existe convergencia, ni tampoco hay paralelismo en cuestión de género?

Preguntas que han dado lugar a numerosos debates en la confianza de ofrecer una respuesta de uso universal. Pero quizás las preguntas no están bien planteadas o quizás se buscan respuestas desde planteamientos esencialistas y poco interesados en la diversidad. Desde la gerontología social, y también desde otras disciplinas, se han ofrecido una multiplicidad de respuestas, desde cuestiones como la dieta, hasta los niveles de renta, los diferentes sistemas de salud, los factores ambientales y del entorno. Últimamente, también se ha comenzado a considerar la importancia de los flujos migratorios de jóvenes hacia el centro y el norte, y los flujos de viejos y jubilados hacia el levante y las líneas de costa.

Desde luego, la potabilización del agua, una mayor higiene y algunos descubrimientos médicos fueron claves en el crecimiento de las expectativas de vida; y ya los progresos recientes en biología, la ingeniería genética y el despegue científico de la gerontología son fundamentales en el aumento de la esperanza de vida media. Si vivimos más, es porque han mejorado los aspectos que tienen que ver con la prevención (como las vacunas contra la polio, la viruela o la gripe); también por los fármacos que previenen las recaídas en ciertas patologías, y, sobre todo, la dieta, evitando la malnutrición y la obesidad y paliando el déficit de vitaminas y de calcio. También está la actividad física y los factores ambientales que influyen en el envejecimiento.

Además, está la medicina anti envejecimiento que se define como un sistema integral, preventivo y curativo, y que a partir del estudio del envejecimiento natural descarta los factores perjudiciales que producen un envejecimiento prematuro, y propone un sistema de vida aplicando las técnicas correctoras a los signos estéticos y orgánicos del decaimiento corporal. Es decir, aquí cabe tanto el ejercicio, las vitaminas y una dieta cuidada, como una operación de cirugía estética. Todo tiene su importancia, porque si no se puede cambiar la actitud de la sociedad hacia los viejos, sí se puede cambiar la actitud de los viejos hacia la

vida. Y es que como se puede deducir por todas estas interpretaciones, el debate no está cerrado. Y menos que ninguno el que trata de dar respuesta a la pregunta de ¿por qué viven más las mujeres?

Desde luego, que las mujeres sean más longevas que los hombres es un fenómeno relativamente moderno, pues a principios del siglo XX no existían estas diferencias. Por entonces, la reducción de la mortalidad infantil fue decisiva para ampliar la esperanza de vida, pues las ganancias se libraron a edades tempranas, y no como en la actualidad que se libran a edades avanzadas.

La siguiente observación es que durante los años de la guerra y represión se desarrollan y aumentan las diferencias entre los sexos (mueren más hombres que mujeres). Finalmente, las diferencias empiezan a suavizarse, es decir, las ganancias de esperanza de vida son mayores en los últimos años para los hombres en comparación con las mujeres. Concretamente, la esperanza de vida ha mejorado en España 2,4 años en mujeres y 3,2 años en hombres.

Todo parece indicar que los principales factores en la mejora en la esperanza de vida de las mujeres durante el siglo XX, aparte de las tendencias que afectan también a los hombres (nutrición y salubridad), pudieran atribuirse al descenso de la fecundidad, las mejoras en la atención al parto y la dedicación de las mujeres a tareas reproductivas. Por su parte, para los hombres se aduce que primero murieron en gran número en la guerra² y represión, y luego se expusieron a los riesgos laborales y conductuales propios del desarrollismo, muriendo más por causas externas (accidentes y violencia) y cáncer, y también por enfermedades respiratorias y digestivas. En la década de los ochenta, la mortalidad en varones jóvenes se vio afectada por la irrupción del SIDA y el fenómeno de la drogodependencia, un doble impacto que se ha reducido en estos momentos.

Observemos ahora los últimos datos que facilitó el Instituto Nacional de Estadística, que señalan como la principal causa del descenso en la mortalidad en este siglo, a la llamada revolución cardiovascular, es decir, a la caída de las muertes atribuidas a las enfermedades del sistema circulatorio que representan un tercio del total. Las enfermedades cardiovasculares, con tratamientos cada vez más avanzados (cateterismos, antihipertensivos y fármacos contra el colesterol), son uno de los grupos de dolencias que experimentan un mayor avance en su

2. Cabe aquí hacer una matización prospectiva en cuanto a la mortalidad por conflictos bélicos y su evolución. En las guerras del siglo XX, la mortalidad era aproximadamente del 80% en combatientes. En la actualidad esta proporción se invierte, y como está ocurriendo ahora mismo en Irak, el 80% de las bajas son entre población civil y el 20% en combatientes. Las guerras ya no tienen el impacto por sexo en la mortalidad que tenían, y ahora su impacto es sobre todo entre los no combatientes.

terapia. Sin embargo, el otro gran motivo de los fallecimientos (los tumores) sigue en aumento. Otro gran grupo de dolencias que más ha contribuido al descenso de las muertes es el de las enfermedades del sistema respiratorio. También las causas externas de mortalidad (accidentes, suicidios) y las enfermedades endocrinas bajaron más que la media.

Estos datos del INE muestran un claro sesgo de género, pues si entre los hombres la principal causa de muerte son los tumores, entre las mujeres lo son las enfermedades del sistema circulatorio (Durán, 2006). Si se descomponen estos grandes grupos, las diferencias se acentúan. El tabaco es la primera causa de muerte en hombres (sólo los tumores de pulmón, traquea y bronquios), y es la única de las diez primeras causas de muerte que aumenta. Si se toma la lista de las diez mayores causas de muerte, aparte del tumor de pulmón, son exclusivamente masculinas las enfermedades de las vías respiratorias inferiores, y los cánceres de colon y de próstata. En cambio, serían femeninos el trastorno mental orgánico, senil y presenil; el Alzheimer, el tumor maligno de mama y la diabetes.

Según el Informe 2006 del Inmerso, el retrato demográfico de los mayores de sesenta y cinco años señalaba que al cumplir esa edad, la esperanza de vida estadística concede a cada español otros 19,3 años de vida; de ellos, algo más de doce libres de cualquier incapacidad, y el resto con limitaciones crecientes. En este sentido, los hombres dispondrían de una vejez más corta que las mujeres, pero con mejor estado de salud, si atendemos el dato estadístico (65 años + 12 años) que coincide con la esperanza de vida actual de los hombres (77 años).

Además, es cierto que si bien las mujeres viven más años que los hombres, tienen con mayor frecuencia discapacidad. Así lo muestran dos indicadores útiles, no para medir cuánto se vive, sino cómo se vive. Son indicadores sobre la esperanza de vida libre de enfermedad crónica, y la esperanza de vida en buena salud, y ambas ofrecen resultados más favorables a los hombres.

Al respecto, según la Encuesta Nacional de Salud 2006, la esperanza de vida libre de enfermedad crónica al nacer, es de 41 años para los hombres, frente a los 38 años para las mujeres. Por otra parte, la esperanza de vida en buena salud al nacimiento, es de 56,3 años para los hombres y de 53,9 años para las mujeres. En resumen, podemos decir que las mujeres, en este momento y en comparación con los hombres, tienen una mayor esperanza de vida al nacer y a los sesenta y cinco años, pero su vida sin enfermedad crónica y con una buena percepción de salud es más corta.

Una vez analizados los datos estadísticos, el planteamiento siguiente sería conocer si estas variaciones entre las expectativas de vida de hombres y mujeres son diferencias, es decir, si se deben a su mera condición biológica de ser hombres y mujeres; o si por el contrario son desigualdades, es decir, si es una cuestión de género acerca de cómo se ha organizado históricamente el trabajo reproductivo.

Para responder a este planteamiento es de sumo interés el punto de vista del catedrático de Salud Pública en la Universidad de Alicante, Carlos Álvarez Dardet³, en su referencia a la desigualdad social como explicación, no sólo de las diferencias de la esperanza de vida entre los sexos, sino del tipo de esperanza de vida logrado. Señala que hay quienes sostienen que la mayor longevidad de las mujeres se debe a razones biológicas. Éste punto de vista proviene del esencialismo biologicista que pretende legitimar las desigualdades haciéndolas pasar por diferencias naturales y físicas, y buscando la explicación en diferencias biológicas pretendidas o reales. Es como el *sexismo*, que no es otra cosa sino la conversión en esencia natural de un proceso de construcción histórica. Este esencialismo está desentrañado en la obra de Pierre Bourdieu (1998), que muestra los procesos de transformación de la *historia* en *naturaleza* que han hecho de la diferencia entre masculino y femenino una *nécessité socio-logique* naturalizada.

Se pregunta Alvarez Dardet ¿cómo explicar desde una perspectiva genética (y la genética es la diferencia principal a nivel biológico entre hombres y mujeres) que sean ahora más resistentes las mujeres que en 1900?; y la respuesta es que la razón de que la esperanza de vida varíe entre los sexos con el tiempo, se encuentra en los procesos de construcción histórica, en cómo literalmente las fuerzas sociales se han corporizado en cada uno de nosotros.

Hasta la primera mitad del siglo XX se atribuyeron las diferencias a que los hombres trabajaban duro y en condiciones penosas; e incluso se creyó que la incorporación de la mujer a la vida laboral acortaría distancias, pues al abandonar la seguridad del ámbito de lo doméstico participaría de los riesgos y peligros propios del ámbito de lo público reservado hasta entonces a los hombres. Se postulaba que las mujeres, al participar en el trabajo productivo, de alguna manera se masculinizaban adquiriendo hábitos y conductas masculinas, fumando, bebiendo, conduciendo automóviles, sometiéndose a la doble jornada en el trabajo, etc. Pero no ha sido así.

Estos argumentos se basan en la pretendida existencia de un efecto protector de la reclusión doméstica de las mujeres (las reinas del hogar); y la asunción de postulados sibilinamente androcéntricos, ya que plantea dos justicias distributivas diferentes, una para el trabajo productivo y otra para el reproductivo.

Sin embargo, la mayoría de los síndromes de la mujer emancipada pueden explicarse de manera más justa no achacando responsabilidades a las mujeres por su participación en la producción, sino preguntando por la responsabilidad de los varones en la reproducción, lo que podríamos llamar el síndrome de inhibición doméstica de los varones. Tratar de explicar la eventual pérdida de la

3. El País, 8-XII-07

salud de las mujeres por su participación en el sistema productivo, es como intentar argumentar que la culpa es de la víctima por abandonar las tareas reproductivas que socialmente se le habían reservado. La pretendida masculinización de las mujeres, su acceso a la producción, está matizada precisamente por el mantenimiento de su vinculación al ámbito doméstico. La doble jornada o jornada interminable sería el factor más certero en la profundización sobre las desigualdades en las expectativas de vida.

Finaliza Dardet señalando que lo interesante de la teoría de la modernización de roles de género es que nos plantea un universo más flexible. El problema no está ya en los hombres y las mujeres en sentido biológico como plantea el esencialismo, ni en que las mujeres se hayan salido de su nicho social como plantea la teoría de la emancipación, sino en la manera en que hombres y mujeres han construido su participación en la producción y en la reproducción.

Añadiendo un poco más de justicia a nuestras sociedades y a nuestras casas, consiguiendo no sólo democracia en lo político sino democracia doméstica, se podría lograr una mejoría sensible. Hemos conseguido una sociedad mucho más justa en lo público en términos de paridad, aunque aún queda un buen trecho por recorrer, especialmente en paridad salarial. Se trata ahora de que esos mismos principios de justicia que ya se han aceptado en el mundo del trabajo productivo (que la mujer tengan los mismos derechos), sea también verdad en el mundo reproductivo (que los hombres tengan las mismas obligaciones y tareas). La ganancia en términos de salud sería enorme.

Jubilados, pensionistas y viejos

Volvamos a las cifras. Más de dos millones de españoles tienen ochenta o más años. Cada año cumplen sesenta y cinco más de 400.000 personas y, a mediados de siglo, aproximadamente un tercio de la población española habrá superado esa barrera. Este es el retrato demográfico de un país que se encamina hacia los puestos de cabeza en la clasificación de los más viejos del mundo. Y las consecuencias económicas que los especialistas comienzan a evaluar son siempre catastróficas para el Estado del Bienestar. Principalmente a causa del aumento de los gastos de pensiones y de la atención sanitaria y social, que obligará a detraer los recursos económicos de otras partidas presupuestarias que pasarán a ser subsidiarias.

Sin embargo, el capítulo de las pensiones, con ser el más voluminoso, es al mismo tiempo el más fácil de resolver; eso sí, siempre que haya dinero suficiente (Conde-Ruiz y Meseguer, 2004). De hecho, España aún gasta muy poco en los jubilados. En 2007 el Estado destinó alrededor de 106.000 millones de euros (algo más del 10% del PIB), para atender las pensiones y la asistencia sanitaria y

social. Sólo las pensiones por los conceptos de jubilación y viudedad sumaron unos 70.000 millones. Y ya en los presupuestos de 2008, el dinero destinado al pago de pensiones constituye el 8,7% del PIB, un porcentaje que todavía sigue siendo inferior a la media europea. Salvo Irlanda, los países con mayor esperanza de vida (Francia, Holanda, Italia, Malta, Portugal y Suecia), destinan más recursos a la vejez. Y no sólo los de mayor esperanza de vida, sino también muchos estados cuya población muere más joven que la población española asumen más gastos en pensiones.

España debería gastar más en pensiones, no sólo porque aún destina muy poco dinero a las mismas en relación a sus socios europeos, sino por la importancia de las pensiones en la sociedad española, si atendemos a ese 90% de personas mayores de sesenta y cinco años para las que la pensión es su única renta. Una renta bien magra, como se puede deducir del hecho de que la pensión media de jubilación fuera en 2007 de 758,25 euros, y la pensión media contributiva de 672,24 euros, cantidades claramente insuficientes pese a que entre los años 2004 y 2007 las pensiones de jubilación se incrementaron entre un 20% y un 28%, y las pensiones no contributivas lo hicieron en un 13%. Además, la actualización de las pensiones según el IPC ha tenido efectos positivos sólo sobre las pensiones más bajas (por debajo del salario mínimo interprofesional), mientras que las pensiones medias y altas han sufrido una pérdida de poder adquisitivo (Sarasa, 2007: 97).

A pesar, pues, de la cortedad de estas pensiones (salvo en periodos electorales cuando se escuchan las promesas de aumento de las partidas presupuestarias dedicadas a las pensiones y la asistencia sanitaria y social de los viejos), la realidad cotidiana es la que viene registrada por las voces de casi todos los expertos que insisten en la necesidad de adoptar medidas para prevenir el impacto del envejecimiento en las cuentas públicas. Las más recientes son las que se inclinan por incentivar que las personas trabajen más allá de los sesenta y cinco años y, si fuera necesario, elevar la edad de jubilación.

Una perspectiva que encontrará su oposición, como anticipa un estudio sobre la denominada generación de la transición⁴ del sociólogo Víctor Pérez-Díaz (2008), el cual no augura a los políticos un cambio fácil pues se van a encontrar con una resistencia deliberada a la prolongación de la vida laboral, ya que sólo el 25% de aquellos activos consideraría jubilarse con más de sesenta y cinco años. Cuando los políticos hablan de que se debería prolongar la vida laboral, lo hacen en un contexto que tiene que ver con el estado de las cuentas públicas y de la seguridad social ante una posible crisis del sistema del Estado del Bienestar, pero ese contexto no es el de los ciudadanos, que declaran no estar por la labor.

4. Su entrada en la vida activa tiende a coincidir con el periodo que va de 1950 a 1976.

El primer paso del Gobierno en esa dirección ya se ha dado, pues desde el uno de enero de 2008 ha entrado en vigor la reforma de la Seguridad Social que contempla que las personas que alarguen su vida laboral más allá de los sesenta y cinco años, tengan derecho a una pensión mayor. Es una medida que busca reforzar la viabilidad futura del sistema de pensiones aumentando la vida laboral, y de ese modo disminuir el periodo de vida pensionista. Por cada año adicional de trabajo y cotización por encima de los sesenta y cinco años, la pensión se incrementará en un 2% anual (cuando se acrediten más de 40 años cotizados será el 3% anual), hasta los setenta años. Esta reforma de la Seguridad Social también abarca al menos quince años del período de cotización para recibir una pensión contributiva. Hasta ahora la ley establecía quince, pero en la práctica bastaba con menos (unos 12,5 años), pues contaban como cotizados los períodos correspondientes a las pagas extraordinarias.

Más allá de los beneficios personales derivados del hecho de permanecer en activo una vez alcanzada la edad normada de jubilación (Pérez Ortiz, 2005), esta decisión puede contribuir a aliviar la presión social y empresarial, instaurada en los últimos años de actividad de los trabajadores, para que estos abandonen sus puestos en forma de pre-jubilación y cedan su lugar a plantillas más jóvenes.

También en Europa, aunque los cambios se aplicarán de forma gradual (superar la barrera de los sesenta y cinco años marca un precedente del que es difícil desligarse), las dificultades para sostener los sistemas públicos de pensiones han llevado a países como Alemania, Reino Unido, Portugal e Italia a alargar la edad de jubilación. Las medidas más drásticas las ha adoptado el Reino Unido que ha fijado en sesenta y ocho años la edad de jubilación. Una medida similar se aprobó en Alemania, que ha apostado por los sesenta y siete años, y en Portugal que lo hizo por los sesenta y seis años.

También Italia y Francia se enfrentan a reformas de sus sistemas de pensiones. En el primer caso se trata de impedir que los trabajadores se puedan retirar a los cincuenta y siete años, mientras Francia pretende recortar los privilegios de algunos colectivos. Sólo tres países de la Unión Europea se acercaban en 2006 al límite legal de la edad de jubilación. Uno es Irlanda (se retiran con 64,1 años de media) y los otros dos países son Bulgaria y Rumania, donde la escasa cuantía de las prestaciones lleva a los trabajadores a agotar el límite de la vida laboral. En el conjunto de la UE la edad media de jubilación se encuentra en los sesenta y un años.

Y si la optimización del sistema de pensiones es algo que preocupa con vistas a un futuro próximo (Feldstein, 2006), el otro frente de gasto público, el debido a la atención sanitaria y social, es el que ocupa más que preocupa de forma perentoria, pues son precisamente los viejos quienes más engordan las cifras del gasto sanitario (de los casi 50.000 millones de euros actuales se calcula que un 80% es atribuible a los viejos).

No obstante, también se han hecho previsiones sobre un futuro demoledor en función del aumento de la esperanza de vida y el deterioro de la salud de los viejos en los últimos años. Según los cálculos del INE para el 2031, el gasto sanitario podrá elevarse a 207.000 millones de euros y de nuevo se espera que un 80% se destine a los más viejos.

Aunque la asistencia sanitaria no es sólo una cuestión de recursos (también de disponibilidad de personal y equipos), estos se encuentran siempre presentes en el debate, pues si bien los datos del Ministerio de Sanidad revelan que el 9% de los viejos han estado ingresados alguna vez en un hospital en el último año, y su estancia es más larga (una media de 9,8 días, frente a los 5,9 del resto de la población), también es cierto que las partidas presupuestarias no deberían crecer a un ritmo tan veloz como pudiera parecer a primera vista. En primer lugar porque la mayor parte del gasto se concentra en los últimos dos años de vida, y en segundo lugar porque el estado de salud de quienes hoy llegan a los ochenta años es mucho mejor (y por tanto generan menos gasto sanitario) que hace dos o tres décadas.

Otra consideración merece el gasto farmacéutico, pues si alrededor de la mitad de la población menor de sesenta y cinco años consume medicamentos de forma más o menos regular, entre los sesenta y cinco y setenta y cuatro años el porcentaje sube hasta el 85,7%, alcanzando el 92% a partir de los setenta y cinco años. El resultado económico es que el gasto en productos farmacéuticos para los viejos supone el 80% del gasto total (unos 8.000 millones), por efecto de su mayor consumo y del menor pago en las recetas.

Otra cuestión bien distinta son los servicios sociales, pues es un capítulo que debe registrar un crecimiento del gasto más rápido, ya que la asistencia social ha estado escasamente implantada y mal desarrollada, a causa de las familias que tradicionalmente se han ocupado de las necesidades de las personas dependientes.

Según el Imsero, en España se destinan en la actualidad no más de 3.000 millones de euros anuales a la asistencia social, lo cual se encuentra lejos de las supuestas necesidades que señalaba un estudio del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, el Imsero y la Fundación Pfizer que establecía para el 2010 el coste de la asistencia social en torno a los 13.000 millones. Es decir, de aquí a dos años debería más que cuadruplicarse el presupuesto.

Entre los muchos servicios que prestan las Administraciones Públicas a los mayores, son las ayudas a domicilio, la teleasistencia y los centros de día las más conocidas y las más utilizadas por el colectivo. Hay usuarios que vienen derivados de los centros de salud y de los servicios sociales, pero cada vez son más los ancianos quienes solicitan la teleasistencia e incluso los propios familiares. Una organización social que gestiona mediante acuerdos con las administraciones parte de este servicio público, es la Cruz Roja que atendió el pasado año a 111.377 personas. El perfil de los usuarios que atendieron fue el de una persona de entre seten-

ta y cinco y ochenta años, que vive sola, con algún problema de movilidad, de dependencia, o de situación de riesgo social, y principalmente mujer.

En el Informe 2006 del Imsero se destaca la progresiva implantación de los servicios sociales en España y el incremento desde 2004 cuando se hizo la encuesta anterior. Así, señala que el índice de cobertura de los mayores que reciben los servicios de atención domiciliaria es del 4% (superan los 300.000 usuarios, un 33,6% más que en el 2004). Respecto a la teleasistencia, esta tiene un índice de cobertura del 3,5% de las personas mayores de sesenta y cinco años y, aproximadamente, el 11% de las personas que viven solas (261.433 beneficiarios, un 75% más que en 2004)

Respecto a los centros de día (46.624 personas acuden a los mismos), existen 4.888 centros, de los que 3.886 pertenecen al sector privado. La financiación predominante sigue siendo la pública (60%), aunque cada vez son más las plazas gestionadas por el sector privado. En cuanto a la tasa de plazas residenciales, en 2006 superó por primera vez el 4%, hasta las 298.870 plazas (el 56% de ellas privadas). A pesar de ello, la escasez de residencias es manifiesta, pues la oferta de cuatro plazas por cada cien posibles usuarios debería alcanzar la cifra de veinticinco si queremos hablar de una oferta que cubra los mínimos exigibles al Estado del Bienestar.

Sin embargo, un crecimiento de los servicios sociales hasta niveles aceptables al crecimiento de la demanda, no garantiza necesariamente que se envejezca con calidad, pues lo fundamental es cambiar la actitud y los valores de la sociedad hacia los viejos y enseñar a los mismos a cuidarse (no basta el diagnóstico, sino su comprensión, a fin de que el cuerpo no acabe siendo objeto de los cuidados profesionales); y que se apoyen en redes sociales de ayuda (no sólo familiares), que favorezcan las relaciones sociales y de amistad, para que puedan compartir y sentirse acompañados y reconocidos, porque una vida larga y con buena salud es la aspiración irrenunciable de cualquier sociedad desarrollada.

El ámbito de la reproducción. Las cuidadoras informales

Pero estos cambios sociales necesarios encuentran una fuerte oposición en un país de larga tradición familista, de modo que los dos componentes principales del cambio, como son la autonomía propiciada por una vejez activa y la solidaridad basada en las relaciones intergeneracionales, son subsumidos casi en su totalidad por las mujeres en el ámbito de la reproducción, y pese a la coexistencia intergeneracional⁵ que en la actualidad se alarga de

5. En España, el 11,5% de las personas de setenta a setenta y nueve años y el 22,8% de las que tienen más de ochenta pertenecen a familias con más de tres generaciones vivas, según el Informe del Imsero, 2006

treinta a treinta y cinco años en los países desarrollados, según la Organización de Naciones Unidas.

De este modo, los viejos confiesan que no son partidarios de vivir la última etapa de su vida en una residencia (CIS, 2006), ni siquiera estando enfermos, pues sus respuestas en caso de necesitar ayuda indican que el 77,1% preferirían seguir viviendo en su casa con atención y cuidados. Los otros (menos de la cuarta parte del colectivo) señalan en un 10,6% que querrían ir a casa de sus hijos, en un 4,5% vivir permanentemente en una residencia, y en un 2,9% estar en una residencia sólo el tiempo que necesitase. Es decir, como en tu casa en ninguna parte, eso sí, con cuidadoras informales a su disposición como vamos a observar a continuación.

Los viejos, en caso de que existiera dependencia, de que no pudieran valer-se por sí mismos, afirman en un 42,6% que la familia debería ser la principal responsable de su cuidado y atención, aunque las Administraciones Públicas deberían participar. Para un 33,3% las Administraciones Públicas deberían ser las principales responsables del cuidado y atención de los mayores, aunque la familia debería participar. Un 11,9% apunta que deberían ser las instituciones públicas quienes se hiciesen cargo de su cuidado y atención, y sólo un 5,5% señala a la familia como responsable absoluto. En cualquier caso, salvo para ese 12% que apunta a la responsabilidad de las instituciones públicas, todos reclaman la presencia de la familia incluso con un protagonismo superior al de las Administraciones, que llevarían en ese caso un peso subsidiario.

Ahora bien, esos cuidados personales que demandan, son cuidados de mujeres cuidadoras informales. En concreto, las principales cuidadoras que ayudan a los viejos en su vida cotidiana son principalmente mujeres pertenecientes a la familia: hijas (32%) o cónyuge (22%). Así que mientras llega o no llega la ayuda de la Administración, las hijas siguen encargándose de sus mayores, doblando su jornada de trabajo o abandonando el empleo en el peor de los casos.

Hay otra posibilidad, pero hay que tener dinero para ello. En la encuesta sobre las condiciones de vida de las personas mayores, un 15,5% de los consultados ya tiene una empleada doméstica por horas y a casi un 2% les atiende una mujer interna⁶. Entre un 3,5% y un 4,8% recibe ayuda de los servicios sociales, pero una inmensa mayoría (el 77,6%), aún responde que no cuenta con nada de

6. Cada vez más familias españolas, confían las personas dependientes (niños, viejos y enfermos), a mujeres de otros países que llegaron al nuestro para intentar mejorar su vida y la de sus familiares. Según un estudio publicado en la revista *Consumer* (febrero-08), el 90% de las cuidadoras de personas dependientes son inmigrantes que realizan largas jornadas de trabajo y aceptan cobrar salarios más económicos.

lo citado anteriormente, es decir, o bien no cuenta con dinero, o bien cuenta con el apoyo de las mujeres de la familia como manda la tradición.

Señalo la tradición, porque cuando las cosas se ponen peor las hijas siguen estando ahí. No hay una sola tarea en que no sea la hija quien ayuda en primer lugar, desde comer (44,5%), a utilizar el WC (44,4%), asearse (43,3%), ir al médico (42,4%), tomar la medicación (41,7%), ponerse los zapatos (41,6%), andar por la casa (41,3%), usar el teléfono (41%), bañarse (40,1%), hacer gestiones (39,2%), administrar el dinero (38,1%), etc., etc., etc.

Estas cuidadoras informales de las personas dependientes, estas mujeres que concilian las tareas de los ámbitos productivo y reproductivo, son *superwoman*, son abuelas-madres y madres-hijas, de clase media-baja, que trabajan a la vez que cuidan de una red familiar que, con el progresivo envejecimiento de la población, se ha convertido en intergeneracional. Tienen una edad media de cincuenta y tres años y dedican 10,6 horas diarias a esa atención que se prolonga durante unos ocho años de media. Con esas circunstancias no extraña que el 61% de esas cuidadoras tengan graves problemas profesionales y económicos, como pérdida del empleo (11,7%), reducción de jornada (11,2%), incumplimiento de horarios (10%) y resentimiento de su vida profesional (7%), según la Fundación Alares.

En un estudio sobre mujeres cuidadoras de la comunidad valenciana (Martínez Román, 2006), éstas mujeres presentaban importantes problemas de salud, falta de relación social y oportunidades de ocio, fuerte dependencia económica por carecer de ingresos propios y altos niveles de insatisfacción social. El precio que pagan por su salud siempre es muy alto, pero la edad y la clase social también son decisivas. En un estudio realizado por el grupo de Salud Pública y Género del SESPAS, a partir de los datos de las encuestas andaluzas de salud en mujeres y hombres en edad activa, encontraron que las mujeres de clases más bajas que cuidaban a una persona mayor o con discapacidad, presentaban un riesgo de mala salud percibida un 60% más elevado que las mujeres que no cuidaban a personas dependientes; un riesgo que desde luego no presentaban las mujeres de clases pudientes.

También el Informe Salud y Género (2006) da otro tipo de datos igualmente contundentes, como que el 75% de los consumidores de somníferos o tranquilizantes son mujeres, o que el 70% de las mujeres españolas han consumido alguna vez este tipo de medicación. Entre otras razones, según el Informe, porque los estereotipos de género tradicionalmente han estado asociados a la construcción de una imagen de la mujer como más débil, pasiva, dependiente y con ciertas patologías inespecíficas, que soporta el modelo que se transmite entre los profesionales sanitarios.

Una encuesta entre mil doscientas madres trabajadoras llevada a cabo por la socióloga Constanza Tobío de la Universidad Carlos III, puso de manifiesto que

las principales dificultades que encontraban estas madres para compatibilizar familia y empleo eran las enfermedades imprevistas de los seres queridos (el 36% respondió eso en primer lugar), la falta de coordinación de los horarios laborales y escolares (23,6%) y las vacaciones de los niños (20,8%). También la última encuesta sobre “*Fecundidad, familia y valores*” publicada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), revela que cerca del 17% de las mujeres de veinte a cincuenta años optan por abandonar el trabajo para dedicarse a la maternidad y las tareas de la casa. Y si tenemos en cuenta que los salarios femeninos son entre un 25% y un 30% más bajos que los de sus parejas masculinas, no es de extrañar que cuando hay tareas que atender en casa y falta dinero para contratar a alguien (otra mujer, por lo general extranjera), el empleo de la mujer sea la pieza más débil, la primera en caer; claro está, si no hay una abuela que lo evite.

Porque todos los datos apuntan a las abuelas como las mujeres que más contribuyen a la conciliación del trabajo de la mujer trabajadora. Así se desprende del informe del Ministerio de Educación que con cifras del Instituto Nacional de Estadística, señala que el 15% de los niños menores de tres años en España están al cuidado de personas que no cobran por ello (al menos 22 horas semanales), y muchas de ellas son sus abuelas.

Por su parte, el estudio sobre “*Condiciones de vida de las personas mayores*” señala que prácticamente el 70% de las mujeres mayores de sesenta y cinco años han cuidado o cuidan a sus nietos. Un 43,3% los cuidan a diario, el 30,9% varias veces a la semana, y un 25,5% con una frecuencia menor, y aunque muchas contestan que es un placer estar al cuidado de sus nietos, suenan alarmas acerca del estrés que esto podría estar ocasionando por el papel agotador que desempeñan (Molina, 2008); aunque también es cierto que cuando las abuelas cuidan a sus nietos, el sentimiento de soledad desciende del 26,8% al 13,4% según el estudio del Imserso.

Los resultados de la encuesta a madres trabajadoras, le han permitido constatar a la socióloga Constanza Tobío que, cuando los niños se acuestan sanos y se levantan con fiebre, son las abuelas en el 49% de los casos quienes se ocupan de ellos, y cuando están de vacaciones escolares y sus padres trabajan, son los abuelos los que se hacen cargo en el 53% de los casos. Y de nuevo son los abuelos en un 18% de los casos los que llevan al niño a la guardería, y los que lo recogen (25%). Con estas mimbres no es de extrañar que las madres trabajadoras digan que es el trabajo de estas abuelas lo que más les ayuda. Así lo opina el 26,7% de ellas. Por debajo están la ayuda del marido o de la pareja (24,7%). Cuando no está la abuela, la madre tiene que estar; es decir, tiene que faltar a su trabajo (14%), porque los maridos sólo faltan en un 4,7% de los casos. O se los llevan con ellas al trabajo (6,8%). Incluso cuando falta el colchón de los abuelos la pareja puede sufrir consecuencias imprevistas, por ejemplo tener que coger las vacaciones separados, por turnos.

Hay una denominación de abuela-esclava debida al estudio del doctor Guijarro (2001), que muestra la situación de las abuelas a partir del relato de diferentes biografías. Las narraciones son las de una abuela feliz y sana durante años, capaz de hacer el trabajo de dos o más personas. Al aumentar las obligaciones familiares (llegada de más nietos y absentismo de las nueras), ellas siguen trabajando como si nada hubiera cambiado, debilitándose, hasta que llega un momento de desequilibrio entre lo que pueden y lo que quieren hacer, y sin que los hijos perciban el agotamiento de estas madres que transforman la fuerza de voluntad de las mismas en una fortaleza física incólume. Son situaciones derivadas del abuso que hacen algunos hijos de sus padres y del chantaje emocional que promueven a través de los nietos, en ocasiones amenazando con alejarlos de su vista y a veces cumpliendo esta amenaza.

Pero no todas asumen ese papel a causa de chantajes emocionales de hijos y nueras, en todo caso no están obligadas por nadie, y si trabajan, es por la situación y la suerte de la mujer trabajadora en el país de viejos y familias. De no ser por ellas, sus hijas o nueras no podrían salir a trabajar; así que entre madres, hijas, tías y abuelas, tejen una red de solidaridad femenina que posibilita que el hombre se dedique a tareas productivas o, simplemente, a envejecer (López & Díaz, 2007). Pero esta es una red en la que los hombres deben entrar para enriquecerse en lo personal y, además, para aliviar el trabajo de las mujeres, porque cuando las abuelas solucionan estos problemas de conciliación de las tareas productivas y reproductivas, están impidiendo de alguna forma que las hijas negocien con sus parejas. Y eso es fundamental, porque nada se va a solucionar sino se empieza por un buen reparto equitativo de las tareas domésticas⁷. Las mujeres han salido al ámbito productivo a trabajar, pero si además siguen haciéndose cargo de las tareas de la casa, algo puede empezar a ir mal.

La sociedad aún no se ha adaptado al nuevo modelo familiar de dos ocupados, donde crecen las necesidades de atención infantil y a personas dependientes en horario laboral, pese a la puesta en funcionamiento de planes de conciliación familiar. Las mujeres han encontrado un trabajo remunerado pero sus horarios no son compatibles con la crianza de los hijos. A pesar de que el 65% de las madres de recién nacidos estaban empleadas en 2005 (una tasa que se mantiene en familias con uno o dos hijos pequeños), aún encontramos que el 33% de las madres entra a trabajar antes de que abra el colegio y hasta el 53% aún no ha

7. Según la Encuesta de Empleo del Tiempo 2002-03, del Instituto Nacional de Estadística (INE), se subraya la ya conocida desigualdad en el reparto de las tareas domésticas. Mientras que casi el 100% de las mujeres de cuarenta y cinco a sesenta y cuatro años dedica casi seis horas diarias a las actividades relacionadas con el cuidado de los demás, sólo lo hace el 71% de los hombres de esta edad, y su dedicación no llega a dos horas y media.

acabado cuando el colegio cierra. Cuando esto ocurre, una legión de abuelas (maternas, en su mayoría) suple con su oficio la incompatibilidad de horarios y la escasez de ayudas institucionales con las que cuentan las nuevas familias.

Pero las abuelas, como madres sustitutas, no son el recurso más deseable, porque no deben sustituir a los padres ni a una escuela infantil de calidad. Pueden ayudar en periodos transitorios y extraordinarios, pero no de forma continua como debería ocurrir con profesionales remunerados; porque, a pesar de que son las propias mujeres quienes valoran más la ayuda de la madre que la del marido para conciliar su vida laboral y reproductiva, ¿quién cuidará de ellas cuando envejezcan? Entonces no serán sus hijas, que con menos disponibilidad, metidas de lleno en el mercado laboral y con un horizonte de jubilación cada vez más lejano no asumirán la responsabilidad de los cuidados.

Hay que replantear las responsabilidades de los cuidados de los familiares y las personas dependientes sacándolas del ámbito del género, persiguiendo que las mujeres disfruten de los mismos derechos a tener las mismas oportunidades que los hombres; redistribuyendo la carga de las tareas del hogar y del cuidado equitativamente entre hombres y mujeres. Para el sostenimiento del Estado del Bienestar, no basta sólo con que quienes ya están en el sistema productivo trabajen más tiempo (Pérez Ortiz, 2005b), sino incorporar más a las mujeres y así garantizar la pervivencia de las pensiones. También hay que tomarse en serio las medidas de apoyo a la familia; no a la mujer, sino a la familia. Una mayor red de guarderías y de atención a toda la población que no se vale por sí misma provocaría el doble efecto de, por un lado liberar a un buen número de mujeres para que puedan trabajar fuera de casa, y por otro, crear un nuevo yacimiento de empleo, el de la atención social, que en otros países como los nórdicos se nutre fundamentalmente de mujeres (no de abuelas).

Los estilos y las condiciones de vida de los viejos

Si hasta ahora hemos hablado de un conjunto de cambios sociales, principalmente cambios demográficos, es porque han producido en los viejos un cambio fundamental en sus estilos de vida. El aumento de la población vieja y de sus expectativas de vida, el crecimiento de la economía española y el aumento de la cultura del bienestar ha impulsado nuevas categorías de viejos que no se corresponden con aquellas miradas sociales que les definían (Romero y Wasieki, 2005), como clases inútiles, pasivas, jubilados y carne de enfermedad, decrepitud y muerte. En la actualidad este es un país que sí es de viejos; pero de unos viejos que disponen de más tiempo libre, tienen mejor salud y más educación, un mejor nivel adquisitivo y, por añadidura, también tiene otras inquietudes de acuerdo a nuevos estilos de vida.

La generación del *baby boom* se hace mayor y vieja, pero no tienen nada que ver con los viejos de hace unas pocas décadas. Llevan diferentes tipos de vida y son un grupo heterogéneo cuyo denominador común es sólo su edad y la disposición de tiempo libre. Los viejos han dejado de lado la cuantificación de los años (el aumento de las expectativas de vida ha desbordado los antiguos conceptos de tercera y cuarta edad, así como el de mayores y jubilados), y ha dado paso a los senior, menos dependientes y más autónomos, convirtiéndose en un segmento de mercado emergente y en crecimiento. Son los nuevos reyes del consumo, y por eso las multinacionales inventan productos y servicios dedicados a un sector de la población que habían olvidado. Los viejos, una categoría de edad a la que nadie quiere apuntarse, constituyen, en el mundo del mercado, el colectivo formado por quienes tienen más de cincuenta y cinco años. Un grupo que, al convertirse en buen consumidor, escapa de la tercera edad para ceder ante el elegante anglicismo de senior.

En un estudio (Ramos, 2007), a partir de 528 entrevistas personalizadas realizadas a personas mayores de sesenta y cinco años, de varias poblaciones alicantinas, a las que se preguntó por todo tipo de cuestiones relacionadas con sus hábitos de consumo, costumbres, preferencias y opiniones en general para poder determinar su estilo de vida, se constató, precisamente, todo lo contrario, que *no tienen un estilo de vida concreto, y es un grupo muy dispar al que la sociedad trata por igual*. La profesora Irene Ramos fijó seis estilos de vida diferentes: hogareños, pasivos, hedonistas, vitalistas, despreocupados y conservadores, que presentan diferentes pautas de comportamiento, aunque la inmensa mayoría coinciden en un detalle, y es que ninguno se siente tan mayor como la edad que tienen. La edad que sienten y por la que organizan sus actitudes vitales y su comportamiento, es la de catorce años menos de la edad que realmente tienen; lo cual supone que los jubilados consideren viejos a los octogenarios y, a su vez, los octogenarios consideren viejos a los nonagenarios y centenarios.

Toda una paradoja para quienes sólo entienden de edades cronológicas y no de edades biológicas y emocionales. Según los especialistas tenemos tres edades: la cronológica, que viene marcada por la fecha de nacimiento; la biológica, determinada en general por el estado de salud y el aspecto externo, y la emocional, marcada por la actitud vital. Por esto, en cuestión de estilos de vida, hay que entender más de las edades biológicas y emocionales que de las cronológicas, que lógicamente en países desarrollados y con grandes expectativas de vida, se encuentran totalmente desfasadas.

Envejecer es, en cierto sentido, algo subjetivo y está condicionado por factores socioculturales. En Estados Unidos se ha desarrollado la teoría de envejecer con éxito, que consiste en mantener una actitud positiva, vitalista, abierta, que no sólo rejuvenece el espíritu, sino también el cuerpo. Como no se puede modificar el paso del tiempo, se trata de aprender a ganar en calidad de vida el máximo nú-

mero de años retrasando el todo lo posible la llegada de las enfermedades y la dependencia. Pero, ¿cómo conseguir envejecer con éxito? Adoptando un estilo de vida saludable mediante una alimentación sana, que en este país se correspondería con la dieta mediterránea, el ejercicio físico y la actividad social e intelectual.

El paradigma del envejecimiento de éxito es la isla japonesa de Okinawa, donde hay una población muy longeva que además disfruta de la vida. Los ancianos comen adecuadamente, dan largos paseos por la playa y conversan mucho. Por esto, una correcta alimentación, una actividad física ligera pero regular y un entretenimiento a ser posible útil y que huya del tedio son las claves para envejecer de manera ideal.

Este es un programa al que nunca hay que renunciar, más aún en un contexto como el actual, donde las mujeres especialmente, pero también los hombres, están sometidos a una enorme presión mediática y social que ensalza unos valores estéticos a veces incompatibles con la salud y la felicidad. Los medios de comunicación, la publicidad y el mundo de la moda presentan la belleza y la juventud en oposición a la fealdad y la vejez, como si se tratara de dos alternativas sobre las que hay que elegir. Esto ha llevado a la obsesión por la imagen y la resistencia a adoptar un estilo de vida que permita un envejecimiento natural, saludable y feliz.

Adoptar estilos de vida saludables desde condiciones de vida óptimas serían las dos pretensiones de una vejez exitosa, pero la realidad nos devuelve a una España en la que casi un 20% de los ciudadanos se encuentra todavía por debajo del nivel de pobreza relativa; es decir, el 60% de la media de los ingresos por unidad de consumo de las personas. Y donde precisamente los grupos más afectados por esa pobreza relativa son las personas de sesenta y cinco o más años (el 30,6%).

La mayoría de los octogenarios están casados, mientras que las octogenarias (que son más), son viudas en proporción superior; y aunque uno de cada cinco jubilados vive solo⁸, no siempre quiere decir en soledad, pues suelen tener a los hijos cerca y mantienen un contacto cercano con sus familiares y amigos (el 80% de los octogenarios ve al hijo que tiene más próximo todos los días). Lo normal en este colectivo es vivir con su cónyuge o pareja (41,7%), o residir con algún hijo (35%), un factor importante que favorece su independencia y repercute favorablemente en su estado emocional. Entre los que residen con sus hijos, un 43% cuida los nietos. Además, el 0,6% de los mayores rota entre las casas de los hijos, normalmente por periodos de unos tres meses.

8. Sobre los viejos que viven solos (principalmente mujeres), sobre su bienestar, autonomía y el sentimiento de soledad, se encuentra el magnífico estudio y recomendable lectura del sociólogo Juan López Doblas (2005), que mereció el premio Imsero "Infanta Cristina, 2004".

El Estudio sobre “Condiciones de vida de las personas mayores” del CIS, destaca que el 90% reside en una vivienda de su propiedad y la pareja es la principal forma de convivencia (53,1%). Un 32,6% de los hijos que viven en casas de sus padres mayores son, en su mayoría, solteros que nunca abandonaron el hogar familiar. Finalmente, hay un 6,4% de viejos que viven en casa de los hijos.

Si les dieran a elegir, la mayoría (77,1%) querría seguir viviendo en su casa con los cuidados precisos. Y, si eso no puede ser, ir a vivir con los hijos (33%). Y eso que los hijos ya no atienden a sus mayores como antes (peor que antes dice el 50,6%). Pero no importa. Peor es ingresar en una residencia, pues tampoco les agrada compartir una vivienda con otros viejos. Además opinan (25,6%) que las residencias deberían ser pequeñas (de 16 a 50 plazas); o muy pequeñas (24,4%), las llamadas miniresidencias (de 10 a 15 plazas).

Las viviendas son en propiedad, pero no tienen todas las condiciones que serían deseables y acusan algunas carencias, pues casi un tercio de los consultados (30,9%) no dispone de cuarto de baño con bañera y un 47,4% no tiene cuarto de baño con plato de ducha, que se hace casi más necesario para las personas ancianas; casi uno de cada cuatro (23,8%) encuentra dificultades para usar la bañera, mientras que sólo el 10,5% contesta lo mismo con el plato de ducha. La mitad de los viejos (50,4%) pasaron los inviernos sin calefacción central y el 77% sufre los rigores del verano sin aire acondicionado. El teléfono móvil, sin embargo, parece que se va generalizando (39% en 2006, y 59% en 2008), pero es escasísima la conexión a Internet (8,9%).

Los viejos tienen un alto grado de independencia en sus tareas cotidianas. El 80% declara que son ellos o sus parejas los encargados de organizarse en el hogar y de realizar gestiones. En caso de necesitar ayuda en la casa, son las parejas, en primer lugar, y las hijas, en segundo, quienes les asisten. El género interviene siempre, pues cuando son los ancianos los que están peor de salud, sus mujeres llevan la carga de la casa, pero cuando son ellas las que no se defienden tanto, buscan ayuda externa, por ejemplo de las hijas.

Las tareas domésticas suponen un problema a medida que se van haciendo octogenarios, como meter o sacar utensilios de los armarios en la cocina, poner la lavadora o tender la ropa, actividades de las que se encargan a veces trabajadores contratados por los ayuntamientos. Bajar escaleras, caminar por las aceras sorteando obras, cruzar la calle o utilizar transporte público tampoco es tarea fácil para muchos ancianos. Y la mitad (50,4%) tiene que recurrir al taxi o al coche para llegar hasta el hospital, o bien al transporte colectivo (20,9%).

Los viejos viven los temores propios de su edad. Temen perder a personas cercanas (42,6%) o la salud en segundo lugar (21,9%), y quedarse sin memoria (24,4%), acaso su patrimonio máspreciado. Temen la soledad (7,7%) y depender de otros (7,8%). La tele es la compañera inseparable de muchos ancianos (91%

ve la televisión a diario), aunque algunos se han pasado a la pantalla de plasma y a los de DVD.

Respecto a su estado de salud, casi la mitad se encuentra bien de salud (39,1% bueno y 7,4% muy bueno), el 39,2% dice encontrarse regular y el 14,2% afirma sentirse malo o muy malo. Son gente acostumbrada ya a la pastilla diaria (el 91% toma medicamentos), y la artrosis, la hipertensión arterial, la mala circulación y el colesterol elevado son las principales enfermedades que padecen. Un tercio padece problemas osteoarticulares, especialmente las mujeres.

En cuanto a las relaciones personales, la familia es, después de la salud, lo más importante por encima del dinero, la religión o la política. El 60,9% afirma tener gran confianza en sus hijos, el 55,6% en su cónyuge y el 11% en sus hermanos, antes que en amigos, otras personas, nietos o cuñados. Las redes familiares y no los servicios sociales continúan siendo el recurso más utilizado a la hora de resolver problemas cotidianos y situaciones de dependencia (Navarro *et al.*, 2008).

Estas son a grandes rasgos algunas de las condiciones de vida de las personas mayores que el CIS publicó en septiembre de 2006, y que nos permiten hablar de esos estilos de vida claves para un envejecimiento positivo y de éxito, que pasan por una correcta alimentación, una actividad física ligera pero regular, y una actividad social e intelectual. Así pues, empezaremos por la dieta, que ha de adecuarse a la actividad física que los viejos desarrollen, y debe ir acompañada de la reducción de las grasas saturadas, que en ningún caso, deberá superar el 30% de la energía diaria. También deberá contener pocos hidratos de carbono de asimilación directa (azúcar y dulces), suficiente fibra (20 o 30 gramos al día), y, al menos, litro y medio de líquido. Y como no existen las dietas milagrosas ni los alimentos prohibidos, y la constante que se debe mantener es comer equilibradamente, los viejos parece que llevan muy bien una alimentación más equilibrada que el resto de la población, pues consumen más fruta y verduras frescas y menos carne.

Sabemos que en España, buena parte de los viejos identifican todavía los alimentos de conveniencia con la comida casera, mientras que los productos funcionales no obtienen mucho aprecio. El estudio *Food in Later Life. (Elección de alimentos y preparación de comidas: autonomía y calidad de vida en la tercera edad)*, un proyecto multidisciplinar de la UE realizado durante 2004 y 2005, y en el que participaron ocho centros de investigación de siete países europeos distintos (Reino Unido, Dinamarca, Suecia, Polonia, Alemania, Italia, Portugal y España), distingue entre productos funcionales y productos de conveniencia. Los funcionales son productos que han sido modificados o llevan ingredientes añadidos que pueden aportar algún beneficio para la salud, además de su contenido en nutrientes. Es el caso de la leche con ácidos grasos omega-3 (se encuentra en el pes-

cado) o los yogures enriquecidos con vitaminas. Los productos de conveniencia facilitan y agilizan las labores de cocina e incluyen desde las verduras embolsadas ya limpias y cortadas, las paellas preparadas o las sopas listas para calentar. Sin embargo, para muchos ancianos, comer bien significa comer las comidas de antes, aquellas que requieren horas en la cocina. El yogur convencional es un clásico, pero pocos se dejan seducir por los yogures prebióticos (con suplemento microbiano dietario) o los vitaminados. No les ven ninguna ventaja para su precio.

Sin embargo, los viejos que viven solos aprecian más las ventajas de los productos de conveniencia, como los congelados y precocinados, y son artistas del microondas. Antes, necesitaban horas para hacer una sopa, y ahora calientan un sobre y ya tienen el primer plato. En cambio, los que viven en familia reservan los congelados para una emergencia y creen que la comodidad está reñida con la salud (Lacasta, 2005). Es más, las ancianas que aún pueden cocinar rechazan estos productos, y los que disfrutaban de condiciones de vida favorables, identifican los alimentos de conveniencia como un síntoma de dejadez personal. En la cesta de la compra también son raros los alimentos dietéticos, aunque puntualmente escogen productos como la jalea real. También están los que renuncian a comprar lo que les gustaría comer por su situación económica (Bourdieu, 1998b), y es que el precio es una de las causas de la monotonía en las comidas.

En este sentido, un deber social, es mejorar el apoyo a los mayores en sus propios hogares a fin de mantener su calidad de vida, ya que existe un gran riesgo de que, con la edad avanzada, caigan en la desnutrición. Y es que comer sólo o en compañía no es lo mismo, aunque sea en comedores sociales. Al enviudar, sobre todo los hombres, es frecuente que pierdan el apetito y que su salud se deteriore. Desaparece la motivación afectiva para comer o cocinar para alguien. Y es que los alimentos actúan como un recurso que conecta a la familia y favorece tanto el sentido de bienestar psicológico como el consumo nutricional. Además de la edad, el género y las relaciones, el tipo de comidas también depende de la situación económica, las habilidades culinarias y las actitudes y preferencias frente a la alimentación.

La siguiente clave para un envejecimiento de éxito es el ejercicio físico, que ayuda no sólo a mantener el peso adecuado, sino también a disminuir el riesgo de padecer alguna enfermedad cardiovascular y diabetes (Santiago & Sánchez, 2007). El ejercicio puede ser andar, caminar o pasear y, una vez perdida la vergüenza que antaño se manifestaba hacia la práctica de algún deporte, siempre mejor en compañía por su carácter social. En 1990, sólo el 9% de las personas entre cincuenta y cinco y sesenta y cinco años practicaba alguna actividad física; en 2000 el porcentaje había subido al 22% y hoy supera el 25%.

Según diversos trabajos, la actividad física prepara el cerebro para el aprendizaje, mejora el humor y la capacidad de atención, y reduce el estrés y ansie-

dad. También puede reducir las adiciones y controlar los efectos de los cambios hormonales, sobre todo en mujeres menopáusicas. En las enfermedades neurológicas relativas, como el Alzheimer, el hecho de que el ejercicio pueda ayudar a restablecer las conexiones entre las neuronas es crucial. Así, mientras estamos corriendo, jugando al tenis o caminamos a paso ligero, estamos propiciando que el cerebro trabaje, se regenere y se fortifique igual que cualquier otro músculo del cuerpo. Y estamos creando un entorno favorable para que las neuronas se puedan comunicar bien entre ellas. En este sentido, el ejercicio actúa igual que fármacos antidepresivos como el Prozac, que hace que aumente la cantidad de serotonina disponible.

Sin lugar a dudas, los viejos de ahora se parecen cada vez menos a los de antes, porque han tenido un nivel de vida superior y tienen otra cultura, demandan más derechos, cuidan su salud y buscan una calidad de vida mejor. Hoy asistimos a nuevas preocupaciones de los viejos sobre cómo gestionar su tiempo libre, cuidar su salud y hasta mejorar su formación y las relaciones sociales e intergeneracionales (Flecha, 1997; García Mínguez, 2002; Vilar, 2006; Serdio, 2008).

Precisamente la formación de los viejos persigue el desarrollo del concepto de educación a lo largo de toda la vida, que la ONU hizo suyo en 2002 al mencionar la promoción de la educación como un objetivo ineludible en las políticas relacionadas con la vejez. En la actualidad, unos 40.000 alumnos de entre 55 y 85 años cursan estudios en setenta universidades españolas. Muchos son jubilados, pero se sienten parte activa de la sociedad, tienen inquietudes y les gusta cultivar la mente y el espíritu. No tuvieron oportunidad de estudiar cuando eran jóvenes y por eso hoy acuden a las aulas de mayores, ya que prefieren dedicar el tiempo al aprendizaje en lugar de pasar el rato pasivamente (Solé, 2005).

El concepto de vejez cambia y, el mercado, las empresas y los medios de comunicación también han cambiado para atender las nuevas demandas (los viejos consumen en función de la edad que sienten, no de la que tienen). No hay más que observar la publicidad, para ver que los mensajes han sufrido una gran transformación; el nuevo mensaje publicitario se lanza en positivo mostrando a los viejos con una vida abierta, rica, apasionada y apasionante. La prolongación de la vida, prolonga también su participación en el consumo y en el ocio, transformándolos en un colectivo que gasta, viaja y vive de forma activa. Hoy, el 26% de las ventas de la distribución de gran consumo, que suman unos 15.900 millones de euros en Europa, se concentran en mayores de sesenta y cinco años, según paneles de consumo que manejan las multinacionales. Productos cosméticos, de alimentación y de ocio dirigidos sólo al público mayor han proliferado como en su día lo hicieron los pensados para el público joven. Ningún negocio ha escapado a esta pequeña revolución, ni siquiera el financiero; de hecho, a partir de los sesenta años, baja la carga hipotecaria y hay más capacidad de ahorro

para nuevos productos. Pese a la crisis actual del mercado inmobiliario, nunca como en los últimos años se había hablado tanto de la hipoteca inversa.

Pese a ello, el envejecimiento, visto desde una perspectiva que no suponga la expulsión de la sociedad, no sólo debe situarse en la esfera del mercado y del consumo, sino también en el seno de todas las políticas sociales; y esas políticas han de ser instrumentos para la preservación del ejercicio efectivo y de pleno disfrute de los derechos políticos, civiles y socioeconómicos de los viejos.

En previsión de una sociedad cada vez más longeva, Naciones Unidas ya adoptó un conjunto de cinco principios en favor de las personas mayores, y que son los que asumen y demandan éstas en la actualidad:

- *Independencia*. Para que tengan acceso a programas educativos y de formación adecuados.
- *Participación*. Su mejor integración social pasa por participar activamente en la aplicación de las políticas que les afecten, prestar servicio a la comunidad, trabajar como voluntarios o formar movimientos y asociaciones.
- *Cuidados*. Poder disponer de medios apropiados de atención institucional en lo relativo a protección, rehabilitación y estímulo social y mental.
- *Autorrealización*. Aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, con el acceso a los recursos educativos, culturales y recreativos de la sociedad
- *Dignidad*. Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Son propuestas que persiguen romper la actual tendencia de aislamiento asistencial de los mayores que practican hoy muchos países, si bien es necesario que éstos se incorporen a la dinámica social, y que la sociedad saque provecho de su incorporación activa. Porque estamos hablando de un éxito social sin precedentes, el del envejecimiento como resultado del desarrollo científico y del Estado de Bienestar; y el del envejecimiento como una oportunidad histórica. Hay que pasar de las cosas de viejos, a que los viejos ocupen su puesto en la sociedad; y a que el envejecimiento se sitúe en el centro de las agendas sociales. Sólo entonces estaremos en disposición de afirmar que España, *sí es país para viejos*.

Bibliografía

- BOURDIEU, P. (1998): *La dominación masculina*. Paris: Editions du Seuil.
—(1998b): *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.

- CIS (2006): *Condiciones de vida de las personas mayores*. Estudio nº2647, septiembre.
- CONDE RUIZ, J.I., y MESEGUER, J.A. (2004): “El futuro de las pensiones en España: perspectivas y lecciones”, en *Información Comercial Española*, nº815, pp.155-173.
- DURÁN, M^a A. (2006): “El contrato social implícito entre cuidadores y cuidados”, en *Abaco*, nº 49-50, pp.90-106.
- FELDSTEIN, M. (2006): “The effects of population aging on economic growth and budget deficits”, en *XX International Conference of Private Business Organizations: The economic and social consequences of an ageing population*. Madrid: Círculo de Empresarios, pp.16-31.
- FLECHA, R. (1997): *Compartiendo palabras. El aprendizaje de las personas adultas a través del diálogo*. Barcelona: Paidós.
- GARCÍA MÍNGUEZ, J. (2002): “Una aproximación al concepto de educación intergeneracional”, en García Mínguez y Bedmar (coords.), *Hacia la educación intergeneracional*. Madrid: Dykinson.
- (2007): “Los derechos de las personas de edad en el ejercicio de la ciudadanía”, en Giró, J., *Envejecimiento, autonomía y seguridad*. Logroño: Universidad de La Rioja. Servicio de Publicaciones.
- GUIJARRO MORALES, A. (2001): *El síndrome de la abuela esclava. Pandemia del siglo XXI*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- INE (2003): *Encuesta sobre el Tiempo de Trabajo*. Año 2000.
- LACASTA SANCHEZ, Y. (2005): “Alimentación, vejez y clase social: un estudio de caso en Barcelona”, en *Revista de Trabajo Social y Salud* nº51, pp.185-207.
- LÓPEZ DOBLAS, J., y DÍAZ CONDE M^a P. (2007): “Aspectos sociológicos del envejecimiento”, en *Informes Portal Mayores*, nº 73.
- LÓPEZ DOBLAS, J. (2005): *Personas mayores viviendo solas. La autonomía como valor en alza*. Madrid: MTAS, Imserso.
- MARTÍNEZ ROMÁN, M^a A. (2006): “La quiebra del principio de igualdad de oportunidades en las mujeres cuidadoras de personas dependientes”, en *Abaco*, nº49-50, pp.108-116.
- MOLINA *et al.* (2008): “Una forma de esclavitud en pleno siglo XXI: el síndrome de la abuela esclava”, en *Revista Multidisciplinar de gerontología*, 18 (1), pp.32-35.
- NAVARRO, E., *et al.* (2008): “Análisis de las redes sociales en la vejez en función de la edad y el género”, en *Revista Multidisciplinar de gerontología*, 18 (1), pp.19-25.
- PÉREZ-DÍAZ, V. y RODRÍGUEZ, J.C. (2008): *La generación de la transición: entre el trabajo y la jubilación*. Barcelona: La Caixa. Colección Estudios Económicos, nº 35.

- PÉREZ ORTIZ, L. (2005): "Las consecuencias del envejecimiento de la población. El futuro del mercado de trabajo", en *Boletín sobre el envejecimiento* nº20, pp.1-24. Imserso, MTAS.
- (2005b): "La ocupabilidad de los mayores y los programas de jubilación flexibles", en *Papeles de Economía Española*, nº104, pp.239-252.
- RAMOS SOLE, I. (2007): *El estilo de vida de los mayores y la publicidad*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- ROMERO, X., y WASIEK, C. (2005): "Hacia un concepto de vejez digna que integre a todos", en *RLG* nº67.
- SANTIAGO, J.M, y SÁNCHEZ, P. (2007): "Ejercicio y envejecimiento saludable", en *Revista Multidisciplinar de gerontología*, 17 (3), pp.146-154.
- SARASA, S. (2007): "Pensiones de jubilación en España: reformas recientes y algunas consecuencias sobre el riesgo de pobreza", *Política y Sociedad*. Vol.44, nº2, pp. 87-99.
- SERDIO SÁNCHEZ, C. (2008): "La educación en la vejez: fundamentos y retos futuros", en *Revista de Educación*, nº 346, pp.467-483.
- SOLÉ RESANO, C., *et al.* (2005): "La educación en la vejez: razones para participar en programas educativos y beneficios que se obtienen", en *Revista de Ciencias de la Educación*, nº203, pp.453-465.
- VILLAR, F, *et al.* (2007): "Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer?", en *Psicothema*, vol.18, nº1, pp.149-155.

JUBILACIÓN Y ALTERNATIVAS PARA UN OCIO CREATIVO

Gerardo Hernández Rodríguez
Universidad de La Coruña

Frecuentemente se identifica jubilación con inoperancia, incompetencia o inactividad y ocio con holganza, con no hacer nada. Ni lo uno ni lo otro es cierto.

En este capítulo pretendemos poner de manifiesto, por un lado, cual es la realidad de la jubilación, sus características, sus consecuencias y sus posibilidades y, por otra parte, que ese infinito tiempo libre del que disponen las personas jubiladas puede ser convertido en un tiempo de ocio positivo, en el que enriquecer la jubilación desde actividades creativas, que ilusionen y gratifiquen.

Asimismo, veremos a las personas jubiladas no solo desde la faceta de quienes han cesado en una actividad profesional, sino también en su condición de abuelos, para aquellos que lo son, en sus distintos tipos y en sus diferentes ocupaciones relacionadas con este rol.

Desde el punto de vista social y profesional, la jubilación es la situación a la que pueden acceder las personas que, atendida la circunstancia de la edad, cesaron voluntaria o forzosamente en su trabajo profesional por cuenta ajena o por cuenta propia; es el término del desempeño de tareas laborales remuneradas a causa de la edad. Cada país establece el momento cronológico de la vida en que se produce la jubilación.

Sin embargo, creo que, aquí y ahora, nos interesa comentar en otro sentido el significado de la jubilación.

Hay lenguas –en inglés, concretamente– en las que jubilarse significa retirarse, de *retirement*; en español, jubilarse, jubilación, viene del latín *jubilatio*, que

significa viva alegría, júbilo, y especialmente la que se manifiesta con signos exteriores.

Es evidente la diferencia de enfoque que en cada sociedad se da al mismo hecho:

- Retirarse es apartarse, aislarse en soledad.
- Jubilarse es alegrarse, regocijarse, divertirse, exultar, gozar.

Sin duda, nos vence la tentación de quedarnos con esta segunda acepción. Pero depende de la propia persona que se jubila, el que el hecho de jubilarse implique las connotaciones expresadas, del ánimo con que se enfoque su nuevo estado, de los recursos que de sí misma saque para vivir positivamente esta etapa de su existencia.

La jubilación, de hecho, supone la interrupción de la vida laboral, el replanteamiento de la vida familiar, la disponibilidad de más tiempo libre, la necesidad de ocupar el abundante ocio, la reducción (la mayoría de las veces) del poder adquisitivo por ser –generalmente– las pensiones de menor cuantía que los ingresos habituales. Pero también supone la posibilidad de dedicarse a actividades diferentes, de recuperar el tiempo a compartir con el cónyuge y el resto de la familia, la perspectiva de hacer cosas que siempre se han querido hacer y para las que antes no se encontraba la oportunidad o el momento, de gestionar adecuadamente el tiempo libre y el ocio, haciendo que éste sea creativo.

Pero para todo ello es necesario mentalizarse y prepararse con suficiente antelación. En este sentido, la Recomendación nº40 de la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento planteaba que “los gobiernos deberán tomar o fomentar medidas para que la transición de la vida activa a la jubilación sea fácil y gradual, y hacer más flexible la edad de derecho a jubilarse. Estas medidas deben incluir cursos de preparación para la jubilación y la disminución del trabajo en los últimos años de la vida profesional”. Ya son diversas las experiencias puestas en marcha en nuestro país por diferentes entidades tanto públicas como privadas, facilitando a los trabajadores jubilados o en trance de jubilación cursos y programas de adaptación y preparación para la jubilación, como es el caso de UNIÓN-FENOSA, pionera en España en esta experiencia y que va ya, en el año 2008, por sus XXVIII Jornadas.

El pasar de persona económicamente activa a pensionista o jubilado supone, a su vez, el incorporarse, por decreto, a la ancianidad ya que, comúnmente, se incluye en esta categoría socio-demográfica a toda persona que ha dejado su actividad profesional o laboral.

Con esta ancianidad decretada la sociedad pierde, a su vez, el concurso valioso de muchas personas capacitadas y aptas para el desempeño de su actividad profesional, básicamente en los campos de la docencia, la investigación y la

creatividad, al tiempo que ha de verse impelida a buscar actividades ocupacionales para un sector cada vez mayor de la población que, mientras tenga facultades para ello, no quiere verse postergado a la categoría de parásito social.

Por consiguiente, uno de los retos que ha de afrontar nuestra sociedad, para paliar en la medida de lo posible estas desigualdades sociales, fruto de una dinámica demográfica concreta, son la cobertura de las necesidades asistenciales y económicas de la población jubilada y anciana, la preparación para la jubilación de personas que se encuentran entre los 55 y los 65 años y la creación o el desarrollo de recursos para la ocupación del tiempo libre.

Tradicionalmente se viene identificando la ancianidad con la jubilación. Y esto, en la medida en la que las jubilaciones llegan a las personas contando éstas con menos edad y en mejor estado de salud física y mental, implica una ancianidad decretada con las repercusiones emocionales, económicas, sociales, de ocupación del tiempo libre, de identidad y de otra índole que es fácil suponer.

Dada la actual esperanza de vida media, son muchos los años que tienen por delante los jubilados, y máxime los trabajadores que accedan a la jubilación anticipada y que se sientan jóvenes con razones objetivas para ello, pero no preparados mentalmente ni en su entorno socioeconómico para afrontar la nueva situación para que la jubilación se derive, efectivamente, en júbilo.

Además, en una sociedad caracterizada por el culto a la eficacia y la productividad, por un acusado economicismo, se tiende a marginar a las personas consideradas económicamente no activas y, por tanto, improductivas, llegando a caer en despropósitos tales como instalar en las calles, como ocurre en las de Pozuelo de Alarcón, en la provincia de Madrid, unas señales de tráfico nada apropiadas. La realidad de millones de jubilados no tiene nada que ver con esta imagen asociada a un anciano achacoso que precisa de un bastón para caminar en una postura encorvada.

Tal y como destaca el profesor Ricardo Moragas (1989), el significado y las características del trabajo en la sociedad contemporánea están experimentando cambios evidentes. Las actuales tecnologías dejan desfasadas y obsoletas en poco tiempo a ciertas profesiones, y requieren la adaptación o el reciclaje de aquellos trabajadores o profesionales que las desempeñan, cuando no su cese en el ejercicio de las mismas. Sin embargo, la mayoría de estas personas están todavía capacitadas para su dedicación a alguna actividad.

En nuestra sociedad desarrollada, industrializada y urbana, el adulto que deja el trabajo y se jubila pasa a formar parte de un grupo social distinto, con una posición claramente diferenciada y definida por su separación de la población “activa”, su falta de rentabilidad potencial presente y futura en el sistema producti-

vo y su inclusión en una normativa especial concreta: la de jubilado o miembro de las “clases pasivas”.

De entre dos personas de la misma edad, de las cuales una siga desempeñando una actividad laboral remunerada y otra que se haya jubilado, para nuestra sociedad, la primera será un adulto capaz de valerse por sí mismo, mientras que la segunda pasa a ser un individuo ajeno al desarrollo socioeconómico y beneficiario de la asistencia social.

En este tipo de sociedad, quizá no se caiga en la cuenta muchas veces de que el grado de progreso y desarrollo alcanzado se debe, precisamente y en gran medida, al esfuerzo, los saberes y el trabajo de quienes han alcanzado la edad de la jubilación –y de otros que no llegaron a ella–, y a los que corresponde, en justicia, ser acreedores de los beneficios y la consideración sociales debido a su innegable y prolongada aportación.

FACTORES EN EL PROCESO DE JUBILACIÓN	
ACTIVO	PASIVO
Aptitud funcional plena	Aptitud funcional reducida
Énfasis en la apariencia externa, joven = bello	Apariencia externa contraria a lo ideal, viejo = feo
Status productor-consumidor. A mayor poder económico, mayor status	Status perceptor pasivo de renta-pensión. Bajo poder económico sin posibilidades de mejora
Independencia económica basada en el trabajo	Dependencia económica externa: pensión
Autorrealización por objetivos Profesionales-económicos	Sin posibilidades de realización profesional-económica
Respuesta a problemas basados en la creatividad	Respuesta a problemas basados en la experiencia
Ampliación de contactos sociales	Limitación de contactos sociales

La adaptación a la jubilación es un proceso. Un proceso en el que, en todo caso, hay que tener presente lo que significa acostarse *activo* y levantarse *pasivo*. Y estos matices diferenciadores entre la situación de *activo* y la de *pasivo*, así como los factores condicionantes de la decisión de la jubilación y las alternativas a la jubilación quedan reflejados en los ya clásicos y conocidos cuadros anterior y siguientes.

Las actitudes iniciales ante la jubilación son ambivalentes. Muchos trabajadores esperan con ansiedad este momento. La fuerza y la dirección del deseo están relacionadas con la satisfacción que experimentan en su trabajo. Generalmente, cuanto más alto es el nivel educativo y el tipo de trabajo, menos desean jubilarse las personas y es más probable que continúen trabajando después de los sesenta y cinco años. En cambio, los trabajos físicos, alienantes o tediosos llevan asociado el deseo de una jubilación lo antes posible.

FACTORES CONDICIONANTES DE LA DECISIÓN DE JUBILACIÓN	
INSTITUCIONALES	PERSONALES
Ciclo económico: Reestructuración de sectores. Posibilidades de empleo	Estado de salud
Tendencias de legislación social. Cambio en las pensiones	Motivación e intereses en otras actividades
Políticas de organización, trato a los trabajadores de mayor edad	Finanzas personales y posibilidad de otros ingresos
Puesto de trabajo desempeñado, exigencias y futuro del mismo	Actitud familiar; responsabilidades familiares; existencia de personas dependientes
Actitud social hacia la jubilación	Deseo de cambio o de nueva actividad
	Satisfacción en el trabajo

Ante las reticencias, los rechazos, las desconfianzas, el desinterés o la apatía por parte de organismos, empresas y de los propios trabajadores a la hora de planificar, impartir y beneficiarse de los programas de preparación para la jubilación, procede proponer una serie de medidas y actuaciones que sirvan ante todo, para reflexionar sobre la acción beneficiosa de los programas y cursos de preparación para la jubilación y, después, para potenciar su implantación y estimular e inducir a sus beneficiarios, los futuros jubilados, a acceder a los mismos.

- Han de ser reformadas las opiniones negativas de una parte de la población, en relación con el hecho de la jubilación.
- El jubilado es una persona capaz de llevar a cabo, a lo largo de su vida, actividades acordes con su estado de salud física y mental. No hay por que considerarle “a priori”, un ser deficitario.
- Se han de valorar debidamente los beneficios de la preparación para la jubilación. Sería necesario superar los obstáculos económicos para la reali-

zación de estos programas. El invertir en ellos es “humanamente rentable”, aunque no se considere “económicamente productivo”.

- Cabe destacar, asimismo, el papel que en este cometido pueden tener los medios de comunicación social, ya sean escritos o audiovisuales, con la implantación y difusión de los cursos de preparación para la jubilación a distancia, a fin de que lleguen a aquellos lugares y personas que, de no ser por estos medios, no podrían beneficiarse nunca de estos cursos.

ALTERNATIVAS A LA JUBILACIÓN	
FLEXIBLE O VOLUNTARIA	PASIVO
No discrimina por razón de la edad, respeta el derecho constitucional al trabajo	Todos los individuos son tratados igualmente evitando discrecionalidades
Aprovecha los conocimientos de trabajadores experimentados con beneficios para el individuo y la sociedad	Evita pruebas o demostración de aptitudes de los trabajadores y consecuencias negativas para los no aptos
Reduce los gastos de la seguridad social si se dilata la jubilación	Facilita la promoción y empleo de los trabajadores jóvenes, fomenta la solidaridad y evita enfrentamientos intergeneracionales
Dificulta la previsión de necesidades financieras para pensiones	Permite la previsión de necesidades financieras para pensiones
El sujeto decide el momento. Libertad y autonomía personal	El momento se impone al sujeto; obligatoriedad y falta de reconocimiento a la autonomía
Crece la tendencia a retirarse anticipadamente	La obligatoriedad puede presentar efectos negativos

Las diferentes teorías valoran de forma distinta la influencia de la jubilación en la satisfacción vital y personal. Aunque ya sobradamente difundidas, las traemos aquí de nuevo a título recordatorio e ilustrativo:

- Teoría de la continuidad. Asume que la jubilación produce un cambio poco significativo, tanto en las actitudes como en las actividades, de tal manera que su significado personal está muy relacionado con la forma de vida anterior a ella.
- La teoría de la actividad sostiene que la mejor forma de adaptarse a la nueva situación es mantener unos niveles adecuados de actividad que compensen las posibles pérdidas derivadas del final de la vida laboral.

- La teoría de la consistencia mantiene que la relación entre la jubilación y la satisfacción vital viene determinada por la media en que se cumplan las expectativas que tiene la persona respecto de su nuevo estado. La salud y los aspectos económicos aparecen como variables mediadoras significativas de la satisfacción posterior a la jubilación.
- La teoría de la desvinculación considera que la jubilación supone para la persona un progresivo alejamiento de sus roles o papeles en la sociedad, así como el distanciamiento de la sociedad respecto de ella.

La jubilación hay que entenderla como un proceso que comienza antes de la edad oficial de jubilación y que se prolonga bastante después de este momento, que abarca diferentes fases. Recordemos cuales son las ya también clásicas seis etapas.

- *Fase de prejubilación:* se caracteriza porque la persona que se va a jubilar va tomando conciencia del significado de la jubilación. Durante esta fase se anticipa cómo será la jubilación.
- *Fase de jubilación:* puede llevarnos a tres tipos de vivencias alternativas.
 - La luna de miel, que se caracteriza porque las personas intentan hacer todo lo que desearon hacer y no pudieron en los años anteriores. No todas las personas experimentan este periodo. Algunos que se han preparado y han cultivado algún tipo de actividad previa no pasan por esta fase.
 - La de rutina, que se caracteriza porque se tienen actividades y grupos estables, con lo que únicamente hay que cambiar el tiempo dedicado a estas actividades.
 - La de relax y descanso, que se caracteriza por una reducción temporal de la actividad, de forma opuesta al incremento que se produce en la luna de miel.
- *Fase de desencanto y depresión:* aparece cuando la persona jubilada comprueba que sus expectativas, ideas y fantasías sobre la jubilación no se cumplen.
- *Fase de reorientación:* las personas deprimidas pasan por una fase de reevaluación y elaboran propósitos y proyectos más realistas de su experiencia como jubilados.
- *Desarrollo de un estilo de vida rutinario posterior a la jubilación:* se generan medios para afrontar rutinariamente los cambios producidos como consecuencia de la jubilación. Aquellas personas con una rutina satisfactoria de jubilado son conscientes de sus capacidades y limitaciones,

conocen lo que se espera de ellos y tienen asumido su propio rol o papel.

- *Fase final del proceso de jubilación:* para algunas personas, el rol o papel del jubilado es irrelevante debido a que vuelven al trabajo o, más probablemente, debido a una enfermedad o a una incapacidad.

El ocio y el tiempo libre

El ocio, según un concepto simplista que parece contraponerse al de “negocio” (negación del ocio) es el tiempo de “no hacer nada”. Y se llega a esta conclusión porque para el ser humano actual su jornada se divide en tres partes:

- Unas cuantas horas dedicadas a satisfacer las necesidades más elementales: alimentarse, dormir.
- Otras horas, muchas, en la dedicación lo que comúnmente entendemos por “trabajar” (en el caso de muchos jóvenes estudiar) y en las que se incluye el tiempo empleado en los desplazamientos del domicilio al lugar de trabajo o estudio y regreso.
- El resto del día es lo que pasa a formar parte de nuestro “tiempo libre”.

La OCDE, por su parte, propone cuatro categorías de tiempos en la vida de cada persona:

- Tiempo destinado a las necesidades esenciales elementales.
- Tiempo dedicado a las actividades ligadas a las responsabilidades.
- Tiempo dedicado a las obligaciones contratadas.
- Tiempo libre.

Este tiempo libre o tiempo de ocio o para el ocio debería emplearse, en teoría, para que cumpliera tres funciones:

- Recuperar al individuo de la fatiga laboral descanso,
- Facilitarle los medios adecuados para el desarrollo de su personalidad y
- Proporcionarle diversión.

La OCDE recomienda que la duración del tiempo libre debe darse preferentemente junto a la de las otras categorías de tiempo. Lo cual significa que han de establecerse los denominados *presupuestos de tiempo* o secuencia y duración de las actividades desarrolladas por una persona a lo largo del día. En el caso de los mayores, y particularmente si están jubilados, implica generalmente una distribución en tres de las cuatro categorías referidas, toda vez que las obligaciones contratadas ya no se dan en esta etapa de su vida.

Estas tres funciones constituyen una meta menos ambiciosa que la que se proponían los griegos, pero más realista y adecuada a nuestra civilización actual. A esta realidad correspondería una definición, ya más rigurosa que la dada al principio de este epígrafe, como la formulada por Dumazedier (1962): “*Un conjunto de ocupaciones a las que puede aplicarse voluntariamente el individuo, ya sea para descansar, para divertirse o para desarrollar su voluntaria participación social, su información o su formación desinteresada, después de haberse liberado de todas sus ocupaciones profesionales, familiares o sociales*”.

El de ocio, conforme señala Gil Calvo (1995), debe sustentarse en dos supuestos básicos: el primero en que lo que se haga en ese tiempo ha de implicar actividades voluntarias, libremente elegidas y no impuestas por ningún estado de necesidad y el segundo que no sean actividades lucrativas, independientes de cualquier clase de retribución diferida, pues su única recompensa inmediata ha de ser la misma participación.

Porque nos parecen no sólo ilustrativas, sino también interesantes a efectos de análisis, vamos a detallar a continuación las dimensiones del tiempo de ocio, según Cuenca (2004), citado y desarrollado por Caballo y Caride (2005), porque al ser el ocio una vivencia, puede manifestarse de muy diferentes formas. Son las siguientes:

- *Lúdica*: que se puede ejemplificar en las experiencias ligadas al juego y a la diversión, a las prácticas deportivas, a la recreación, a las aficiones y a otros pasatiempos, en cualquier momento de la vida.
- *Creativa*: que se configura en torno a la experiencia artística, expresiva y cultural, y relaciona el ocio con las diferentes manifestaciones de la expresión estética, musical, icónica, etc., entendiendo siempre la creatividad como la producción de respuestas novedosas mediante formas y contenidos que impliquen algún tipo de significado para las personas o los contextos en que se inserten.
- *Festivo-comunitaria*: considerada como un exponente de la identidad cultural y social, la fiesta –en el sentido ya sea tradicional, ya moderado– es concebida como una muestra extraordinaria del ocio compartido, frente a las vivencias más individuales del mismo.
- *Ambiental-ecológica*: aparece vinculada al desarrollo de la recreación al aire libre, e integrada en los contornos de la naturaleza y/o del mundo urbano.
- *Solidaria*: Considera el ocio como una vivencia personal, comprometida y altruista, en que predomina la voluntad de cooperar desinteresadamente en tareas de ayuda a otras personas o colectivos, en particular a aquellos que presentan carencias o necesidades.
- *Educativa*: como tal, reconoce el valor pedagógico de las iniciativas y prácticas que se promueven en el tiempo libre y abre el aprendizaje a

nuevas oportunidades formativas, actitudes, aptitudes, competencias, habilidades... que contribuyen a la formación y el desarrollo integral de las personas.

Los jóvenes valoran el ocio como algo fundamental en sus vidas y como algo con lo que compensar el tiempo de dedicación escolar o profesional y la (relativa) disciplina familiar. Se han producido importantes cambios tanto en los tiempos como en los espacios de diversión.

Con las personas mayores ocurre algo semejante. Ahora disponen de un tiempo y unas oportunidades de las que, en su día, carecieron sus antecesores cuando tenían la edad que ellas tienen ahora, entre otras razones porque la esperanza de vida era menor y pocos eran los que llegaban a las edades que ellos han alcanzado en la actualidad, y con las facultades físicas y mentales que les caracterizan y de las que un número importante de ellas disfrutaban. Los mayores que ya están jubilados, a diferencia de los jóvenes, valoran el tiempo de ocio para compensar los muchos y largos años pretéritos dedicados al trabajo y para ocuparse en actividades que entonces no se les ofrecían o a las que tenían difícil acceso.

Las personas, por lo general, tienden a relacionarse con otros de su misma edad con los que comparten unas pautas de conducta y unas características psicológicas concretas, formando grupos de individuos que desde un primer momento comparten una cierta afinidad. Y a medida que las relaciones se consolidan, los amigos se confirman como agentes de mutua socialización.

Así, pues, el grupo de iguales deja sentir su influencia en la configuración de un conjunto de conductas, actitudes y valores, entre los que cuentan los que tienen que ver con el aprendizaje e interiorización de estilos de vida y conductas relacionadas con la ocupación del tiempo de ocio.

Si bien esto es así para la generalidad de la población, en el caso de los mayores se busca, asimismo, una interrelación y una interacción con personas de otros grupos de edad con lo que enriquecer su tiempo de ocio, sus conocimientos y seguir sintiéndose personas miembros de una sociedad plural y no verse excluidos, marginados o encasillados en el grupo de "los viejos".

Si medir cualquier faceta de la vida humana resulta frecuentemente complicado, en el caso del ocio en general, y en el de las personas mayores en particular, esta dificultad puede ser aun mayor. Por eso es preciso el empleo de determinados indicadores y, en este punto, vamos a seguir los pasos marcados por M^a Luisa Setién (1993) quien, a este respecto, considera que son tres los apartados en que se concentran estos indicadores, a saber:

- Cantidad de tiempo libre disponible.
- Actividades que se llevan a cabo en ese tiempo libre.

- Equipamientos culturales y de entretenimiento: bibliotecas, teatros, parques, etc.

El ocio, que se manifiesta a través de una serie de actividades que se realizan en un tiempo liberado de obligaciones, adquiere en el caso de los mayores una carta de naturaleza particular, ya que su tiempo de ocio es tanto como el que ellos quieren tener después de realizar unas actividades a las que, generalmente, no están obligados por compromisos profesionales. Y en este sentido, una de las consideraciones que primero se han de formular es el mayor o menor desembolso económico que esas actividades requieren y que no siempre está al alcance de unas economías cuya principal fuente son unas pensiones que suelen estar sujetas a limitaciones.

Ciertamente que los equipamientos de algunas de estas actividades son costeados con fondos públicos, por eso es importante que estas infraestructuras sean adecuadamente aprovechadas para que la inversión no se traduzca en despilfarro social y los indicadores antes citados nos dirán razón del aprovechamiento de las mismas. De ahí la importancia de que la información sobre instalaciones y actividades sea llevada a cabo de forma que los mayores, que disponen de abundante tiempo libre para el ocio, puedan conocerlas y utilizarlas.

Evidentemente, para medir el aprovechamiento de los diferentes aspectos del ocio, son válidas unas dimensiones tales como:

- Tiempo disponible para el ocio.
- Utilización del tiempo libre.
- El valor del ocio.

El tiempo liberado de obligaciones es el primer recurso para el ocio y el tiempo libre se toma como una categoría residual. Sin embargo, los mayores han de gestionar esta categoría no como algo residual de otras actividades a las que se ven obligados por un compromiso profesional, sino como una parte principal de su tiempo, haciéndole creativo y procurándole el mayor contenido posible. Es, en realidad, de este espacio cronológico del que han de deducir el tiempo que, aparte del destinado a las necesidades básicas, deseen emplear en actividades a las que se sientan abocados o, en su caso, comprometidos e incluso obligados. En la actualidad, las obligaciones reales o creadas de los “abuelos canguros” suponen, para muchos de ellos, una ocupación tal de su tiempo que, nuevamente, ven restringido al mínimo su tiempo libre para el ocio.

Por eso, para valorar adecuadamente la utilización y aprovechamiento de ese tiempo de ocio en los mayores, y en qué medida redundan principalmente en ellos y no en dedicaciones a otras personas (hijos/as, nietos, nueras, etc.), además del “qué” se hace, ha de conocerse también el “dónde”, el “con quién” y el “para quién” se llevan a cabo esas actividades. Estos son los cuatro elementos

esenciales para la descripción de la forma en que las personas mayores ocupan su tiempo libre.

La clásica clasificación que se hace para la valoración del tiempo libre para la población en general: días laborables, sábados, domingos y festivos y vacaciones, no siempre nos sirven en su aplicación a las personas mayores. Los jubilados, como los desempleados, “disfrutan”, supuestamente, del mismo tiempo libre a lo largo del año, por lo que las vacaciones no tienen razón de ser para considerarlas en esta valoración. Las ocupaciones o actividades en otros días dependerán, por consiguiente, no tanto de la ocupación de los mayores como de que la naturaleza de tales actividades permita que se lleven a cabo en días “laborables” o “festivos” por la disponibilidad, en su caso, de los lugares o las instalaciones en las que se han de realizar.

Consecuentemente, en el caso de los mayores, la dimensión de cantidad de tiempo libre no parece tan relevante como la que nos viene dada por los indicadores de “Satisfacción con la cantidad de tiempo libre real”, el de “Aspiraciones respecto a la cantidad de tiempo libre” y el de “Utilización del tiempo libre” o actividades que se realizan durante el tiempo libre y grado de satisfacción con las mismas.

Esta satisfacción estará, asimismo, condicionada por la frecuencia con la que estas actividades se llevan a cabo, con el lugar donde se realizan y con las interacciones que el tiempo libre propicia o favorece.

Siguiendo a M^a Luisa Setién (1993) concluimos que el ocio es una actitud hacia el desarrollo humano, un deseo de superación, un reducto donde dar rienda suelta a la creatividad y a la libertad, lo cual implica una valoración subjetiva del mismo a través de la cual se mide si el ocio es valorado positiva o negativamente. Y no siempre es percibido como algo positivo. Valga como referencia el célebre dicho: “la ociosidad es la madre de todos los vicios”, habiendo quien añade “y el vicio de todas las madres”, quizá porque, ciertamente, para las madres dedicadas plenamente a las responsabilidades domésticas y la crianza y educación de los hijos, el ocio es, realmente, “un vicio”. Por eso el ocio no ha de ser tenido ni empleado como sinónimo de ociosidad, sino que ha de adquirir y mantener su faceta creativa, y máxime en el caso de las personas mayores que ya no estén sujetas a obligaciones profesionales.

El ocio, incluso el ocio creativo, puede tener que competir con otros valores. El ocio, como ya ha quedado expuesto, puede ser valorado positiva o negativamente, pero, como nos recuerda también M^a Luisa Setién (1993) otras facetas de la vida pueden poseer un alto valor para el ser humano y entrar en contradicción, o en competencia con el valor que se le asigna al ocio. La necesidad de más ingresos económicos, la necesidad o el deseo de dedicarse a la familia, la voluntad de adquirir mayor o mejor formación, etc. pueden ser ubicadas en diferentes lugares

dentro de la escala de valores de los individuos o de los diferentes grupos de la población.

Actividades culturales

Una de las actividades que más frecuentemente son llevadas a cabo por las personas mayores es el turismo. Pero este turismo puede revestir diferentes manifestaciones, tales como el orientado a la estancia en zonas de playa, en urbanizaciones expresamente concebidas para personas de esa edad, el denominado “termalismo social”. Sin embargo, esta actividad realizada por los mayores, tiene también otra dimensión en la que quisiéramos fijar nuestra atención toda vez que no es a la que se da mayor difusión y que, por otra parte, puede ser entendida, erróneamente, como un turismo “de clases altas” por asociarlo con elementos reservados a personas “con una determinada formación”, cayendo en el intolerable tópico de considerar a una gran mayoría de las personas mayores con bajo nivel cultural y poco interesadas en cuestiones de esta naturaleza. Me estoy refiriendo al turismo relacionado con el patrimonio cultural. Actividad que cuenta con una alta demanda y valoración por parte de las personas mayores en España, que se orientan hacia el mismo en número creciente y cada vez con mayor frecuencia

Oscar de la Torre (1990), citado por José Leira (2004), define el turismo como un fenómeno social que consiste en el desplazamiento voluntario y temporal de individuos o grupos de personas que, fundamentalmente por motivos de recreación, descanso, cultura o salud, se trasladan de su lugar de residencia habitual a otro, en el que no ejercen ninguna actividad lucrativa ni remunerada, generando múltiples interrelaciones de importancia social, económica y cultural.

El propio Leira (2004) destaca cómo los cambios que se están produciendo en las sociedades industriales avanzadas hacen que aumente considerablemente el número de personas que viajan, haciéndolo en muchos casos, –como es el de las personas mayores– con carácter lúdico y de enriquecimiento cultural debido, entre otras razones, a la consolidación de los periodos vacacionales retribuidos, el envejecimiento de la población o una mejor calidad de vida. Al mismo tiempo, se constata que en este tipo de sociedades se ha desarrollado un importante proceso educativo, que hace que las personas tengan unos niveles de formación cada vez mayores, y así se pone de manifiesto cómo se incrementa el número de personas que no se contentan con el descanso, la playa, el sol y la fiesta, sino que demanda una serie de bienes y actividades que pertenecen de forma notoria al mundo de la cultura y el patrimonio. Y este es el caso de las nuevas generaciones de mayores en España.

En este mismo sentido se pronuncia Rosa Méndez (2004), cuando afirma que *“ocio y tiempo libre han alcanzado en nuestra sociedad unas dimensiones desconocidas hasta el momento, al tiempo que las cotas de exigencia de calidad en este ámbito son cada vez mayores (...) abriéndose paso un turismo llamado de “calidad”, en el que el patrimonio cultural adquiere para sí un espacio privilegiado”*. En cualquier caso, y tal y como lo considera Inglehart (1991), el patrimonio es una construcción social, en cuyo punto de partida estuvo presente la propuesta de un subgrupo, poseedor de unas características determinadas que le permitieron llevar a cabo dicha acción.

La cultura es uno de los frentes de acción en la gestión del tiempo libre y de ocio por parte de las personas mayores, cuyas inquietudes en este ámbito no se orientan exclusivamente hacia las actividades lúdicas, el turismo o la atención de otros miembros de la familia. La oferta de actividades culturales también es importante y en las mismas participan quienes han llegado a una edad avanzada o se han jubilado en la edad reglamentaria o prejubilado antes de alcanzar esa edad.

Es sobradamente sabido que el texto del artículo 50 de la Constitución española de 1978 establece que los poderes públicos garantizarán que sean atendidos los problemas específicos de salud, cultura y ocio.

Entre todas las instituciones, públicas o privadas, de diversa naturaleza que se ocupan de este cometido, quizá sean las Universidades para Mayores y las Aulas de la Tercera Edad las que mayor número de personas mayores aglutinan. Las primeras reciben diferentes denominaciones: Universidad Senior, Universidad de la Experiencia, Universidad Activa para Mayores...

En la actualidad, estos alumnos entre 55 y 85 años de edad cursan estudios en setenta universidades españolas. Muchos están ya jubilados, pero se sienten y consideran parte activa de la sociedad, tienen inquietudes y les gusta cultivar la mente y el espíritu.

Desde la perspectiva de estas dos modalidades de aproximarse y sumergirse en la vertiente cultural propuesta para los mayores, su presentación se hace a través de un servicio cultural multiforme, con una respuesta específica a las demandas culturales, a su deseo de saber y a su voluntad de estar al día, donde organicen su tiempo libre a través de actividades culturales, amplíen y enriquezcan sus relaciones interpersonales y participen en la gestión y promoción de su cultura.

Este proyecto se enmarca dentro de una filosofía de formación permanente, que debe estar presente en todas las etapas de la vida de las personas, que se traduce en dos dimensiones, la cultural y la social.

La educación ha dejado de ser una actividad dirigida exclusivamente a los niños y a los jóvenes, una etapa de la vida concentrada en torno a los años de la escolaridad. No es posible aprender todo lo que las distintas ramas del saber nos

ofrecen de una sola vez y para siempre. Ahora cualquier edad es buena para informarse y para formarse. El concepto de educación a lo largo de la vida, la educación permanente, ha sido objeto de debate durante años, pero ha adquirido mayor protagonismo desde la Cumbre de Lisboa, en el año 2000, cuando los responsables de la Unión Europea concluyeron que dicho aprendizaje “tiene que acompañar la transición hacia una economía y una sociedad basada en el conocimiento y es fundamental para el éxito de la transición” (Muface, 2007).

En la primera de estas dos dimensiones, la *cultural*, se actúa:

- Promoviendo el acceso y la participación en los bienes culturales de aquellas personas que no han podido disfrutar plenamente del patrimonio cultural.
- Elevando la salud física, mental y social de las personas mayores y desarrollando actividades específicas.
- Capacitando individual y colectivamente para vivir el tiempo libre en la dimensión de un ocio creativo.

En la segunda, la *social*, las actuaciones se orientan a:

- Posibilitar la integración individual de los mayores en grupos y los grupos en la sociedad.
- Inducir y potenciar su protagonismo y su participación en la tarea social.
- Fomentar las actividades específicas al servicio de la colectividad.
- Colaborar con las instituciones y centros de estudio que estén investigando sobre la ancianidad y el envejecimiento.

Con esta forma de actuar, se trata de superar posibles acciones espontáneas, paternalistas y asistenciales al encuadrar la acción en una política cultural planteada de una manera sistemática, metódica y prolongada para dar respuesta a las inquietudes de los mayores en relación con la cultura y la formación permanente.

Por cuanto antecede, en estas actividades, se aplica una metodología motivadora, realizando el aprendizaje sobre la propia experiencia de los participantes. El profesorado actúa, fundamentalmente, como coordinador y animador que fomenta y crea situaciones de aprendizaje. Desde la perspectiva pedagógica se trata de conseguir que el contenido cultural sea eminentemente motivador para dar paso a la crítica, el debate, la revisión, el cambio y la creatividad. Se despierta la curiosidad, se genera la necesidad de más información, se amplían los horizontes temáticos y, como en cualquier centro de tipo universitario, se cuestiona la realidad concreta, surgiendo y fomentando así el diálogo, la participación y la preocupación por dar respuesta.

Otra faceta de este mismo prisma que se ofrece a las personas mayores que, por tener niveles culturales inferiores o por habitar en zonas alejadas de las poblaciones donde estén implantadas las Universidades para Mayores y las Aulas de la Tercera Edad pero que quieren dar esta dimensión a su tiempo de ocio, es la Extensión Cultural, consistente en un proyecto para dinamizar y fomentar la cultura con las personas mayores en los barrios periféricos de las grandes ciudades, las zonas suburbanas y el medio rural.

Un ámbito distinto en el que las personas mayores pueden ocupar sus energías en el tiempo de ocio, es el del voluntariado, tema en el que aquí no vamos a profundizar, ya que es tratado adecuadamente por otro de los autores en este texto, pero sí quiero dejar mínima constancia de ello, así como de que se puede abordar desde diferentes modalidades que van desde el acompañamiento a otras personas de la misma edad, en estados o situaciones carenciales o de dependencia tanto física como anímica, hasta la participación en instituciones como Seniors Españoles para la Cooperación Técnica (SECOT) pasando, por ejemplo, por la regulación del tráfico a la entrada y salida de los colegios, convenientemente instruidas y asesoradas por la Policía Municipal o como guías voluntarios de museos.

Abuelos “golondrina” y abuelos “canguro”

Si el hecho de la jubilación es algo que suscita el interés y la preocupación social, ¿cómo no ocuparnos de, al menos, algunos de los aspectos familiares de la jubilación en la familia si esta institución está considerada la célula básica de la sociedad?.

Habida cuenta de que, tras la jubilación, donde más tiempo vamos a poder estar es en nuestra casa y con nuestros familiares con quienes vamos a tener más relación, conviene que nos preparemos nosotros y se preparen ellos también para revitalizar y fortalecer o, en su caso, para establecer una comunicación y una convivencia que hagan grata y satisfactoria la vida en común de los mayores jubilados con sus familiares y para que encuentren en ellos el apoyo adecuado para recorrer lo más felizmente posible el camino de la jubilación.

Dice la Recomendación nº 25 de la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el envejecimiento: *“La familia es la unidad básica reconocida por la sociedad, y se deberán desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyarla, protegerla y fortalecerla de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad y atendiendo a las necesidades de sus miembros de edad avanzada. Los Gobiernos deberán promover las políticas sociales que alienten el mantenimiento de la solidaridad familiar entre generaciones, resaltando el apoyo de toda la comunidad a las necesidades de los que prestan*

cuidados a los ancianos y la aportación de las organizaciones no gubernamentales en el fortalecimiento de la familia como unidad”.

Y en la Recomendación nº 29 se reconoce que *“debe alentarse a los hijos a que mantengan a los padres. Los gobiernos y los órganos no gubernamentales, por su parte, establecerán servicios sociales que apoyen a toda la familia cuando existan personas de edad en el hogar, aplicando medidas especiales a las familias de bajos ingresos”.*

Estas son las recomendaciones, las conceptualizaciones teóricas que darán lugar a las normas escritas que podrán regular formalmente las relaciones y la convivencia en el seno de las familias con personas mayores.

Pero a nosotros, desde una perspectiva sociológica, nos ha de interesar el día a día de esas relaciones, el cumplimiento de las normas no escritas, para ver cuáles son sus manifestaciones reales y cuáles pueden ser las orientaciones más adecuadas para la convivencia familiar después de la jubilación, y el aprovechamiento positivo del tiempo de ocio.

Una cuestión que aquí importa recordar es la de la rotación de los mayores en las casas de los hijos, haciendo la maleta cada dos por tres, con la sensación de sentirse como las aves migratorias, por eso éstos son conocidos como los “abuelos golondrina”.

Pero, en el otro extremo, nos encontramos con los actualmente denominados “abuelos canguro”, especie que va en aumento cada día que pasa. Está claro que los abuelos del siglo XXI han sustituido en el cuidado de los niños a las jóvenes “canguros”, adolescentes que antaño se ocupaban de esta labor para ganarse su primer sueldo.

Por eso, la mayor parte de las personas mayores hoy prefieren vivir independientes, aunque cerca de sus hijos para estar prestos a “echarles una mano” con la rapidez que el caso requiera. Cuando los padres y las madres trabajan fuera del hogar, los abuelos se hacen cargo de los nietos y reviven sus años de paternidad con la aparente ventaja de tener más tiempo para compartir con los pequeños.

Muchas de las personas mayores en la actualidad vienen realizando una labor silenciosa que, frecuentemente, es poco o nada reconocida socialmente. Nos estamos refiriendo a la dedicación de su tiempo al cuidado y atención de otras personas. En la mayoría de las ocasiones, los destinatarios de esta ayuda son miembros de las propias familias, y no sólo de edades inferiores, sino también de la misma edad y superiores. En otras ocasiones se trata de amistades, vecinos, etc. La realidad es que casi la mitad de las personas con edades iguales o superiores a los sesenta y cinco años realizan esta tarea. Como ya ha quedado dicho, en unos casos se trata de una función asistencial dirigida a personas de la misma o de una generación anterior, cuidando de su cónyuge o pareja o, en nu-

merosos casos, incluso de sus padres que ya han rebasado los noventa años de edad. Pensemos en cuantas personas de esta edad están siendo cuidadores o cuidadoras de familiares –cónyuges o padres– afectados por la enfermedad de Alzheimer u otras demencias.

Por otro lado, es menester recordar el soporte familiar y social que supone el que un número cada vez mayor de padres y madres jubilados o prejubilados, que lógicamente han visto reducidos sensiblemente sus ingresos, sigan asumiendo el sostén económico de sus hijos con edades cercanas a los treinta años, que no se han podido emancipar y que ni laboral, ni económica ni familiarmente son todavía independientes y autosuficientes.

Muchos padres, y sobre todo madres, prefieren a los abuelos antes que a un ajeno o una guardería porque son alguien cercano, que socializará al pequeño en su mismo sistema de valores y, además, resulta mucho más económico.

Las ayudas de los abuelos predominan “ocasionalmente”, cuando salen los padres, en tanto que las de las abuelas se dan en el resto de las situaciones (diariamente, mientras trabajan los padres; cuando los niños están enfermos; en vacaciones; diariamente, para llevarles y recogerles del colegio; diariamente, para darles de comer).

En este punto es oportuno recordar que la mayoría de las ayudas las prestan las abuelas maternas, porque las mujeres acuden más a sus madres en busca de esa ayuda. También son los abuelos maternos los que, generalmente, prestan más colaboración. Esto pese a que suele darse la circunstancia de que muchos abuelos y abuelas maternos lo son también paternos.

Hay que destacar por su importancia y por el considerable volumen de trabajo y esfuerzo que ello representa, la respuesta “diariamente, mientras los padres trabajan”. Asumir, después de una larga vida de trabajo y después de haber criado a la propia prole, el cuidado y la responsabilidad de atender *diariamente* a los nietos, supone una entrega y una generosidad que pocas personas más jóvenes asumirían y, sobre todo, de una manera absolutamente desinteresada y gratuita. En no pocos casos este compromiso, unas veces libre y voluntariamente asumido y otras forzado por las circunstancias, da lugar al conocido como “síndrome de la abuela esclava”.

Y no sólo en el terreno de las ayudas en estas tareas, también los abuelos son frecuentemente compañeros de juegos infantiles con los nietos, cumpliendo con el “espesor histórico” al que se refiere Julián Marías.

Sin embargo, hay que tener presente que, en general, se habla de los nietos como si todos fueran niños pequeños, cuando hay muchos abuelos que tienen nietos mayores de edad, por lo que el tipo de relación y las conversaciones con

ellos son muy diferentes tratando temas que, incluso, no siempre abordan con sus padres.

Se habla ya, de que en determinadas circunstancias en nuestra sociedad actual, no se debe pensar en la familia conyugal como una familia aislada de la parentela, sino más bien como una familia extensa modificada y adaptada a la nueva situación, siendo las bases para la misma: la menor dimensión de la familia, la incorporación de la mujer al trabajo extradoméstico, la desaparición del servicio doméstico, las tasas de paro, la crisis de las pensiones o la mejoría relativa de las superficies de los hogares.

Como señala Pilar Rodríguez (1994), *“cuando en el seno familiar se produce algún acontecimiento desestructurador, que deja a sus miembros más indefensos -los niños y las niñas- sin la seguridad y la protección de sus progenitores, es casi siempre la generación anterior la que asume la responsabilidad y ejerce un papel salvífico en ese periodo crítico infantil. Es el caso, por ejemplo, de las “madres y abuelas de la droga”*. Estas mujeres, además de atender a sus hijos e hijas en una situación tan dura y de suplirles en su rol como padres o madres van más allá y, trascendiendo el ámbito de lo privado, ejercen una función pública como grupo de presión social, al desenmascarar en actos públicos y manifiestos la hipocresía que rodea el mundo de la droga y su pernicioso círculo. ¿Pueden llevar a cabo funciones como ésta quienes no estén dotados de una gran competencia?”.

Un estudio realizado en el año 2006 (AXA, 2007) pone de manifiesto que un 38% de los trabajadores objeto de la muestra asocian la jubilación con la idea de “descanso, paz y calma” y un 4% con la de “cuidar la familia, los hijos y los nietos”, mientras que, cuando se centran en los ya jubilados, se eleva hasta un 18% el porcentaje de éstos que llevan a cabo este último cometido.

Los abuelos acuden en innumerables ocasiones en ayuda de sus hijos, tanto cuando éstos les necesitan por imperativos de su vida profesional, como por satisfacción de compromisos sociales o para poder acudir a diversiones o realizar viajes.

Ahora bien, los hijos que acuden a tal práctica con frecuencia deben de tener presente que los abuelos, en virtud de este sistema que establecen los propios hijos, pueden llegar a considerar, quizá subconscientemente, que tienen más derechos sobre los nietos que los conferidos realmente por los padres. Este es un riesgo que se ha de ponderar, ya que cuando se da el deber, la obligación o la carga, -según cada uno quiera entenderlo-, se está dando, asimismo, el poder y el derecho.

La estrategia de los abuelos ha de consistir en hacerse sentir útiles, queridos, en situación de disponibilidad, pero sin pretender aparecer como indispensables.

Los abuelos, los padres de otros que ya son padres también, han de ser conscientes de este hecho y, sin negar su ayuda y su consejo a los hijos, ser capaces de aceptar que sus hijos ya son mayores, ya son capaces de organizar una familia como ellos hicieron en su día, y capaces de educar a unos hijos como ellos también los educaron. Han de conseguir que los hijos acudan en demanda de consejo, pero que no les rehuyan temiendo sus “lecciones”.

En cualquier caso, nosotros consideramos que los abuelos pueden colaborar en el cuidado y educación de los nietos, pero en la medida de lo posible, de forma voluntaria y ocasional, de manera que puedan mantener también su tiempo libre para desarrollar su propia vida y evitar conflictos relacionados con la educación de los menores.

El papel de los abuelos tiene una importancia extraordinaria, suponiendo un ahorro incalculable para el erario público en el supuesto de que tuviera que pagar estos servicios a profesionales. España debería tomar ejemplo de otras naciones y ofrecer ayudas económicas o más plazas de guardería y otros recursos sociales para que los nietos estén adecuadamente atendidos y los abuelos puedan disfrutar de ellos cuando quieran y puedan sin verse forzados a ello.

Así mismo deben los mayores gestionar su tiempo libre y de ocio de manera que no se sobrecarguen de más actividades de las que racionalmente, y conforme a sus capacidades y posibilidades puedan realizar, para evitar el riesgo de la saturación por acumulación de tales actividades que también puede llevar a generar tensiones y ansiedad como las que podrían resultar de la situación opuesta, la de tener vacío de contenido ese mismo tiempo libre y de ocio.

Bibliografía

- AXA. *Estudio Internacional AXA 2007, sobre jubilación. La jubilación, ¿una nueva vida después del trabajo? Resultados en España y Estudio Comparativo Internacional*. Madrid, <http://www.axawinterthur.es>
- CABALLO VILLAR, M. y FRAGUELA VALE, R. (coords.) (2005): *A acción municipal no tempo libre*. A Coruña: Deputación da Coruña.
- CUENCA CABEZA, M. (2004): *Pedagogía del ocio: Modelos y propuestas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- DE LA TORRE, O. (1990): *El turismo. Fenómeno social*. Méjico: Fondo de Cultura Económica.
- DUMAZEDIER, J. (1962): “Travail et loisir”; *Traité de Sociologie du Travail*. París: Armand Colin.
- FLAQUER, LL. (2000): *Las políticas familiares en una perspectiva comparada*. Barcelona: Fundación “la Caixa”.
- GIL CALVO, E. (1995): “Elogio del ocio”, *Temas para el Debate*, nº 9-10, pp. 26-29.

- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, G. y MILLÁN CALENTI, J.C. (2000): *Ancianidad, Familia y Enfermedad de Alzheimer*. La Coruña: Universidad de La Coruña.
- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, G. *et al.* (2006): “Sociología de la Vejez”, en *Principios de Geriatría y Gerontología*, pp.43-112. Madrid: Ed. McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- IGLESIAS DE USSEL, J. (1998): *La familia y el cambio político en España*. Madrid: Tecnos.
- IGLESIAS DE USSEL, J. y MEIL LANDWEDIN, G. (2001): *La política familiar en España*. Barcelona: Ariel.
- INGLEHART, R. (1991): *Cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas*. Madrid.
- LEIRA LÓPEZ, X. (2004): “Las peregrinaciones y el turismo cultural a Compostela”. En *Santiago Apóstol desde la Memoria*, pp.51-65. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Cultura, Comunicación Social e Turismo.
- LÓPEZ AZPITARTE, E. (1999): *Envejecer: destino y misión*. Madrid: San Pablo.
- MEIL LANDWERDIN, G. (2000): *Imágenes de la solidaridad familiar*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- MÉNDEZ FONTE, R. (2004): “Turismo cultural. Conocer al otro”. En *Santiago Apóstol desde la Memoria*, pp.91-109. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Cultura, Comunicación Social e Turismo.
- MILLÁN CALENTI, J.C. (comp) (2006): *Principios de Geriatría y Gerontología*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U.
- MORAGAS MORAGAS, R. (1989): *La jubilación. Un enfoque positivo*. Barcelona: Grijalbo.
- MORAGAS MORAGAS, R. (dir.) (2007): *Prevención de la dependencia. Preparación para la jubilación*. Barcelona: Fundación Viure i Conviure.
- MUFACE (2007): *Educación: Universidades de Mayores*. Madrid, Boletín nº 208, Septiembre-Octubre.
- MURGA ULÍBARRI, M^a. T. y BERZOSA ZABALLOS, G. (1981): *Acción cultural con adultos*. Madrid: Ministerio de Cultura.
- PÉREZ ORTIZ, L. (2006): “La estructura social de la vejez en España”. *Nuevas y viejas formas de envejecer*. Madrid: M^o de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1994): “Las relaciones intergeneracionales y el potencial de las personas mayores”. En *60 y Más* nº 11/12, Julio-Agosto.
- SANTAMARÍA, C. *et al.* (2002): *Percepciones sociales sobre las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSERSO.
- SETIÉN SANTAMARÍA, M^a. L. (1993): *Indicadores Sociales de Calidad de Vida*. Madrid: CIS - Ed. Siglo XXI.

PSICOLOGÍA POSITIVA, ENVEJECIMIENTO Y TIEMPO DE OCIO

Victoria Hernando Ibeas

*Centro de Psicología Positiva para el desarrollo
y crecimiento personal*

*El secreto de la felicidad no está en hacer siempre lo que se quiere,
sino en querer siempre lo que se hace.*

Tolstoi.

Durante décadas, la psicología profesional ha estado concentrada en la investigación, evaluación y tratamiento de disfunciones y debilidades humanas. Coherentemente con este enfoque y en conexión con una perspectiva social negativa del envejecimiento, hemos asistido a una dominancia del modelo deficitario en el estudio de la vejez. Una dominancia que se ha visto reflejada en numerosas investigaciones y, fuera del mundo científico, en las actitudes, comportamientos y pensamientos cotidianos de distintas generaciones.

Sin embargo y paralelamente a esta realidad, también han existido, obviamente, distintas investigaciones que apuntaban hacia modelos no deficitarios y que parecen ver recompensada y garantizada su supervivencia con el llamado enfoque del Ciclo Vital. Perspectiva que marca dentro del campo de la psicología del envejecimiento, el final del reinado de creencias y modelos centrados en las deficiencias y limitaciones de este periodo de edad.

James Birren relataba ya a mediados del siglo pasado un recorrido, que dividía en tres etapas, para el estudio e investigación de los procesos de envejeci-

miento psicológico. Un primer tramo inicial liderado por Quetelet y su obra “El hombre y el desarrollo de sus facultades” (1835), en dónde la idea acorde a nuestros intereses que hay que resaltar es, que destacaba la relación entre las influencias biológicas y sociales en el proceso de envejecimiento.

Un segundo periodo comienza para Birren en 1918 y continúa hasta 1940. En esta segunda fase del recorrido podemos destacar la aparición del primer Instituto destinado al estudio de problemas de envejecimiento en la Universidad de Stanford, la fundación de diversas asociaciones gerontológicas y las aportaciones de importantes autores como Ramón y Cajal (“El mundo visto a los ochenta años”) o del psicólogo norteamericano Stanley Hall quien se negó a aceptar un modelo deficitario de la etapa de la vejez y defendía, quizá emulando a Rousseau y su convicción de que cada edad tiene maneras propias, que la vejez tiene sus propios modos de sentir, pensar o querer.

Finalmente, Birren describe una tercera y última parte del recorrido en la cual las investigaciones, publicaciones y/o creación de sociedades en alusión o concernientes al estudio de la vejez, se producen de manera sistemática.

Es en esta última etapa donde hay que resaltar un significativo avance en las investigaciones científicas de carácter médico (pautas de higiene y alimentación, tratamiento del dolor, tratamiento de sintomatología crónica, etc.), que acompasadamente con el gran avance de perfil social (jubilación, tecnología, sociedad del bienestar, etc.) han permitido conseguir una esperanza y calidad de vida difícilmente imaginables en la realidad científica de este primer periodo del recorrido descrito por Birren pero que, sin embargo han contribuido, aunque quizá de forma más inconsciente, a que las directrices en investigación estuvieran orientadas al déficit y la patología. Sabemos, que sobre los mecanismos biológicos del envejecimiento se han descrito más de trescientas teorías¹ a lo largo de la historia.

Es obvio, que era necesario incidir en un envejecimiento patológico (con porcentaje significativo, pero no mayoritario en la población) si el objetivo era reducir el número de personas que lo tuvieran, pero en alguna parte de ese encomiable camino se ha permitido asociar, tanto a nivel científico como social, los términos envejecimiento y patología, como si fueran uno sólo, aún cuando los datos reales hablan de un envejecimiento normal más frecuente. Hablamos de *envejecimiento normal* como la ocurrencia progresiva de cambios orgánicos, psicológicos y sociales asociados al paso del tiempo.²

1. Medveded, Z. (1990): “An attempt at a racional clasifcation of theories of aging”. *Biol. Rev* 65: pp.98-175.

2. SEGG- Obra Social Caja Madrid. (2007): “¿Qué significa saber envejecer?”. Guía Didáctica: Saber envejecer. Prevenir la dependencia. pp.15-17.

Ya en las últimas décadas del siglo XX y en los albores del siglo XXI, las distintas comunidades científicas, conscientes del significativo cambio de las pirámides de población y la evidencia de un envejecimiento social progresivo, han dedicado tiempo y esfuerzos a identificar y propiciar lo necesario para el envejecimiento saludable. “...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 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 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 ese objetivo.”³

Así pues, jubilaciones anticipadas, hábitos saludables, conocimiento y uso de diferentes recursos para la mejora física, psíquica y social han dado como resultado generaciones que, como señalaban Vega y Bueno (1995) colaboradores y pioneros en el estudio de los diferentes procesos de envejecimiento en el seno de la universidad de Salamanca, al prolongarse su curso vital planifican su futuro y tiene nuevas y diferentes expectativas.

Y todo ello y de forma contundente obliga a la sociedad, a los investigadores y a los diferentes profesionales implicados, a trabajar para ser capaces de optimizar las diferentes circunstancias que rodean el proceso de envejecimiento.

Podemos señalar que el comienzo de esta responsabilidad, que se iniciaba equilibrando la soberanía del modelo deficitario en el estudio del envejecimiento, surge con fuerza en la década de los años 60 del pasado siglo XX con la aparición del enfoque de la *Psicología del Desarrollo a lo largo de Ciclo Vital*.

Bajo esta perspectiva, el desarrollo se asocia a cada una de las etapas del individuo, desde su nacimiento hasta su muerte y en él están implicados todos y cada uno de los procesos de cambio que se dan a lo largo de toda una vida. Pueden ser cambios de duración variable y pueden implicar crecimiento o declive. Desde esta perspectiva del Ciclo vital además, se ponen de manifiesto la importancia de factores vinculados al entorno o aquellos que tienen que ver con experiencias particulares para entender el desarrollo. Las características asociadas a la edad no son las únicas responsables de los cambios en el desarrollo.

Los autores más representativos del enfoque hablan de dos tipos de influencias: normativas y no normativas. En el primer grupo se encuadran los hechos o factores que están relacionados con la edad cronológica y con la historia/gene-

3. Giró Miranda, J. (2006): *Envejecimiento activo, Envejecimiento en Positivo*. Universidad de la Rioja. Biblioteca de Investigación.

ración de cada individuo, mientras que en el segundo grupo se instalan las influencias que, aunque hablen de aspectos biológicos o sociales, afectan a personas concretas no al grupo normativo o a la generalidad de los individuos. Son cambios que no siguen patrones fijos y son los responsables de gran parte de las diferencias interindividuales.

El psicólogo Baltes afirma, desde esta perspectiva del Ciclo Vital, que durante la infancia los factores más relevantes son los relacionados con la edad, es decir que hay regularidad y homogeneidad en los cambios, pero a medida que el ser humano crece y entra en la etapa adulta, los factores biosociales son más plurales que en la infancia y ahora las influencias en este plano, tanto normativas como no normativas, determinarían los cambios evolutivos que se producen. Dentro de este contexto, la vejez no estaría marcada principalmente por una serie de características homogéneas a todos los individuos, sino que más bien, hablaríamos de vejez como una etapa en la cual seguramente se dan más diferencias individuales, ya que se manifestarían las improntas de toda una vida de experiencias vitales particulares.⁴

Resumir por tanto que la psicología del ciclo vital recoge un enfoque, en su momento revolucionario y padre hoy de nuevas líneas de pensamiento, coherente con una visión integral del curso del ciclo vital y que enfatiza la irrelevancia de la edad, los cambios permanentes, la multidimensionalidad, y la plasticidad, al igual que la importancia del contexto y la historia.

Las distintas investigaciones y estudios al respecto, se refieren al proceso de envejecimiento, a la adultez, la vejez y la muerte en el marco del ciclo vital y enfatizan en las posibilidades relacionadas con el envejecimiento exitoso, el bienestar subjetivo y la sabiduría, acordes con el punto de vista de la psicología positiva.

Algunos de los representantes de la Psicología del Ciclo vital han abordado, entre otros, el estudio de los condicionantes que permiten envejecer de manera óptima (Baltes y Baltes, 1990; Baltes, 1993). Parece ser que el envejecimiento exitoso viene garantizado por la utilización de una serie de estrategias de adaptación a lo largo de todo el ciclo evolutivo. Y, que éstas estrategias resultan especialmente rentables en la etapa de la vejez. Los autores hablan por ejemplo de *seleccionar* ámbitos vitales prioritarios, de *optimizar* la actuación en estos ámbitos y de *compensar* posibles pérdidas de capacidades con otras no deterioradas o con ayudas y/o soportes tecnológicos. (Baltes y Baltes, 1990; Baltes, 1997; Schultz y Heckhausen, 1996).

4. Villar, F. (1998): *Representación social del envejecimiento a lo largo del ciclo vital*. Universidad de Barcelona.

“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 (...). 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.”⁵

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud, (OMS), define el envejecimiento activo 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”*.

En conclusión, tenemos en la actualidad suficiente escrito como para entender que el estudio e intervención con personas mayores hoy, debe anclarse en la falta de estereotipos y prejuicios negativos que han restado optimización y salud a muchas de las oportunidades y recursos que diversas instituciones, avances científicos y sociales han propiciado en las últimas décadas. Es importante propiciar una cultura de envejecimiento activo mediante el diseño de planes, programas y proyectos acordes y coherentes a esta finalidad y creer que es posible de lograr mediante el aprendizaje a lo largo de todo el ciclo vital o lo que es lo mismo, a través de la llamada *educación vitalicia*.

Psicología positiva y proceso de envejecimiento

Nuestro somero recorrido por la historia de las investigaciones en Psicología y en el campo del envejecimiento en particular, nos ha dejado de manifiesto que esta ciencia de la salud se orienta cada vez más hacia la investigación de las fuentes del bienestar y la satisfacción. Como se ha comentado en párrafos anteriores, es importante intentar que los diferentes estudios y vertientes científicas devuelvan una imagen equilibrada, en este caso del ser humano, al resto de la sociedad, reflejando no sólo las debilidades sino también las fortalezas.

Como sabemos, a mediados del siglo XX, el psicólogo americano Martin Seligman descubrió como resultado de sus observaciones el fenómeno de “indefensión aprendida”. La *indefensión aprendida*, o adquirida, es una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene

5. Giró Miranda, J. (2006): *Envejecimiento activo, Envejecimiento en Positivo*. Universidad de la Rioja. Biblioteca de Investigación.

ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga es inútil.

Seligman y Maier, querían descubrir que siente un ser vivo cuando sus acciones no sirven para nada, no conducen a ningún resultado interesante. Para ello entrenaron a dos grupos de perros. En una primera fase el grupo A fue entrenado a escapar de una ligera descarga eléctrica en las patas. Los perros del grupo B, recibieron la misma descarga pero no tenían posibilidad de librarse de ella por mucho que lo intentaran. Conviene señalar que el tiempo de la descarga era igual para ambos, ya que la recibían en el mismo momento, y cuando el primer perro cortaba la electricidad, el otro también dejaba de recibirla.

Después de haber sido expuestos en varias ocasiones a estas experiencias, los perros de los dos grupos eran colocados en unos cajones con dos compartimentos en uno de los cuales recibían la misma descarga que ya conocían. Ahora los perros podían librarse de la descarga sólo saltando al otro compartimento. Incluso si los perros saltaban inmediatamente después de haber sido colocados en esa parte del cajón, ni siquiera recibían la descarga. Esta conocida investigación nos enseña que los perros del grupo A fueron capaces de saltar de compartimento e incluso después de diversos ensayos, capaces de evitar la descarga y, que la gran mayoría de los perros del grupo B, que en la primera fase habían recibido la descarga sin poder hacer nada por evitarlo, soportaban la descarga pasivamente y no eran capaces de reaccionar o de evitar la descarga aunque ahora nada se lo impedía.

En cualquier caso, el efecto psicológico en ambos animales era muy distinto; mientras el primero mostraba un comportamiento y un ánimo normal, el otro permanecía quieto, lastimoso y asustado, con lo que la importancia de la sensación de control en el estado de ánimo parecía demostrada. Incluso cuando la situación cambiaba para el segundo animal, y sí podía controlar las descargas, era incapaz de darse cuenta y seguía recibiendo descargas sin intentar nada para evitarlo. Como resultado, el animal permanece pasivo frente a una situación displacentera o dañina, incluso cuando dispone de la posibilidad real de cambiar estas circunstancias.

La teoría de la indefensión aprendida ha sido utilizada para explicar el mecanismo de la depresión. Cuando estamos deprimidos -dirían los defensores de esta relación-, percibimos que nuestra situación vital es dolorosa, y no distinguimos ninguna solución ni ninguna posible vía de escape a nuestro alcance; nos sentimos mal y no sabemos hacer nada para cambiarlo. Estos resultados de los experimentos de Seligman y Maier están ligados por tanto a la importancia de nuestras expectativas de eficacia. Es decir, lo haremos si creemos que podemos hacerlo y se bloquearan nuestros recursos si pensamos que fallaremos estrepitosamente.

Asociando todos estos conocimientos con los numerosos capítulos que la ciencia de la psicología ha dedicado a escribir sobre la importancia e influencia de los roles y estereotipos tan negativistas asociados a la vejez, y asociándoles también, al extenso legado que el modelo de disminución y déficit en el estudio de la psicología del envejecimiento nos ha dejado, no es difícil imaginar la gran dificultad que los protagonistas de los cambios que se hayan ido produciendo a lo largo del ciclo vital, es decir, ancianos y ancianas de culturas sociales dominantes en el siglo pasado, habrán tenido que sufrir para intentar adaptarse a nuevos requerimientos de la vida social, familiar e incluso personal. Seguramente sus expectativas de autoeficacia no eran, en demasiadas ocasiones, las más saludables.

Estos conocimientos sobre la importancia de las expectativas de eficacia ante cualquier tarea, subrayaba la importancia de nuestro pensamiento y su enorme influencia en nuestros sentimientos y emociones. Seligman dejaba claro entonces, que la indefensión se aprende, pero dio un paso más allá y su razonamiento exponía que *si las personas son susceptibles de aprender a sentirse mal, también pueden aprender a sentirse bien*⁶. Nació el concepto de optimismo aprendido.

Hablaremos por tanto de emociones, pensamientos y comportamientos y de su tendencia a una línea coherente de acción. Habrá que trabajar, por tanto para que su línea sea positiva y constructiva, pero antes, para terminar esta clásica introducción que explica los comienzos de la psicología positiva transcribimos un pequeño cuento, que esperamos sirva como reflexión y anécdota.

Cuando yo era chico me encantaban los circos, y lo que más me gustaba de los circos eran los animales. También a mí como a otros, después me enteré, me llamaba la atención el elefante. Durante la función, la enorme bestia hacia despliegue de peso, tamaño y fuerza descomunal, pero después de su actuación y hasta un rato antes de volver al escenario, el elefante quedaba sujeto solamente por una cadena que aprisionaba una de sus patas a una pequeña estaca clavada en el suelo.

La estaca era solo un minúsculo pedazo de madera apenas enterrado unos centímetros en la tierra y, aunque la cadena era gruesa y poderosa me parecía obvio que un animal capaz de arrancar un árbol de cuajo con su propia fuerza, podría con facilidad, arrancar la estaca y buir.

El misterio es evidente: -¿Qué le mantiene entonces?-, ¿Por qué no buye?

Cuando tenía cinco o seis años, y todavía confiaba en la sabiduría de los adultos pregunté a algún padre, a algún maestro o a algún tío por el misterio

6. Seligman, M.E.P. (1990): *Learned Optimism*. New York: Knopf. (reissue edition, 1998, Free Press).

del elefante. Alguno de ellos me explico que ele elefante no se escapaba porque estaba amaestrado. Hice entonces la pregunta obvia: -Si está amaestrado, ¿por qué lo encadenan? No recuerdo haber recibido ninguna respuesta coherente y con el tiempo me olvidé del misterio del elefante y la estaca...

Hace algunos años descubrí que por suerte para mí alguien había sido lo bastante sabio como para encontrar la respuesta: "El elefante del circo no escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde que era muy pequeño". Cerré los ojos e imaginé al pequeño recién nacido sujeto a la estaca. Estoy seguro de que en aquel momento el elefantito empujó, tiró y sudó tratando de soltarse y a pesar de todo su esfuerzo, no pudo. La estaca era ciertamente, muy fuerte para él. Juraría que se durmió agotado y que al día siguiente volvió a probar, y también al otro y al siguiente y al otro...hasta que un día, un terrible día para su historia, el animal acepto su impotencia y se resignó a su destino. Este elefante enorme y poderoso no escapa porque CREE QUE NO PUEDE. El elefante tiene registro y recuerdo de su impotencia, de aquella impotencia que se siente después de nacer y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar seriamente ese registro. Jamás.....jamás .intento poner a prueba su fuerza otra vez...

Cada uno de nosotros somos un poco como ese elefante: vamos por el mundo atados a cientos de estacas que nos restan libertad. Vivimos creyendo que hay un montón de cosas que no podemos hacer simplemente porque alguna vez probamos y no pudimos.....La única manera de saber es intentándolo de nuevo!!!

A partir de este momento, los investigadores de la Psicología Positiva han dedicado su esfuerzo a la búsqueda de distintos métodos capaces de imprimir optimismo, capacidad de resistencia y otros recursos que nos permitan obtener buenos y positivos resultados en el campo de la prevención e intervención psicológica. Se busca comprender, a través de la investigación científica, los procesos que subyacen a las cualidades y emociones positivas del ser humano, durante tanto tiempo ignoradas por la psicología, para que sea posible educar en alcanzar mejor calidad de vida y bienestar.

A su vez, la Psicología Positiva intenta potenciar lo mejor de nosotros mismos, incluso cuando nos encontramos mal. Lo hace sometiendo la felicidad a la medición precisa, al estudio empírico y al debate académico del más alto nivel. Gracias a ella se están abriendo nuevos horizontes de investigación a temas como la gratitud, el perdón, el coraje, que nunca se habían considerado temas investigables. Como el propio Seligman (2003) ha declarado en alguna ocasión, se pretende tratar empíricamente algunos de los conceptos que han ido ofreciendo buenos resultados y que han sido más manejados por la población en general, a partir de la llamada literatura de autoayuda.

Se están abriendo por tanto, nuevas vías de intervención especialmente en el tratamiento de problemas de ansiedad y de depresión. Se trata de poder eliminar síntomas y de poder superar ciertos estados de insatisfacción o parálisis vital.

Los diferentes autores o corrientes que parecen emerger a partir de esta nueva filosofía comparten una premisa básica: la felicidad es salud. Así, recientes investigaciones apuntan que las emociones positivas pueden ser potenciadas y ayudan a prevenir la aparición de determinadas enfermedades. No sólo el amor, el humor y la inspiración creativa producen bienestar, sino también el optimismo, la empatía, el altruismo, la ética en el trabajo y el esfuerzo de superación personal. *“Hay claves muy relevantes para aprender a ser feliz. Sabemos que nadie nace desdichado, como decía Bertrand Russell. De modo que si se aprende a ser infeliz, seguro que se puede aprender a ser más dichoso. Las relaciones íntimas y plenas con otras personas son una de las claves más importantes pues al fin y al cabo somos animales sociales”*⁷.

El optimismo es uno de los tópicos que mayor interés ha despertado entre los investigadores de la psicología positiva. Puede definirse como una característica disposicional de personalidad que media entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos. Hablamos de optimismo como la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables.

Es el valor que nos ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo que tienen las personas y las circunstancias, confiando en nuestras capacidades y posibilidades junto con la ayuda que podemos recibir.

La comunidad científica ha dedicado tiempo y creatividad al conocimiento de la influencia de las emociones positivas y la actitud optimista en la trayectoria del ciclo vital.

Dentro del número especial de la revista *American Psychologist* sobre psicología positiva, se analiza de forma exhaustiva la situación actual del concepto de optimismo dentro de la psicología científica⁸. La investigación ha demostrado que aquellas personas más optimistas tienen mejor humor, son más perseverantes y exitosas y gozan de un mejor estado de salud.

Un conocido estudio analiza la correlación positiva entre el contenido emocional de breves manuscritos autobiográficos que 180 monjas escribieron a su entrada en el convento, con unos veintidos años y la longevidad que posteriormente alcanzaron, siendo evaluadas a la edad de 75-90 años. Aquellos manuscritos

7. Avía y Vázquez (1998): *El optimismo inteligente*. Alianza Editorial.

8. Peterson, C. (2000): “The future optimism”. *American Psychologist*, 55: 44-55.

tos que presentaron un mayor contenido emocional positivo pertenecían a las monjas más longevas⁹.

Otro sorprendente estudio al respecto, analiza la relación entre las expresiones emocionales positivas que un grupo de mujeres dejó plasmadas en las fotografías de su anuario escolar y diferentes variables de personalidad, la evaluación por parte de observadores externos y metas alcanzadas por ellas en su madurez. La expresión emocional positiva correlaciona con resultados favorables en el matrimonio y en el bienestar personal 30 años después de ser tomadas las fotografías.¹⁰

Al comienzo del milenio, Fredrickson desarrolla la hipótesis de que las estrategias de intervención que utilizan emociones positivas son particularmente adecuadas para prevenir y tratar problemas derivados de emociones negativas, como ansiedad, depresión, estrés... El modelo que sustenta esta hipótesis (Broaden and built model, 1998), se basa en el efecto neutralizador que las emociones positivas tienen sobre las negativas.¹¹

En general, las aportaciones científicas al respecto del tema que nos ocupa, nos permiten un atractivo viaje hacia la recuperación de fortalezas intrínsecas al ser humano y que quizá estaban un poco olvidadas.

Parece que las personas más optimistas tienden a tener mejor humor, a ser más perseverantes y exitosos e, incluso, a tener mejor estado de salud física. De hecho, uno de los resultados más consistentes en la literatura científica es que aquellas personas que poseen altos niveles de optimismo y esperanza (ambos tienen que ver con la expectativa de resultados positivos en el futuro y con la creencia en la propia capacidad de alcanzar metas) tienden a salir fortalecidos y a encontrar beneficio en situaciones traumáticas y estresantes.

Además, diversos autores exponen que la inmensa mayoría de las personas somos optimistas. El optimismo aparece como una característica fundamental de la vida, desarrollada a lo largo de la evolución por su inmensa utilidad a la hora de sobrevivir en un entorno a menudo hostil.

9. Danner, D.D., Snowdon, D.A. & Friesen, W.V. (2001): "Positive emotions in early life and longevity. Findings from the nun study". *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5):804-813.

10. Harker, L.A. & Keltner, D. (2001): Expressions of positive emotion in womens college year-book pictures and their relationship to personality and lifes outcome across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1):112-124.

11. Fredrickson, B.L. (2000): "Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being". *Prevention & Treatment*, 3 (on-line).

Por otro lado o en segundo término, la psicología positiva se vincula también con el concepto de resiliencia. Este concepto ha sido tomado de la física, y es la capacidad de los materiales de regresar a su estado inicial aunque hayan sido completamente alterados. Pero si lo utilizamos en psicología o en cualquier otra ciencia humana, resiliencia quiere decir más que eso, y es, por ejemplo, la capacidad que muestran las personas para atravesar circunstancias difíciles o trágicas y salir fortalecidos de eso.

Las investigaciones y avances conseguidos por la comunidad científica del pasado siglo, consiguieron hacernos conscientes y aprender a identificar, prevenir o paliar numerosos factores de riesgo de distintos campos. Ahora el giro actitudinal y cognitivo hacia esos factores de riesgo consiste en darse cuenta de que no tienen porque implicar una “condena”¹² sino que pueden convertirse en oportunidad. La resiliencia es la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. La resiliencia parece una realidad confirmada por el testimonio de muchísimas personas que, aún habiendo vivido una situación traumática, han conseguido encajarla y seguir desenvolviéndose y viviendo, incluso, en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos latentes e insospechados. Aunque durante mucho tiempo las respuestas de resiliencia han sido consideradas como inusuales e incluso patológicas por los expertos, la literatura científica actual demuestra de forma contundente que la resiliencia es una respuesta común y su aparición no indica patología, sino un ajuste saludable a la adversidad.

La adaptación de esta corriente al estudio del ciclo evolutivo y de la etapa de la vejez en particular nos lega un esperanzador y apasionante material sobre el que es conveniente reflexionar. Así por ejemplo, según señala un estudio realizado por el Sam and Rose Stain Institute for Research on Aging (SIRA), perteneciente a la Universidad de California en San Diego, la felicidad en la vejez depende más de una actitud positiva que de la salud que se tenga. El estudio llama la atención por la inusual consideración de criterios subjetivos para evaluar el estado del envejecimiento. La investigación, señala que el optimismo y la actitud de “hacer frente” a las cosas son más importantes para conseguir un envejecimiento exitoso, que las mediciones tradicionales de salud y bienestar.

Pensar en positivo también nos hace más longevos. Un estudio de la Universidad de Yale, en Estados Unidos, encabezado por la doctora Becca Levy y realizado durante varias décadas sobre más de 600 personas mayores de cincuenta

12. Masten, A.S. (2001): “Ordinary Magic: Resilience processes in development”. *American Psychologist*, 56 (3): 227-238 .

años, demostró que aquellos con una disposición más positiva hacia el envejecimiento vivían más tiempo (hasta un promedio de 7,5 años), y libres de enfermedades típicamente asociadas a la vejez.

Uno de los descubrimientos más interesantes de los últimos años es que, en contra de lo que se piensa, las personas mayores tienen tantas emociones positivas como los jóvenes; pero, sobre todo, tienen menos emociones negativas. Como Seligman deja patente en sus tratados e investigaciones, no se trata de desechar el modelo de enfermedad, sino de reconocer que también *necesitamos una ciencia que nos informe sobre las virtudes humanas*.

En definitiva, tanto los protagonistas de un envejecimiento exitoso como los profesionales responsables de alguna parte de ese éxito, y a sociedad en general, debemos, queremos y tenemos que afianzar e interiorizar las aportaciones que la psicología positiva nos favorece, de forma que podamos comenzar a trabajar en programas concretos de intervención .

Estos programas y proyectos han de atender a los tres niveles básicos de actuación:

- Nivel actitudinal: emociones positivas y optimismo.
- Nivel cognitivo: líneas de pensamiento constructivo y hacia la búsqueda de soluciones.
- Nivel conductual: optar por comportamientos nutrientes. Convertimos el tiempo libre en ocio.

¿Puede la psicología positiva aportar recursos para un ocio saludable en la vejez?

Nos interesa señalar, que cómo se deduce de estudios y aportaciones comentadas anteriormente, el buen estado físico y tener tiempo libre no nos garantizan un envejecimiento óptimos. Sin embargo, una buena actitud es casi una garantía de un buen envejecimiento y el tiempo libre y la óptima elección para nuestro tiempo es, ante todo, una cuestión de actitud, y esto se comprueba a cualquier edad.

Obviamente, en la etapa de la vejez se convierte, si cabe, en una cuestión más importante. Hablamos de calidad de vida y de envejecimiento saludable.

Si durante algunas décadas el contexto que rodeaba al ser humano se ha visto como promotor de algunos de los cambios negativos que han tenido lugar a lo largo del ciclo vital, como estresor o fuente de estímulos contaminantes, vemos ahora, la oportunidad que el medio brinda como nutriente y estimulante de una vida mejor.

Sabemos ya desde Aristóteles (Ética a Nicómano) que el tiempo libre no implica necesariamente ocio. Sólo cuando el primero se usa correcta y sabiamente puede llegar a ser ocio. Aprendamos pues utilizar a nuestras fortalezas en los distintos niveles actitudinales, cognitivos y conductuales en esta línea.

Circula por el espacio cibernético la anécdota sobre esa anciana estadounidense que se matriculó en la universidad con una edad ya muy avanzada y que después de ganarse el aprecio, respeto y admiración de compañeros y profesores, fue homenajeadada por sus buenas calificaciones y se le preguntó al respecto de esta decisión de compartir aulas y otras experiencias con jóvenes. Ella contestó algo obvio, que suele olvidársenos con frecuencia: "ENVEJECER ES OBLIGATORIO, CRECER ES OPCIONAL"

Comencemos nuestro trabajo con una nueva lectura que nos ayudará a reflexionar sobre la dirección que en ocasiones toma nuestro empeño. El esfuerzo y la dedicación pueden ser muy frustrantes sino se realizan en la dirección adecuada.

EL LEÑADOR TRABAJADOR

Había una vez un leñador que se presentó a trabajar en una maderera. El sueldo era bueno y las condiciones de trabajo mejores aún, así que el leñador se propuso hacer un buen papel.

El primer día se presentó al capataz, que le dio un hacha y le asignó una zona del bosque. El hombre entusiasmado salió al bosque a talar. En un solo día taló dieciocho árboles.

Te felicito -le dijo el capataz-. Sigue así.

Animado por las palabras del capataz, el leñador se decidió a mejorar su propio trabajo al día siguiente. Así que esa noche se acostó muy temprano. A la mañana siguiente se levantó antes que nadie y se fue al bosque. A pesar de todo de empeño, no consiguió cortar más que quince árboles.

Debo de estar cansado -Pensó;y decidió acostarse con la puesta de sol.

Al amanecer se levantó decidido a batir su propia marca de dieciocho árboles. Sin embargo, ese día no llegó a talar ni la mitad de esa cifra.

Al día siguiente fueron siete, luego cinco, y el último día estuvo toda la tarde tratando de talar su segundo árbol.

Inquieto por lo que diría el capataz, el leñador fue a contarle lo que le estaba pasando y a jurarle y perjurarle que se estaba esforzando hasta el desfallecimiento.

El capataz le preguntó:

¿Cuándo afilaste tu hacha por última vez?

¿Afilas? No he tenido tiempo de afilar. He estado demasiado ocupado talando árboles.

La principal diferencia que existe entre una actitud optimista y su contraparte -el pesimismo- radica en el enfoque con que se aprecian las cosas: empeñarnos en descubrir inconvenientes y dificultades nos provoca apatía y desánimo. Sin embargo, centrar todo nuestro esfuerzo en un aura de optimismo no nos garantiza resultados. Para evitar la frustración, como ocurre en el caso del leñador, es importante redundar en la idea de optimismo inteligente. Supone hacer ese mismo esfuerzo para encontrar soluciones, ventajas y posibilidades.

Hablamos por tanto de una actitud optimista, cimiento vital de un envejecimiento satisfactorio, pero que no puede estar exento de una dedicación al cuidado de nuestro plano cognitivo. Un pensamiento positivo implica saber identificar nuestras posibles trabas o distorsiones cognitivas, a veces más utilizadas por hábito que por convencimiento. Si identificamos y trabajamos nuestras distorsiones cognitivas (Cuadro 1), conseguimos las modificaciones oportunas y necesarias para nuestro objetivo.

Un plano cognitivo saludable es generador de búsqueda de emociones y experiencias positivas y es importante recalcar la idea de que se puede aprender a pensar optimistamente, constructivamente o positivamente como queramos llamarlo.

Es necesario señalar a su vez, que cuando hablamos de optimismo inteligente, de aprender a pensar positivamente, de la felicidad como fuente de salud, de ocio saludable y de envejecimiento exitoso en general, no estamos hablando de ocultar realidades dolorosas o de evitar emociones como la rabia, la tristeza o el resentimiento. Tampoco hablamos de llenar las horas de nuestros días a base de actividades más o menos agotadoras o relajantes según la moda y las últimas tendencias.

Más bien al contrario, pretendemos que exista una toma de conciencia de la realidad, sea ésta cual fuere, en ocasiones más facilitadora y en otras menos, y a partir de ella, construyamos alternativas saludables. Una forma de ser y de estar en el mundo que nos nutra más que nos contamine a todos los niveles. Así por ejemplo, el envejecimiento activo pasa por elegir que tipo de pensamientos quiero que me acompañen en mi cabeza. Al fin y al cabo se trata de la “banda sonora” que me acompaña y una vez que somos conscientes de sus efectos a nivel emocional y conductual, merece la pena pararse a elegirlos. Unos pensamientos libres de distorsiones e interpretaciones invasivas de la realidad, son unos pensamientos sanos.

Por otro lado, nuestras emociones necesitan ser “drenadas”. Sentir en intrínseco al ser humano y cómo tal el manejo adecuado de las emociones se convierte en una necesidad básica más de los individuos. Las emociones no se juzgan, no pertenecen al plano racional, no podemos elegir las, pero si provocar aquellas

que deseemos y aceptar, identificar y drenar aquellas más dolorosas o menos gratificantes para que no se produzca un “atasco emocional”.

Cuadro 1. *Distorsiones cognitivas: ¿pensamientos automáticos?*

<p>FILTRAJE O ABSTRACCIÓN SELECTIVA:</p> <p>Consiste en seleccionar un solo aspecto de la situación. No se percata de otros aspectos que lo contradicen. Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida. (ej: encuentro con un amigo, hablo de muchas cosas agradables y discuto de política...)</p> <p>Palabras clave: “no puedo soportar esto”, “es horrible”, “es insoportable”</p>
<p>PENSAMIENTO POLARIZADO</p> <p>Consiste en valorar los acontecimientos de forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Bueno/malo, Blanco/negro</p> <p>Palabras clave: “soy un inútil”, “sólo me pasan cosas malas”...</p>
<p>SOBREGENERALIZACIÓN</p> <p>Sacamos una conclusión general de un solo hecho particular, sin base suficiente</p> <p>Palabras clave: “Todo”, “Nunca”, “Nadie”, “Siempre”, “Todos”...</p>
<p>INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO</p> <p>Se refiere a interpretar los sentimientos e intenciones de los demás. Pueden estar basadas en un mecanismo proyectivo.</p> <p>Palabras Clave: “Eso es porque...”, “Sé que eso es por..”, “Eso se debe a...”</p>
<p>VISIÓN CATASTRÓFICA</p> <p>Consiste en adelantar acontecimientos de forma catastrófica para los intereses personales. Nos ponemos en lo peor para uno mismo sin prueba alguna.</p> <p>Palabras clave: “¿Y si me pasa como a ...”, “seguro que ..”</p>
<p>PERSONALIZACIÓN</p> <p>Consiste en el hábito de relacionar, sin base, los hechos del entorno con uno mismo.</p> <p>Palabras clave: “seguro que piensa que soy aburrida”, “lo dice por mí...”, “hago esto mejor (peor) que tal..”, “sé que lo dice por mí”</p>
<p>FALACIA DE CONTROL</p> <p>Consiste en como la persona se ve a sí misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. O bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo, se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida.</p> <p>Palabras clave: “Si otros cambiaran su actitud, yo me sentiría bien...”, “No puedo hacer nada por..”, “Yo soy el responsable de todo..”</p>

Cuadro 1. *Distorsiones cognitivas: ¿pensamientos automáticos?* (continuación)

<p>FALACIA DE JUSTICIA</p> <p>Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos.</p> <p>Palabras Clave: “Si de verdad me quisiera no me diría eso...”, “Es injusto que no...”</p>
<p>RAZONAMIENTO EMOCIONAL</p> <p>Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Si me siento ansioso, es que hay peligro real, si me siento enfadado, alguien me ha hecho algo. Los sentimientos se toman como hecho objetivo y no derivada de la interpretación personal.</p>
<p>FALACIA DE CAMBIO</p> <p>Consiste en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás.</p> <p>Palabras clave: “Si tal cambiara, entonces yo podría...”</p>
<p>ETIQUETAS GLOBALES</p> <p>Palabra Clave: “ser”. “Todos lo jóvenes son unos...” “Con las mujeres no se puede...”</p>
<p>LOS DEBERÍAS</p> <p>Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre cómo tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de estas reglas u normas se considera intolerable y conlleva alteración emocional extrema. Creencias irracionales vs creencias irracionales que son preferencias que pueden producir malestar si no se consiguen pero no alteraciones extremas.</p> <p>Palabras Clave: “tengo que”, “tiene que...”</p>
<p>FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA</p> <p>Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales, suponiendo que la situación mejorará “mágicamente” en el futuro.</p> <p>Ej: “si aguanto el día de mañana se dará cuenta de lo que hago por él”,...</p>

En el plano comportamental, un envejecimiento exitoso contempla unas relaciones de calidad tanto con los demás individuos como con el medio. Un conocimiento y uso y disfrute de las habilidades de comunicación o destrezas sociales así como de los recursos sociales a nuestro alcance sobre los que ya existe muchísima información visual, auditiva, escrita, de carácter público, privado...etc.

Saber envejecer, implica obviamente saber elegir: ¿qué?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿con quien?, ¿para qué? Si estas elecciones están basadas en una actitud optimista y constructiva tiene una mayor garantía de satisfacción. Esta secuencia de alternativas supone el combustible con el andamos a lo largo de todo el ciclo

vital. Elijamos los pensamientos, emociones y comportamientos que más nos satisfagan y nos ayuden a crecer.

Asumamos la responsabilidad de nuestra forma de ser, se estar y de sentir en los diferentes momentos y dejemos de sentirnos víctimas de las circunstancias físicas, psíquicas y sociales que nos va tocando vivir. (Aunque, insisto, haya circunstancias infinitamente más favorecedoras que otras).

Es conveniente conocer que todo lo que trabajemos en un plano (actitud, pensamiento o comportamiento) tendrá su efecto en los otros, en aras de esa coherencia interna que al parecer necesitamos los individuos. Optimicemos nuestra realidad y el ámbito del tiempo de ocio, presenta una oportunidad única para comenzar a ensayar y aprender sobre el envejecimiento exitoso.

Podemos, para ello, utilizar ocho pasos básicos que Carmelo Vázquez y María Dolores Avía (1998) recomiendan seguir las siguientes pautas para aprender a ser más optimista:

1. *Ponte metas alcanzables y con sentido para ti.*
2. *Ábrete al exterior para olvidarte de ti mismo.*
3. *Reconoce y satisface tus necesidades biológicas.*
4. *Reconoce tus méritos y tus capacidades.*
5. *Sé valiente y afronta tus miedos.*
6. *Educa y perfecciona tu capacidad de goce.*
7. *Desarrolla el gusto por el juego y la travesura.*
8. *Expresa el amor y cultiva la amistad.*

Así pues, parece ser que podemos concluir que los diferentes estudios e investigaciones que han tenido lugar a partir de esa línea de salida señalada por Birren (1961) en 1835 y a lo largo, por tanto de casi dos siglos, quieren dejar de manifiesto la idea de que el envejecimiento óptimo es posible: cuantitativa y cualitativamente.

Este envejecimiento significa la autorrealización a través del curso evolutivo de la vida. Para ello, es necesario ser consciente de los factores biopsicosociales que afectan o están relacionados con nuestra satisfacción en la vejez y realizar una especie de evaluación de nuestra propia satisfacción vital o salud subjetiva que nos estimule a poner en práctica los recursos necesarios (optimismo, pensamiento positivo, control personal sabiduría, hábitos saludables, etc.) para convivir saludablemente con nuestros acontecimientos vitales.

Quizá, la mejor forma de resumir esta idea es acercarnos a las palabras del propio Martin Seligman en marzo de 2003, cuándo fue preguntado acerca de su “receta para la felicidad”.

“En realidad tengo tres, que se aplican a tres niveles que llamo la vida placentera, la vida buena y la vida con sentido. Para la primera la receta es llenar la vida de todos los placeres posibles, y aprender una serie de métodos para saborearlos y disfrutarlos mejor. Por ejemplo compartirlos con los demás, aprender a describir y recordarlos, y también utilizar técnicas como la meditación para ser más conscientes de los placeres.

El segundo nivel, el de la buena vida, se refiere a lo que Aristóteles llamaba eudaimonia, que ahora llamamos el estado de flujo. Para conseguir esto la fórmula es conocer las propias virtudes y talentos y reconstruir la vida para ponerlos en práctica lo más posible. Con esto se consigue no una sonrisa sino la sensación de que el tiempo se para, de total absorción en lo que uno hace. La buena vida no es esa vida pesada de pensar y sentir, sino de sentirse en armonía con la música vital. Creo que mi perro lo podría resumir así: “corro y persigo ardillas, luego existo”.

El tercer nivel consiste en poner tus virtudes y talentos al servicio de alguna causa que sientas como más grande que tu. De esta manera dotas de sentido a toda tu vida.”

Bibliografía

- AVIA, M.D. y VÁZQUEZ, C. (1998): *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- BALTES, P.B; REESE, H.W; NESSELROADE, J. R. (1981): *Métodos de Investigación en psicología evolutiva. Enfoque del Ciclo vital*. Madrid: Morata.
- BALTES, P.B (1983): *Psicología evolutiva del ciclo vital; algunas observaciones convergentes sobre la historia y teoría*. Madrid: Alianza.
- BIRREN, J.A. (1961): “A brief history of de psychology of aging”. *Gerontologist* 1.
- Csikszentmihaly, Mihaly (2001): *Experiencia óptima. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- DANNER, D.D., SNOWDON, D.A. & FRIESEN, W.V. (2001): “Positive emotions in early life and longevity. Findings from the nun study”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(5).
- FREDRICKSON, B.L. (2000): “Cultivating Positive Emotions to Optimize Health and Well-Being”. *Prevention & Treatment*, 3.
- GIRÓ MIRANDA, J. (2006): *Envejecimiento activo, Envejecimiento en Positivo*. Logroño: Universidad de La Rioja.
- HARKER, L.A. & KELTNER, D. (2001): “Expressions of positive emotion in womens college yearbook pictures and their relationship to personality and

- lifes outcome across adulthood". *Journal of Personality and Social Psychology*, 80.
- MASTEN, A.S. (2001): "Ordinary Magic: Resilience processes in development". *American Psychologist*, 56.
- MEDVEDED, Z. (1990): "An attempt at a racional clasification of theories of aging". *Biol. Rev*, 65.
- PETERSON, C. (2000): "The future optimism". *American Psychologist*.
- ROJAS MARCOS, L. (2005): *La fuerza del optimismo*. Madrid: Aguilar.
- SCHULTZ, R; HECKHAUSEN, J. (1996): "A life span modelo f successful aging". *American psychologist*.
- SEGG (2007): *Guía Didáctica: Saber envejecer. Prevenir la dependencia*. Obra Social Caja Madrid.
- SELIGMAN, M.E.P. (1990): *Learned Optimism*. New York: Knopf.
- (1996): *The Optimistic Child: Proven Program to Safeguard Children from Depression & Build Lifelong Resilience*. New York: Harper-Perennial.
- (2003): *La Felicidad auténtica*. Barcelona: Ediciones B.
- TRIADÓ, C (2001): "Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez". *Contextos educativos*, 4, p. 119-133.
- VEGA, J,L; BUENO, B. (1995): *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- VILLAR, F (1998): *Representación social del envejecimiento a lo largo del ciclo vital*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

OCIO Y MUJERES CUIDADORAS

José Javier Miguel de la Huerta
Suspergintza Elkartea. Fundación EDE Bilbao

Lourdes Bermejo García
Sociedad Española de Gerontología

Las familias proporcionan en España hasta un 80% de los cuidados de salud que demandan las personas dependientes. Estas tareas, habitualmente recaen sobre una cuidadora principal que experimenta, en mayor o menor grado, problemas de salud como consecuencia del ejercicio de su rol (García-Calvete y Mateo-Rodríguez, 2001; Paleo, Falcón y Rodríguez, 2004; Rodríguez Cabrero, 2004).

En relación con la atención a la unidad familiar, en nuestro entorno se constata que las mujeres tienen atribuido un rol social caracterizado por ser el eslabón que articula los servicios y prestaciones de la política social y la atención de las necesidades de cada persona que compone la unidad familiar. El debate que precedió a la Ley de Promoción de la Autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia no hizo sino visibilizar uno de los grandes retos a los que han de hacer frente las políticas sociales en el siglo XXI.

La dependencia es un constructo multicausal donde los factores biológicos, psicológicos y sociales son todos ellos antecedentes que inducen a la dependencia conductual, esto es, a solicitar o aceptar pasiva o activamente la ayuda de los demás (Montorio Cerrato & Losada Baltar, 2004). El cuidado informal es, en su nivel más general y propio, el que se presta por parientes, amigos o vecinos. Este conjunto difuso de redes suele caracterizarse por su reducido tamaño, por existir afectividad en la relación, y por realizar el cuidado no de manera ocasional, sino

mediante un compromiso de cierta permanencia o duración. Así, el apoyo informal consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención (Rodríguez, 2004).

En España hay aproximadamente 1.691.799 mayores dependientes (Palombi, Alvarez y Bocho, 2004). La familia asume el mayor peso en la provisión de los cuidados de larga duración que precisan estas personas (sólo el 6,5% los recibe de los servicios sociales). Un rol que recae de forma abrumadora sobre la mujer (83,6%) y que tiene, entre sus consecuencias, el que el 61,8% de las mismas afirmen que ha reducido su tiempo de ocio, les resulte imposible irse de vacaciones (38%), y que no dispongan de tiempo para frecuentar amistades (31,8%) o para cuidar de sí mismas (27,2%) (Artaso, Goñi y Biurrun, 2003).

Resultados similares se encuentran documentados en la literatura científica internacional a lo largo de la última década. El corpus científico en torno a las experiencias de ocio de las cuidadoras informales ha crecido significativamente (Bedini & Phoenix, 2004) prestando atención tanto a los beneficios que reportan en el mantenimiento y mejora de su salud (física y psicológica) como a las limitaciones que constriñen su disfrute (Bedini, 2002; Stevens *et al.*, 2004; Montegudo, 2004; Bedini *et al.*, 2004; Bedini, Gladwell, Bowens y Hutchinson, 2005).

El derecho al ocio por un lado, y la concepción feminista de la “ética del cuidado” por otro, fundamentan buena parte de los estudios que tratan de analizar la percepción que las cuidadoras tienen del ocio y del cuidado (Strang, 2001).

El enfoque ético del problema del cuidado ha priorizado sobre todo la necesidad de reconocimiento específico del trabajo de las mujeres, no sólo por su aportación fundamental sino por los supuestos valores asociados a dichas prácticas y la necesidad de universalizar dichos valores; lo que ha llevado en general a sus defensoras a centrarse sobre todo en los derechos de las mujeres, y en la necesidad de aliviar la carga que suponen los cuidados.

Las cuidadoras de personas mayores dependientes sufren la pérdida efectiva de la compañía y del apoyo de su familiar en un proceso “de extrañamiento” (Johnson y McCown, 2001) al que va emparejado frecuentemente el aislamiento social y la necesidad de tomar complejas decisiones financieras, legales y sociales. Y es que, la carga de la atención a la persona enferma es, en no pocas ocasiones, a un tiempo financiera, emocional y físicamente muy importante. A la larga cadena de pérdidas que acompañan el proceso de cuidado, se añade la disminución del tiempo libre o tiempo de ocio.

El cuidado de una persona dependiente supone un acontecimiento vital de tal magnitud que puede motivar una reducción significativa del tiempo que los

cuidadores empleaban en realizar sus actividades de ocio. Hasta un 61,8% de los y las cuidadoras hacen alusión a la reducción de sus actividades de ocio como consecuencia de la prestación de cuidados (García de la Red, 2000).

Vivimos en una sociedad en la que las mujeres están abocadas a ocupar la mayor parte de su tiempo en hacer posible el tiempo de las otras personas. La responsabilidad que asumen es tal, que muchas mujeres no consideran siquiera que puedan tener un tiempo propio, incluso no consideran que puedan tener un deseo propio, aquél que nos permite entrar en una dinámica de (re)afirmación personal y por lo tanto, esta concepción niega a la cuidadora su derecho al ocio.

Estos cuidados suponen una responsabilidad social absolutamente generalizada y naturalizada que afecta más a las mujeres adultas, y que se apoya en una visión social diferente de lo que es el trabajo realizado por hombres o por mujeres, y en una separación cultural de lo racional que queda ligado a los hombres y a lo público, y lo emocional, asociado a las mujeres y a lo privado. De hecho, en general, el cuidado no es considerado un trabajo sino algo que hacen las mujeres que iría ligado a los sentimientos y a los afectos. Desde la ética del cuidado se aboga por el reconocimiento y la visibilización del trabajo que aportan las mujeres en la atención a la dependencia (Zarit y Zarit, 1996; Pastor, Villar, López, Varea y Zaplana, 2003).

En este sentido, la necesidad de impulsar investigaciones empíricas, sobre todo cualitativas, que nos ayuden a un mejor acercamiento a la realidad de la vivencia del ocio por parte de la mujer cuidadora ha recibido un impulso creciente durante los últimos diez años (Bedini *et al.*, 2005). Sin duda motivado por la constatación de un mayor nivel de riesgo de enfermedades físicas y psicológicas entre las mujeres que presentan percepciones negativas sobre el ocio y/o pobres experiencias de ocio.

Consideraciones teóricas en torno al ocio y el perfil de la cuidadora informal.

Obstáculos y percepciones

Preguntados por los ajustes que han de hacer en sus vidas debido a la provisión de ayuda a su familiar enfermo, las cuidadoras aluden con mucha frecuencia a la reducción o abandono de actividades e intereses como puede ser la práctica de ejercicio regular, hobbies, disponer de tiempo libre para sí mismas, su vida sexual, mantener relaciones con sus amistades, mantener contactos telefónicos y visitas, relajarse, participar en la vida de su comunidad, irse de vacaciones, actividades relacionadas con la iglesia, o en general, disfrutar de la oferta de ocio de su ciudad. El porcentaje de cuidadoras que mencionan estos cambios oscila entre los diferentes estudios desde el 55% (White-Means *et al.*, 1994)

hasta el 74% (Dunn *et al.*, 2001), si bien este fenómeno no ocurre en todos los casos, ni con la misma frecuencia e intensidad.

Para comprender mejor la relación del ocio y el cuidado, se han establecido cuatro perfiles tipo de cuidadoras:

1. En el primer grupo se encuentran las mujeres que niegan sus necesidades de ocio (p.ej. practicar un deporte o mantener relaciones sociales) y por tanto, las que rechazan la idea del ocio o la “reprimen”.
2. En el segundo grupo, se encuentran las mujeres que al tiempo que expresan su voluntad y deseo de disfrutar del ocio, abandonan todo intento por mantenerlo o practicarlo debido a restricciones reales o percibidas como consecuencia de la sobrecarga que ocasiona el cuidado.
3. El tercer grupo lo conforman mujeres cuidadoras que se identifican porque comparten al mismo tiempo las limitaciones que impone la sobrecarga y el deseo de disfrutar de las oportunidades de ocio.
4. El último grupo lo forman aquellas para las que el ocio es una necesidad que ocupa un lugar destacado en sus vidas pero únicamente como un medio para “cargar pilas” (física y mentalmente) y recuperar la energía necesaria que les permita seguir atendiendo las necesidades de la persona dependiente.

Lo cierto es que, a tenor de la evidencia, da la impresión de que ocio y cuidado informal son dos experiencias irreconciliables. A priori, parece razonable suponer que la atención a la persona dependiente requiere tiempo. En el caso de la mujer, un tiempo que se reduce a su vez al compaginar varios roles como el trabajo en casa, el cuidado de otras personas y hasta con una dedicación laboral fuera del domicilio, y que por tanto, agota las posibilidades de dedicar parte del mismo al ocio. Pero no es menos cierto, que el ocio lleva implícitos una serie de beneficios como la posibilidad de hacer frente al estrés y mantener una mejor salud y bienestar psicológico (Bedini, 2002).

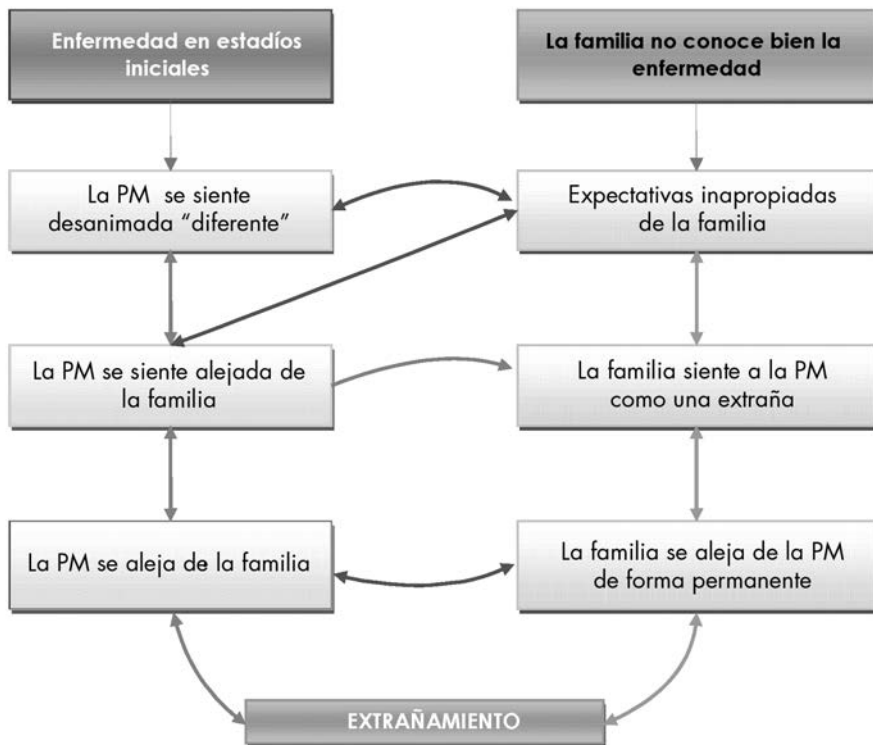
Si consideramos la relación de cuidado desde una perspectiva procesual, es probable que encontremos diferencias en cuanto al número de actividades de ocio que se practican, su tipología y nivel de satisfacción percibida. Por ejemplo, si analizamos las actividades de ocio compartidas entre la persona mayor y su cuidadora apreciamos diferencias importantes. Lo que en algunos casos puede significar una estrategia válida para afrontar el estrés en otros constituye un motivo más para la sobrecarga.

Hay tantas formas de vivir el ocio como cuidadoras. Esto dificulta el estudio de la influencia que el cuidado tiene sobre las prácticas de ocio. Es posible, sin embargo, tratar de identificar grupos de riesgo. Estas personas, debido a la influencia de determinadas variables como su nivel de carga, sentirse cansadas,

percibir su salud como mala o atribuir a la falta de tiempo debido al cuidado el no realizar actividades de ocio, pueden verse “obligadas” a cambiar su patrón de ocio (Zarit, 1991; Martín Carrasco, 2002).

En términos de participación, las cuidadoras pueden reducir en primer lugar, la frecuencia con que participan o simplemente dejar de hacer ciertas actividades, y cuando las demandas y responsabilidades de cuidado aumentan, puede que tengan simultáneamente que abandonar y reducir su participación. Por lo tanto, hay que explorar la relación entre la participación y la fase del cuidado, de otra manera, el tiempo que llevan cuidando de su familiar y la cantidad de ayuda que proporcionan (en calidad de horas diarias de dedicación, durante la semana, y el número de actividades para las que requiere ayuda la persona con demencia).

Figura 1. *El proceso de extrañamiento en la enfermedad neuroconductual*



Las cuidadoras normalmente con independencia de la etiología de su afección, presentan cuatro grupos de dificultades que se relacionan directamente con el extrañamiento (Miguel de la Huerta, 2005):

1. Dificultades de percepción y conciencia sociales.
2. Dificultades de control que con frecuencia se manifiestan a través de la impulsividad. La impulsividad funcional se caracteriza por la extroversión, la espontaneidad y la vivacidad, mientras que la impulsividad disfuncional lo hace por la conducta desordenada y de consecuencias negativas. Es este último tipo el más común entre las personas con trastornos neuroconductuales y comprende las conductas desinhibidas tales como los arranques de ira.
3. Dificultades que giran en torno a la dicotomía dependencia-independencia.
4. Dificultades de razonamiento y discernimiento que suelen comprometer la capacidad de la persona con trastornos neuroconductuales para modular sus experiencias emocionales que se concreta en la aparición de ansiedad, paranoia y/o depresión.

Vamos a describir este proceso tomando como ejemplo la situación de una persona que cuida de un enfermo de Alzheimer. Inicialmente, la aparición gradual de la enfermedad conduce a la ambigüedad y a la búsqueda de explicaciones de la pérdida de memoria, la confusión o las dificultades para encontrar las palabras. Se produce así una reacción de minimización y negación. Los familiares necesitan una zona defensiva y tiempo para observar los cambios y tomar conciencia de ellos por su propia cuenta. Ello requiere que el profesional adopte una postura objetiva, descriptiva y neutral en esta etapa de la intervención. Si se hace así, aumentarán las posibilidades de que la familia dé un paso hacia la toma creciente de conciencia, la identificación y el diagnóstico.

En esta segunda fase, la familia como unidad debe reconocer su papel de colaboración con el miembro cada vez más disfuncional. En este sentido, se ha de procurar una correcta asignación de tareas y responsabilidades de modo que la carga quede bien distribuida. La familia puede necesitar cierta orientación en la localización de las ayudas apropiadas y para reestructurar las tareas cotidianas, preparándose así para asumir una situación crónica y adaptarse a ella. Análogamente, la elaboración de estrategias de intervención en la vida del enfermo preservando al máximo su dignidad da a la familia fuerza y una sensación de control sobre la situación que, en última instancia, influye en su nivel global de estrés. El desconocimiento sobre la evolución de la enfermedad obliga a las familias a adoptar un enfoque estructurado de solución de problemas que le permita tanto gestionar su vida cotidiana como la del paciente sin perder la flexibilidad para con las necesidades futuras.

Una vez hecho el diagnóstico y aceptado éste por la familia, se inicia el proceso de afrontamiento y ajuste. La planificación de los cuidados plantea a la familia la necesidad de aceptar los cambios de la persona, así como de considerar la posibilidad del internamiento en una institución. También puede ocurrir que el agotamiento o incapacidad (claudicación) del cuidador obliguen a la familia a tomar decisiones y planificar el futuro.

La familia ha de superar el proceso de duelo característico de la etapa. Son temas habituales en el discurso del cuidador el dolor por la pérdida del ser querido y la culpa por considerar distintas opciones. El extrañamiento es inevitable y va siempre en aumento, y con él aumenta también la sensación de carga.

El familiar experimenta en este momento sentimientos ambivalentes. Por un lado, el alivio de saber que la institucionalización del paciente es la mejor decisión ya que garantiza el nivel de cuidados que precisa. Pero al mismo tiempo, la culpabilidad por llevar una vida razonablemente normal mientras su ser querido se “consume”. Además, se añaden los conflictos familiares que surgen en esta fase entre miembros que se oponen al internamiento, habitualmente distintos a quien o quienes han sobrellevado la carga a lo largo del proceso.

El cuidador necesita sentirse apoyado, escuchado y acogido. Necesita reafirmarse, enfatizando las cuestiones de seguridad y de manejabilidad que proporciona la institucionalización, al tiempo que contrasta sus temores y se desmontan pensamientos muchas veces inducidos por comentarios del paciente.

Permitir al familiar cambiar su esquema mental respecto al paciente, aceptando la “nueva” persona (con la enfermedad) y mostrar cómo los profesionales están en perfectas condiciones para tratar con ella, resulta sumamente terapéutico.

El problema del maltrato al anciano llama cada vez más la atención de los profesionales. Tras muchas situaciones de posible maltrato se encuentran “cuentas pendientes”, acontecimientos vitales negativos y desincronización. Tomar conciencia de que la enfermedad convierte a su familiar en una persona radicalmente distinta es una estrategia útil para aceptar la situación y superar los conflictos y la historia previa entre cuidador y paciente.

A lo largo del proceso algunas cuidadoras reducen la frecuencia de su participación en actividades de ocio pero sin abandonar actividades concretas, a diferencia de otras que por el contrario, pueden reducir su participación en algunas y abandonar otras por completo. A este respecto, encontramos importantes diferencias en función del género del cuidador. Son con más frecuencia las mujeres quienes abandonan la práctica de actividades de ocio poniéndose en riesgo de experimentar sobrecarga y sus consecuencias.

Ocio, afrontamiento y estrés

El estrés está presente en nuestras vidas, no sólo porque con frecuencia leemos o escuchamos cosas acerca de él, sino porque a menudo nos sentimos presionados por tareas y demandas que nos superan. En consecuencia, muchas personas en nuestra sociedad perciben sus vidas como “estresantes” o “muy estresantes”. En efecto, todos los aspectos de nuestra vida se ven envueltos por distintas fuentes de estrés, algunas son agudas o específicas, otras son crónicas. El cuidado de un familiar dependiente constituye un ejemplo prototípico de situación en que las personas implicadas se encuentran sometidas a estrés crónico (Losada Baltar, Knight y Márquez, 2003).

La mayoría de los trabajos que estudian las variables implicadas en el cuidado se han basado en modelos clásicos de estrés. En respuesta a o con una finalidad preventiva, las personas utilizamos un amplio abanico de abordajes distintos para afrontar o manejar el estrés (Lazarus y Folkman, 1986).

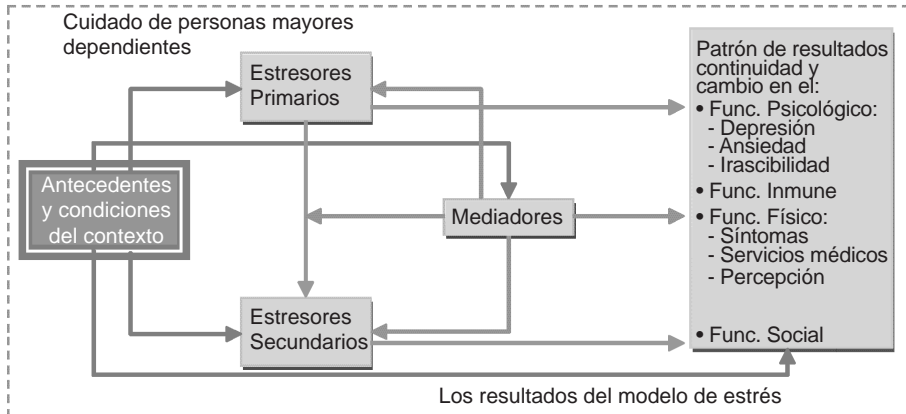
La idea de que el ocio puede actuar como un recurso para afrontar el estrés no es reciente. De igual manera que el afrontamiento puede centrarse al mismo tiempo en la emoción y en el problema, es importante hacer hincapié en que el ocio puede actuar al mismo tiempo como recurso y como estrategia para afrontar el estrés (Iwasaki y Mannell, 2000).

Se han formulado diferentes modelos para conceptualizar el proceso de estrés en el cuidador. Entre estos, destacan los de Lawton, Moss, Kleban, Glicksman, y Rovine (1991), el modelo de Haley *et al.* (1996), o el modelo de Pearlin, Mullan, Semple y Skaff (1990).

Posiblemente, el modelo de estrés del cuidador más comprehensivo y aceptado entre los investigadores sea el propuesto por Pearlin (1994) que concibe el proceso de estrés como la relación entre distintas variables previas al cuidado (antecedentes y condiciones del contexto), relacionadas con el proceso de cuidado (estresores y variables moduladoras) y las consecuencias del cuidado (resultados). Las relaciones entre estos factores aparecen gráficamente representadas en la figura 2.

El primer elemento básico de este modelo son los antecedentes y condiciones del contexto, tales como las características sociodemográficas de la cuidadora o de la persona cuidada, las características de la red social y familiar de la cuidadora, la disponibilidad de servicios o la calidad de la relación previa entre cuidadora y persona receptora de cuidados. Evidentemente, una buena salud de la cuidadora, una relación estrecha y afectiva con la persona a la que se proporcionan cuidados, unos aceptables recursos económicos y la ayuda de otros familiares y/o instituciones son condiciones que tendrán un impacto positivo sobre el proceso de cuidado.

Figura 2. Modelo de estrés aplicado al cuidador (Pearlin, 1994)



Los estresores están representados por las tareas que la situación de cuidado demanda de la cuidadora, tanto por parte de la persona cuidada como las que la propia situación de cuidado genera (actividades de vida diaria en las que existe dependencia, comportamientos que amenazan la seguridad o son socialmente inapropiados). Así, los estresores serían las condiciones y experiencias que tienen la capacidad de provocar estados de activación de estrés.

El grado y manera en que experimentamos el estrés, así como las vías que utilizamos para afrontarlo, se ven muy influenciadas por la manera cómo vivimos. Los estresores y los cambios que experimentamos a lo largo de nuestro ciclo vital, del mismo modo que los recursos y estrategias de afrontamiento que utilizamos para manejarlos, son claves determinantes de nuestra calidad de vida.

En esta línea, parece que ciertos rasgos actitudinales y circunstancias que rodean la vida de las personas influyen en la forma en que utilizamos el ocio para hacer frente al estrés.

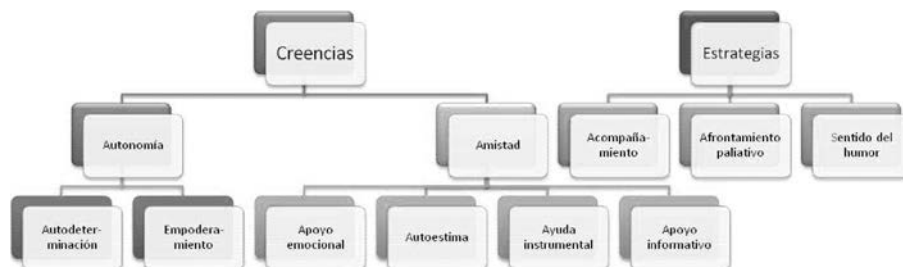
Pearlin *et al.* se interesan por conocer la posición del "self" en el proceso de estrés incluyendo dimensiones del autoconcepto que están vinculadas específicamente a la situación de cuidado. Hay cuatro dimensiones, una de las cuales es la "cautividad del rol", la cual es también una tensión intrapsíquica y consiste esencialmente en la sensación de ser prisioneros, dado que la persona quiere ser y hacer algo diferente a lo que se siente obligado a hacer. Este tema se ha encontrado subyacente en algunas entrevistas con cuidadoras.

La pérdida del "self" es otro tema que surge al entrevistar a las cuidadoras. Debido a que la identidad y vida de la cuidadora ha estado ligada al enfermo, la

cuidadora puede experimentar una pérdida de su propia identidad a medida que la persona del enfermo se fragmenta en un proceso paralelo que podemos denominar como de “extrañamiento” (Figura 1).

Esta pérdida puede ser exacerbada cuando el hecho de dar cuidados excluye otras actividades y roles en los que la cuidadora encuentra previamente validación del “self” como en el caso del abandono de prácticas de ocio.

Figura 3. Modelo de estrés como estrategia de afrontamiento de Iwasaki



Ampliando el modelo de ocio y salud propuesto por Coleman e Iso-Ahola, Iwasaki y Mannell proponen un esquema que recoge las diferentes dimensiones del ocio como estrategia de afrontamiento de una manera jerárquica (Figura 3). Se trata ordenar las diferentes funciones psicosociales y los mecanismos asociados que subyacen a las experiencias de ocio para explicar su utilidad ante situaciones de estrés crónico.

En el nivel más general del modelo se sitúan las “creencias” y las “estrategias”. Las primeras hacen referencia a estilos de afrontamiento de carácter estable generados a partir del compromiso que implica la práctica de ciertas actividades de ocio, mientras que las estrategias representan conductas y pensamientos en situaciones concretas de afrontamiento disponibles gracias a las actividades de ocio. Más concretamente, el contenido de las variables estudiadas se concreta del siguiente modo:

- La “*Disposición hacia la autodeterminación*”, o creencia generalizada de que la conducta de ocio es fundamentalmente autodeterminada, elegida libremente, o autónoma; por consiguiente, cuando se practica alguna actividad de ocio se experimentan sensaciones de control y motivación intrínseca.
- El “*Empoderamiento*”: creencia generalizada de que tenemos derecho al ocio, de que la propia expresión por medio del ocio facilita recursos para

cambiar las barreras que experimentamos en nuestras vidas, y que nuestro ocio favorece una valoración del significado del yo.

- El “*Apoyo emocional*”: el cariño o el amor hacia las personas con las que nos relacionamos en nuestras actividades de ocio, los estrechos lazos que nos unen o el sentimiento de intimidad con ellas.
- La “*Autoestima*”: el hecho de que los amigos que hacemos en las actividades de ocio levantan nuestra autoestima o el respeto hacia sí mismo.
- La “*Ayuda instrumental*”: que las amistades que realizamos en las actividades de ocio pueden prestarnos en un momento dado (por ejemplo, ofreciéndose para acompañarnos a algún sitio con su coche).
- El “*intercambio de información*”: el hecho de que los amigos que hacemos en actividades de ocio nos faciliten noticias prácticas o información interesante para entender mejor la enfermedad o sobre tratamientos innovadores.

En cuanto a las estrategias de ocio que empleamos para afrontar el estrés, las variables a considerar son:

- “*Acompañamiento*”: compartir ocio discrecional, intrínseco y/o divertido.
- “*Afrontamiento paliativo*”: el ocio es una manera de mantener ocupada mente y cuerpo, de escapar temporalmente de los problemas, y/o permitir a las personas sentirse renovadas y reorganizar su vida para soportar mejor los problemas.
- “*Sentido del humor*”: incremento del buen humor y/o disminución del mal humor por medio de las actividades de ocio.

A modo de ejemplo, las personas que experimentan un alto nivel de “empoderamiento” en sus prácticas de ocio tienden a presentar actitudes positivas hacia la vida, independientemente de los acontecimientos negativos y circunstancias poco aconsejables que padecen en su vida diaria (Iwasaki *et al.*, 2000).

El afrontamiento paliativo que aportan ciertas experiencias de ocio se asimila a las estrategias de evasión. Este tipo de estrategias permiten a la cuidadora renovarse, reponer fuerzas y ganar perspectiva al tiempo que le ayudan a reorganizar sus ideas para soportar el estrés.

Otros autores, de manera similar, han sugerido que el ocio proporciona una oportunidad para devolver el equilibrio personal cuando se experimentan acontecimientos vitales negativos. La idea de los efectos paliativos del ocio es congruente con la tesis de que determinados eventos positivos como por ejemplo,

el ocio, pueden actuar significativamente como “respiro” frente al estrés, sustentando los esfuerzos para afrontarlo y restaurando el equilibrio interno.

Siendo conscientes de los beneficios que aporta el ocio a las cuidadoras, la incorporación de herramientas de evaluación específicas sobre ocio en los protocolos de evaluación del cuidado informal resulta un reto inaplazable. Como en otros campos de la investigación sobre el ocio, nos encontramos con la dificultad de disponer de instrumentos normalizados y traducidos por lo que vamos a presentar algunas orientaciones que permitirán en el futuro cubrir esta laguna (Klitzing, 2003; Miller, 2003).

En lo que respecta específicamente a la valoración del ocio de las cuidadoras, disponemos hasta el momento, de un único instrumento que se aproxima al problema explorando el tipo de actividad de ocio realizado por la cuidadora y el grado de satisfacción que manifiesta con la misma. Se trata de una escala breve, denominada “Leisure Time Satisfaction Measure” (Stevens *et al.*, 2004) que se puntúan sobre una escala tipo likect de tres posibles respuestas. Esta escala permite conocer el grado de satisfacción que presenta la cuidadora en relación a la cantidad de tiempo que ha tenido disponible para participar en seis actividades diferentes:

- Disfrutar de un rato de tranquilidad a solas,
- acudir a reuniones grupales en asociaciones o parroquias,
- realizar alguna afición,
- alternar fuera de casa,
- realizar actividades divertidas con otras personas o
- visitar a algún amigo o familiar.

Esta escala presenta el inconveniente, entre otros, de estar pendiente de concluir su traducción y adaptación española, confirmando su validez ecológica y universalidad de género.

El uso de metodologías cuantitativas en la evaluación de los efectos del ocio como estrategia de afrontamiento empleados también por Iwasaki y Mannell (2000) para el diseño de sus instrumentos de evaluación, no se han mostrado del todo eficaces fuera de contextos experimentales, por lo que trabajos más recientes de estos autores apuestan por el uso de técnicas cualitativas para medir el impacto que sobre el ocio tiene el rol de cuidadora. En este sentido, resulta interesante describir las variables que explora el modelo jerárquico de Iwasaki y Mannell (2000), por cuanto profundizan más allá de la actividad.

Consideraciones para la intervención

El interés por desarrollar tratamientos adecuados capaces de ayudar a las cuidadoras a recomponer su equilibrio emocional y desarrollar su rol sin consecuencias para su salud física ha propiciado la puesta en marcha de diferentes programas (Díaz-Veiga, Montorio y Yanguas, 1999):

- capacitación para el cuidado de la persona enferma,
- formación en habilidades de autocuidado,
- ayudas económicas para beneficiarse de estancias temporales,
- programas de respiro,
- atención psicológica en el domicilio,
- préstamo de ayudas técnicas,
- ayudas para la adecuación de la vivienda,
- centros de día,
- programas de acompañamiento,
- fomento de grupos de autoayuda,
- promoción y participación en asociaciones de familiares, entre otros.

Su eficacia depende de cómo se conjuguen diversas variables como el acierto en el diseño, la adecuación de la oferta al momento del proceso de cuidado, la correcta evaluación y seguimiento de las necesidades del familiar cuidador, la complementariedad de las acciones dirigidas a la cuidadora y a la persona dependiente, garantía de que participar en programas de apoyo al cuidador asegura la continuidad de cuidados a la persona dependiente, que la cuidadora valore los apoyos como pertinentes, disponibles y competentes para ayudarle a superar las dificultades que encuentra.

A la hora de diseñar programas dirigidos a incrementar las oportunidades de ocio de las cuidadoras hemos de tomar en consideración algunas cuestiones. En primer lugar el hecho de que no todas las cuidadoras abandonan sus actividades de ocio con la misma intensidad. Parece evidente que no se puede asumir que por el mero hecho de ser cuidadoras, han de tener los mismos intereses y las mismas necesidades de ocio que el resto de la población.

El punto de partida para el diseño de intervenciones eficaces se sitúa en el análisis y procesamiento de información suficiente sobre las expectativas y preferencias de ocio de las cuidadoras. Una intervención diseñada sobre suposiciones o inferencias de expertos sin contrastar con la realidad parece abocada al fracaso desde antes de su implementación. A modo de ejemplo, no se ha estable-

cido una clara relación entre la disponibilidad de tiempo para uno mismo, gracias por ejemplo a los servicios de respiro, y el ocio. Si la cantidad de respiro es muy baja, la probabilidad de que el cuidador dedique ese tiempo a prácticas de ocio es también muy baja. Lo que parece evidenciar esta situación es que se requieren períodos de tiempo más largos para que los respiros resulten efectivos.

Otro aspecto importante a considerar tiene que ver con el rol que juega la sobrecarga como principal obstáculo para la participación. Así, algunas cuidadoras relatan cómo a pesar de disfrutar de una oportunidad para irse de vacaciones, la mera idea de dejar sólo al enfermo, en manos de desconocidos, así como no poder disfrutar de ese tiempo en su compañía, como lo hicieron en el pasado o lo harían de no encontrarse tan enfermo, son ideas recurrentes que dificultan y limitan las posibilidades de beneficiarse del ocio como medio para afrontar el estrés. Como dijo el insigne Cantinflas en una ocasión “está bien llevar a los pobres al cine, pero antes hay que darles de comer”. Las intervenciones más eficaces para incrementar la participación y disfrute del ocio en cuidadoras han de diseñarse en el marco de actuaciones multimodales que partiendo del momento del proceso de cuidado en que se encuentre la cuidadora, ajuste la oferta a las necesidades, priorizando actuaciones de corte psicosocial y formativo al tiempo que se ofrecen los apoyos suficientes a la persona cuidada.

Bedini y Phoenix (1999) dirigieron grupos de discusión formados tanto por profesionales del ocio como del ámbito sanitario. Las participantes identificaron varias tipologías de programas y actividades que podrían satisfacer diferentes necesidades de ocio en cuidadoras. Por ejemplo, simultanear programas de ocio para ellas y las personas enfermas pero administrados por separado pueden no sólo satisfacer necesidades individuales, sino que también permite a la cuidadora superar obstáculos de tiempo, energía y preocupaciones. Otra posibilidad es la de dirigir programas de ocio que incluyan a la cuidadora y al resto de la familia, de manera que pueda disfrutar de un tiempo para estar con los suyos.

Algo que no reflejan las estadísticas es que a pesar de la evidencia, las cuidadoras valoran el ocio como un elemento clave en sus vidas. De hecho, aún cuando rechazan las propuestas de ocio en forma de respiros debido a la falta de tiempo, recursos o energía vital, terminan por reconocer que les gustaría “*poder tener tiempo para sí mismas*”, para “*bacer aquello que antes hacían y ahora no pueden porque el cuidado de su familiar les consume tiempo y ganas*”.

Los programas de ayuda al familiar cuidador que se están impulsando desde diferentes instancias y que cobrarán impulso como consecuencia de la aprobación de la Ley de promoción de la autonomía, no pueden ignorar el deseo de disfrutar del derecho al ocio para lo cual han de promover programas específicos que ayuden a superar las barreras y limitaciones que se encuentran estas mujeres.

Paralelamente, los y las profesionales hemos de tomar conciencia de la importancia del ocio como instrumento para lograr nuestros fines. El ocio es más que la actividad, no se puede banalizar su uso. Antes al contrario, necesitamos profesionales formados y con capacidad para intervenir desde los principios del ocio terapéutico. La experiencia de ocio, no es algo informe, sino algo estructurado, procesual y direccional. La experiencia de ocio exige implicación personal, reiteración y perseverancia, desarrollando tanto la capacidad de esfuerzo como la sensibilidad, al tiempo que nos exige contar con los demás. Es por tanto, un constructo complejo y rico que revierte en una mejor y mayor calidad de vida.

Los programas de respiro pueden proporcionar a la cuidadora un valor añadido y en ocasiones permitir que tanto ésta como la persona cuidada puedan disfrutar de una actividad conjunta fuera del marco cotidiano y por tanto, influir en el estado de ánimo y mejorar las relaciones.

Estos programas de ocio pueden ofrecer alternativas tanto fuera como en el interior de los domicilios. Desde facilitar acompañamientos, hasta ofrecer programas socioeducativos, vacaciones, o recursos que permitan estimular a la persona dependiente de una manera lúdica.

Conclusión

La literatura científica que ha estudiado el estrés y las estrategias de afrontamiento tanto desde una perspectiva psicosocial como desde la psicología del ocio, avala suficientemente el hecho de que los acontecimientos vitales estresantes pueden repercutir sobre la salud y el bienestar psicológico. Para moderar este impacto, las personas empleamos diferentes estrategias de afrontamiento, entre las que se incluyen la participación en actividades de ocio.

Dado que el ocio tiene un importante papel como estrategia de afrontamiento del estrés, la investigación en torno al ocio, el estrés y el afrontamiento constituye en la actualidad una importante área de desarrollo (Iwasaki, Mannell, Smale y Butcher, 2005). A pesar de ello, se ha prestado escasa atención al papel que juega el ocio como estrategia de afrontamiento o recurso para afrontar el estrés. Esto es especialmente acusado en el caso de nuestra realidad, debido a la tendencia generalizada a considerar el ocio como una conducta tan trivial como insignificante. Se le considera sencillamente como una forma de evadirse y/o como una actividad improductiva.

En cualquier caso, el ocio es un concepto más complejo que si bien se ha descrito generalmente en función de lo que las personas hacen, resulta tanto o más interesante en relación a lo que piensan o sienten mientras realizan estas actividades. Y es que permite a las cuidadoras autodeterminarse y beneficiarse del apoyo social, estrategias clave para el afrontamiento.

Resulta por tanto esencial promover experiencias de ocio que permitan a las cuidadoras vivenciar el famoso eslogan publicitario de “pruebe, repita y si no le gusta...” Estas experiencias, adaptadas al momento del cuidado, a cada situación de manera individualizada, respetando los gustos, preferencias y sobre todo, las posibilidades pueden constituir un elemento indispensable para combatir los efectos del estrés, ayudando al mantenimiento de la salud física y el bienestar psicológico.

El ocio actúa como elemento protector de dos maneras. En primer lugar, se ha comprobado que uno de los recursos más efectivos para aliviar el estrés reside en el apoyo social y en la valoración subjetiva que hacemos de su disponibilidad, accesibilidad y competencia para apoyarnos en otras personas cercanas en caso de necesitarlo. El ocio es esencialmente relación. Mediante la práctica de actividades de ocio ampliamos nuestra red de apoyo social, conocemos gente, creamos lazos de amistad en los que confiamos y a los que confiamos nuestras “penas”. Se trata de un potente recurso para aliviar emocionalmente el estrés crónico que nos produce, por ejemplo, el cuidado de un familiar dependiente. El apoyo social se muestra más efectivo cuando se mide en términos de apreciación subjetiva. No es necesario obtener el apoyo de manera tangible, con saber que está ahí, disponible, es suficiente. Pero es que, además, motivaciones sociales como entablar nuevas relaciones, disfrutar de la amistad, crear lazos íntimos de compañerismo y camaradería, juegan habitualmente un rol decisivo en la elección de nuestras actividades de ocio.

En segundo lugar, la práctica de actividades de ocio nos permite sentirnos libres, competentes, capaces de controlar nuestra vida y por lo tanto, “autodeterminados”. Esta autodeterminación ha demostrado su eficacia como factor de resistencia al estrés. Las personas que tienden a experimentar libertad, motivación intrínseca y a evitar el aburrimiento, mantienen su salud y reducen así los efectos negativos del estrés. La libertad percibida, componente básico del ocio, se ha definido como una actitud relativamente estable que contribuye a la autodeterminación porque quien se ve a sí mismo libre para elegir qué hacer en su tiempo libre tiene la oportunidad de ejercer su autodeterminación, frente a quien se percibe limitado u obstaculizado. Con todo, la disposición hacia un locus de control interno se ha demostrado como el factor de personalidad más consistente para proteger la salud frente al estrés. La motivación intrínseca, fuertemente asociada con la libertad percibida en las prácticas de ocio, contribuye al mantenimiento de la salud dado que permite a las personas solucionar crisis vitales. Algunos autores emplean el término “hardiness” que incorpora características equivalentes a las del ocio intrínsecamente motivado como el compromiso hacia la actividad, ejercitar el control antes que mostrarse dependiente y enfrentar el cambio de manera proactiva, para referirse a una actitud que se ha demos-

trado eficaz en el mantenimiento de la salud mental independientemente del nivel de estrés soportado.

Otra constatación refuerza la tesis de que el ocio permite afrontar el estrés y es la que nos alerta de los efectos, esta vez destructivos, del aburrimiento como percepción subjetiva estable de que las oportunidades de ocio son insuficientes para satisfacer nuestras necesidades de estimulación. El aburrimiento es de entrada y por sí solo, un acontecimiento estresante y de este modo puede inducir malestar. Además, si la persona continuamente experimenta este sentimiento mientras disfruta de su tiempo libre, es poco probable que se beneficie de los efectos positivos del ocio asociados a la libertad percibida y a la motivación intrínseca. El problema se agudiza cuando se añan la poca disponibilidad de tiempo libre y el aburrimiento ya que ambas pueden aumentar los niveles de estrés al impedir a la persona beneficiarse del ocio.

La importancia del ocio para mantener el bienestar del cuidador, se constata también al evidenciarse el efecto negativo que tiene sobre el estado de humor mantener un pobre repertorio de actividades placenteras, presentando con más frecuencia estados de ánimo deprimidos. Disponemos de suficiente evidencia empírica como para afirmar que mantener bajos niveles de actividad placentera y de actividades sociales mientras se cuida, correlaciona con un nivel de bienestar más pobre.

A día de hoy, las teorías sobre el cuidado no han hecho hincapié de forma explícita en el concepto de ocio, aunque algunos constructos relacionados con el mismo han sido incluidos en numerosos abordajes teóricos del cuidado. El modelo de Pearlin contempla el ocio como variable moduladora, reconociendo que involucrarse en tareas de cuidado tiene como consecuencia una reducción del tiempo disponible para mantener otros roles. Otros modelos que describen los procesos de estrés consideran el apoyo social y las actividades sociales de la cuidadora como importantes recursos de afrontamiento coincidiendo con las investigaciones anteriormente mencionadas en torno al ocio y al estrés.

A pesar de todo, se constata el escaso desarrollo científico y aplicado, especialmente que avalen la hipótesis del efecto amortiguador del ocio como estrategia de afrontamiento del estrés crónico de las cuidadoras. Mientras que los efectos del cuidado sobre el trabajo, la relación de pareja, etc. han sido suficientemente analizados, la mayoría de los autores consultados coinciden en afirmar que la atención prestada a su impacto sobre el ocio ha sido más bien escasa. Poco se sabe acerca del impacto que el cuidado tiene sobre el ocio o de los procesos implicados en la relación ocio y salud. El conocimiento y la comprensión de estos vínculos pueden ayudar al diseño de estrategias orientadas a la prevención y podrían servir para diseñar una oferta de servicios de ocio que comple-

mente la cartera de servicios destinada a cubrir las necesidades de las personas dependientes.

A modo de resumen podríamos decir que el interés por investigar el rol del ocio en los procesos de estrés de las cuidadoras es triple. Por un lado, identificar mejor las relaciones existentes entre ocio, afrontamiento y estrés, introducir nuevas aproximaciones conceptuales y metodológicas aplicadas a la investigación y por último, fomentar una mayor atención y colaboración en la investigación sobre el ocio, el estrés y el afrontamiento en los contextos de cuidado informal para orientar las intervenciones y las políticas sociales (Miguel de la Huerta, 2007).

Bibliografía

- ARTASO, B., GOÑI, A. y BIURRUN, A. (2003): Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadores familiares. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38, 212-218.
- BEDINI, L. A. (2002): Family caregivers and leisure: an oxymoron? *P&R*, January, 25-29.
- BEDINI, L. A., GLADWELL, N., BOWENS, F y HUTCHINSON, D. (2005): Barriers to leisure travel of family caregivers: a preliminary examination. 11 Canadian Congress on Leisure Research.
- BEDINI, L. A. y PHOENIX, T. (2004): Perceptions of leisure by family caregivers: a profile. *Therapeutic Recreation Journal*, 38, 366-381.
- DÍAZ-VEIGA, P., MONTORIO, I. y YANGUAS, J. (1999): Intervenciones en cuidadores de personas mayores. En M. Izal y I. Montorio (Eds.), Madrid: Síntesis.
- GARCÍA DE LA RED, V. (2000): Usos del tiempo. En Eustat (Ed.), *Panorama Social de la C.A. de Euskadi 2000*. (pp. 479-523). Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco.
- GARCÍA-CALVETE, M. y MATEO-RODRÍGUEZ, I. (2001): Relación entre los sistemas: las cuidadoras informales y los servicios sanitarios y sociales. En L. Revilla (Ed.), *Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales* (pp. 351-385). Granada: Fundesdam.
- IWASAKI, Y. y MANNELL, R. C. (2000): Hierarchical dimensions of leisure stress coping. *Leisure Sciences*, 22, 163-181.
- IWASAKI, Y., MANNELL, R. C., SMALE, B. J. A. y BUTCHER, J. (2005): Contributions of leisure participation in predicting stress coping and health among police and emergency response services workers. *Journal of Health Psychology*, 10, 79-99.
- JOHNSON, J. y MCCOWN, W. (2001): *Terapia familiar de los trastornos neuroconductuales. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

- KLITZING, S. W. (2003): Coping with Chronic Stress: Leisure and Women Who Are Homeless. *Leisure Sciences* 25[2/3], 163. Taylor y Francis.
- LAZARUS, R. S. y FOLKMAN, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- LOSADA BALTAR, A., KNIGHT, B. G. y MÁRQUEZ, M. (2003): Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38, 116-123.
- MARTÍN CARRASCO, M. B. R. (2002): Sobrecarga del cuidador de pacientes con enfermedad de Alzheimer y distres psíquico. Una asociación relegada en la valoración de las demencias. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 201-206.
- MIGUEL DE LA HUERTA, J. J. (2005): El cuidador familiar de personas con trastornos neuroconductuales. *Letras de Deusto*, 35, 141-160.
- (2007): Ocio, estrés y mujer cuidadora. *Adoz: Boletín del Centro de Documentación en Ocio*, 31, 109.
- MILLER, T. A. M. (2003): Coping with Stress in Outdoor Recreational Settings: An Application of Transactional Stress Theory. *Leisure Sciences* 25[2/3], 257. Taylor y Francis.
- MONTEAGUDO, M^a. J. (2004): Los beneficios del ocio, ¿qué son y para qué sirven? *Boletín Adoz*, 28, 63-72.
- MONTORIO CERRATO, I. y LOSADA BALTAR, A. (2004): Una visión psicosocial de la dependencia. Desafiando la perspectiva tradicional. [Disponible en línea en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/montorio-vision-01.pdf> .
- PALEO, N., FALCÓN, N. y RODRÍGUEZ, L. (2004): *Los cuidadores, víctimas secundarias de la enfermedad de Alzheimer*.
- PALOMBI, O., ÁLVAREZ, M. y BOCHO, M. (2004): Situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España. Avance de resultados. Informe descriptivo. Estudio 4178. Abril 2004. Madrid: Imserso.
- PASTOR, E., VILLAR, F., LÓPEZ, S., VAREA, M. y ZAPLANA, T. (2003): Significados asociados a la jubilación e influencia con la actividad de ocio y la ética del trabajo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13, 15-22.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2004): La población dependiente española y sus cuidadores. En D. Casado, J. Alonso Seco, M. Martínez Frías, J. Codorniu, G. Rodríguez Cabrero, I. Ruipérez, A. Sarabia, H. Sotelo y A. Vila (Eds.), *Respuestas a la dependencia* (pp. 53-76). Madrid: Editorial CCS.
- RODRÍGUEZ, P. (2004): El apoyo informal en la provisión de cuidados a las personas con dependencia. Una visión desde el análisis de género. En *Ley de Dependencia y Educación Infantil como medidas de conciliación de la vida laboral y familiar*. Madrid: Forum de Política Feminista.

- STEVENS, A. B., COON, D., WISNIEWSKI, S. R. B., VANCE, D., ARGUELLES, S., BELLE, S. H. *et al.* (2004): Measurement of leisure time satisfaction in family caregivers. *Aging & Mental Health*, 8, 450-459.
- STRANG, V. R. (2001): Family caregiver respite and leisure: a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15[1], 74. Blackwell Publishing Limited.
- ZARIT, J. M. y ZARIT, S. H. A. (1996): Ethical consideration in the treatment of older adults. En S.H.A.Zarit y B. G. Knight (Eds.): *A guide to psychotherapy and aging. Effective clinical interventions in a life-stage context* (pp. 269-284). Washington: APA.
- ZARIT, J. M. Z. (1991): Behavioral programs for families of dependent elderly. En P.A.Wisocki (Ed.), *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client* (pp. 439-458). New York, NY, US: Plenum Press.

ELEMENTOS PARA EL DISEÑO DE PROGRAMAS INTERGENERACIONALES DE TIEMPO LIBRE EN CLAVE PARTICIPATIVA

Carmen Sabater
Esther Raya Díez
Universidad de La Rioja

Introducción

En la sociedad actual los diferentes estilos de vida crean encuentros fugaces entre los grupos generacionales que distancian los propios espacios temporales. Los jóvenes fragmentan sus relaciones con otras generaciones que, frente a las relaciones libres con sus iguales, aparecen como forzadas u obligadas. Los jóvenes disponen de un espacio físico propio: una habitación en una vivienda familiar, ciertos espacios públicos de reunión como bares o discotecas... Todo este espacio responde a la psicología del adolescente y por ello está repleta de símbolos. En cuanto a los mayores, ocupan un espacio diferente. Su espacio público de relación ya no es consecuencia de su actividad profesional o laboral. Los mayores ocupan además de la vivienda el espacio vecinal más próximo, ocupando plazas y parques del barrio o clubes y otros puntos de reunión social. La explicación de este hecho es que, para los mayores, la vida cotidiana y vecinal es muy importante.

El factor físico distancia ambos mundos. Los mayores, con su miedo a la dependencia y sus historias del pasado, y los jóvenes con un *“tiempo pleno del presente”* de estudios, trabajo, amigos y descanso.

Los programas intergeneracionales tratan de tender puentes entre ambos grupos. De ello, nos ocupamos ahora. En la primera parte se describen las características de las relaciones entre jóvenes y mayores en la sociedad actual. En la segunda parte se presentan las nuevas estrategias intergeneracionales, destacando las ventajas para mayores y jóvenes de este tipo de programas. Finalmente se aportan una serie de elementos a considerar en el diseño de programas intergeneracionales de tiempo libre, atendiendo a la participación de los interesados.

El objetivo de este capítulo es analizar la problemática social que distancia y genera espacios generacionales diferenciados. Nuestra hipótesis es que el modo de vida de la sociedad occidental escinde a “los grupos de edad”, creando barreras de comunicación, y que es necesario el desarrollo de programas que, no sólo acerquen estos dos mundos, sino que se vertebren desde las necesidades sociales reales de ambos colectivos. Para ello, es necesario un análisis riguroso en todas las fases, desde el estudio previo de necesidades de jóvenes y mayores en el ámbito de aplicación, hasta el análisis de una programación adecuada que dé respuesta a dichas necesidades, el diseño previo con una descripción detallada de todos sus elementos y la forma de implementar estos programas. Con este fin, se analizará la problemática social asociada a la división entre estos grupos poblacionales; el concepto, objetivo y evolución de los programas intergeneracionales; los beneficios para los participantes; los principales elementos para poner en marcha un programa intergeneracional de tiempo libre y algunos ejemplos de “buenas prácticas” de Estados Unidos y España.

Relaciones intergeneracionales en la sociedad líquida

Los cambios sociales, sobre todo demográficos y económicos, han contribuido a un cambio en los valores y normas tradicionalmente asociadas a la familia, con la aparición de nuevas estructuras o modelos familiares, tales como uniones homosexuales, familias monoparentales, aumento de hogares unipersonales, etc. Esta transformación, puede ser definida como una *desinstitucionalización*, siguiendo la definición clásica de Parsons y Durkheim. Y supone la modificación de las *leyes y normas sociales* referentes a la familia y la transformación de las *estructuras de los grupos familiares*, cuyos comportamientos de unión y procreación se transforman y diversifican. Al mismo tiempo, los cambios demográficos (disminución de la natalidad y aumento de la esperanza de vida) y económicos (extensión del desempleo, encarecimiento de la vivienda) inciden en el retraso de la emancipación juvenil y en la extensión de la vida activa de nuestros mayores. Todo ello repercute en las relaciones intergeneracionales.

Según las previsiones de la Oficina Estadística Europea Eurostat, España será el país de la Unión Europea con la población más envejecida en el 2050. En ese

año, se estima que el 35,7 % de los habitantes serán mayores de sesenta y cinco años. Siguiendo datos del INE (Datos del Padrón a 1 de Enero de 2007), la población mayor de sesenta y cinco años alcanza los 7.531.826 (3.189.968 varones y 4.341.858 mujeres) y representa el 16,7 % de la población total, llegando al 19 % en el caso de las mujeres. Así pues nos encontramos con una gran masa de población anciana que puede jugar un papel activo en la sociedad y esto pasa necesariamente por mejorar la comunicación intergeneracional.

Existen diferentes pautas de relación intergeneracional vinculadas con las necesidades de las unidades familiares con relación al ciclo vital. Así hay que destacar el rol de *“cuidadores de los nietos/as”* desarrollado por las personas mayores y el rol de *“cuidador/a de los padres mayores dependientes”* realizado por los hijos/as.

“Abuelos cuidadores”

Los mayores prestan importantes servicios que facilitan la integración de sus hijas-os en el mercado de trabajo, supliendo la carencia y/o carestía de las plazas de guardería. El porcentaje de mayores que tienen hijos y nietos asciende al 80%. Una amplia mayoría de mayores han ayudado o ayudan en la actualidad a sus hijos en el cuidado de sus nietos pequeños mientras sus padres trabajan. Sigue existiendo una tendencia tradicional de asociación entre cuidado y feminización. La mujer ostenta el rol dominante como cuidadora de hijos/as y nietos/as, y suele existir una mayor unión por la rama materna.

Según el avance de la Encuesta de Condiciones de Vida de las personas mayores (Observatorio de Mayores-IMSERSO, 2007), el 70% de las mujeres mayores de sesenta y cinco años han cuidado alguna vez a sus nietos o lo hacen en la actualidad. Pero un 22% de mujeres mayores de sesenta y cinco cuida a sus nietos en la actualidad y casi la mitad de ellas lo hace de forma diaria, como si se tratara de un trabajo fijo.

La mayor responsabilidad en los cuidados de la mujer hace que se hable del *“síndrome de la abuela esclava”*. Una encuesta elaborada por el Grupo de Investigación en Gerontología de la Universidad de Barcelona entre abuelas que cuidan de sus nietos más de 12 horas semanales (no se encontraron abuelos con esas características) revela que algunas se habrían sentido decepcionadas si sus hijas no les hubieran pedido ese favor y la mayoría se muestra satisfecha porque les hace sentirse útiles. También, desciende entre ellas el sentimiento de soledad del 26,8% al 13,4%. Sin embargo, cuando se les pregunta si se sienten esclavas en alguna medida, responden que lo ven en otras, que son demasiado mayores. El dato paradójico es que la edad promedio de las encuestadas es de setenta y cinco años.

La proximidad se asocia directamente con el cuidado, así los mayores porcentajes de abuelos cuidadores se dan entre los que viven en pareja y con algún hijo/a en la misma casa. Las abuelas que no trabajan y que viven cerca del domicilio del nieto suelen tener más tiempo y posibilidades de tener una frecuencia de contacto mayor, con lo cual tienen una mayor posibilidad de entablar una mejor relación con sus nietos. Los abuelo/as de 60-70 años suelen estar ya jubilados y tienen todavía la suficiente energía para relacionarse activamente con sus nietos.

Respecto a la edad, al aumentar la edad de los niños disminuye la frecuencia del contacto: a partir de los seis años, aumenta la frecuencia de contacto los fines de semana y disminuye la frecuencia de relación diaria. Los abuelos/as tienen un mayor contacto con los niños más pequeños que todavía no están escolarizados porque, en ese momento, los padres necesitan un mayor apoyo y ayuda en la crianza del niño. Cuando los niños crecen, el contacto disminuye.

“Hijos cuidadores”

La población española no ha cesado de *ganar terreno a la muerte* durante los últimos cincuenta años, alcanzando una esperanza de vida en conjunto sólo superada por la de Suecia. Esas elevadas tasas de longevidad (87 años en mujeres y 83 en hombres) han creado una situación en la que aproximadamente 1,1 millones de personas entre 75 y 80 años comienzan a sufrir alguna discapacidad e incluso a entrar en situación de dependencia. A este respecto, los investigadores del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Antonio Abellán y María Dolores Puga, apuntan que el envejecimiento de la población es un *“éxito demográfico”* que empieza a plantear nuevos e innumerables desafíos a la sociedad española.

La obligación moral que significa el cuidado de los padres ancianos se fundamenta en el recuerdo de cuando la solidaridad intergeneracional fluía en la dirección opuesta: las personas mayores justifican sus esperanzas de ser atendidas por la familia en el merecimiento y la legitimidad que les otorga el haber protegido y criado a sus hijos desde que nacieron hasta que se emanciparon. Y se refuerza en aquellos casos que además han asumido un importante papel en el cuidado de los nietos.

El 22% de las personas dependientes es cuidado por su cónyuge. Esta situación puede llegar a ser grave por las precarias condiciones derivadas de la edad: en un 15% de las situaciones, el propio cuidador es, a su vez, una persona que sufre alguna discapacidad lo que empeora la salud del cuidador y disminuye la calidad de vida de la persona dependiente (INE, 2000). Pero el flujo de la ayuda familiar relacionada con personas mayores suele ir de abajo a arriba, desde los hijos (realmente hijas) a sus padres (Fundación Encuentro, 2006: 302). La familia es la principal fuente de atención, de potencial disponibilidad y de rapidez de respuesta: el 80% de la ayuda a dependientes es informal, sobre todo familiar. La

aparición de la dependencia obliga a la familia a realizar ajustes y adaptaciones a las nuevas situaciones de convivencia. Suponiendo en muchos casos una sobrecarga de las personas cuidadores y, en otros casos, riesgos de desatención, dados los cambios en los modelos familiares anteriormente aludidos.

Frente a la realidad anteriormente descrita de solidaridad intergeneracional en el ámbito familiar, no hay que olvidar que nos encontramos en lo que Zygmunt Bauman ha denominado *Sociedad líquida*. La sociedad moderna se caracteriza por la precariedad. Se antepone la defensa de la individualidad, del bienestar subjetivo y la autorrealización en proyectos cambiantes y escurridizos de “*modernidad líquida*” (Bauman, 2000). La sociedad moderna eliminó el refugio de la felicidad inadvertida de la sociedad tradicional unida a lo social y trasladó la responsabilidad hacia las aptitudes y capacidades del *self*.

La ciudad se escinde... Las relaciones personales e íntimas se resienten, las referencias tradicionales de pertenencia son menos fiables: no existe el valor seguro del vecindario, el trabajo o la familia... Las formas básicas de relación social se tornan inestables y variables. El individuo se refugia en sí mismo. Estos procesos no son ajenos a las relaciones intergeneracionales, tal como se desprende del análisis de la *Encuesta de condiciones de vida*. Un 18% de personas mayores declaran haber estado con niños y jóvenes todos los días de la semana, y por tanto, el 82% no mantiene contactos intergeneracionales. Mientras que el 65,2% hablaba de qué las personas mayores habían estado con personas de su edad, todos o casi todos los días de la semana. Según esta misma encuesta, estar con niños o jóvenes tan sólo era la décima actividad más frecuente de las personas mayores (Sánchez, 2007: 11-12).

Falta de tiempo, individualización, distancias simbólicas, son algunas de las manifestaciones de este cambio en el modelo de sociedad, con su correlato de estigma de ser viejo, soledad y aislamiento generacional.

El tiempo abandona los ciclos cíclicos y regulares, y aún los ciclos vitales, haciéndose más estrecho y asimilándose al valor instrumental. Se acrecienta nuestra movilidad, nuestra capacidad de estar informados pero también se “*mueven*” y tambalean los elementos que nos proporcionaban solidez y seguridad (familia, trabajo...). “*Se alarga la vida, pero se fragmentan las etapas vitales, mezclándose o confundándose las fases de formación, trabajo y descanso*” (Fundación Encuentro, 2006: 4).

El tiempo de lo instantáneo genera formas de vida que se contraponen al tiempo de nuestros mayores. Se crean nuevos binomios que distancian a las generaciones. El tiempo pausado, hogareño, cíclico de los mayores frente a lo precario, lo fragmentado, lo instantáneo de los jóvenes. Dos formas de vidas cronológicas y cronométricas que distancian y diluyen las relaciones y los encuentros interpersonales entre las generaciones.

Los proyectos y formas de vida se han privatizado y los modelos de organización de la vida familiar han perdido su fuerza vinculante. Esta modificación del control social ejercido sobre la vida familiar ha dado lugar a un espacio social de libertad individual en la conformación de proyectos de vida y en las formas de concebir la vida en pareja y en familia. Las formas de entrada, permanencia y salida de la vida familiar se han flexibilizado supeditadas a la negociación y el acuerdo entre los protagonistas individuales, debido a la erosión de la legitimidad de la intervención familiar (Meil, 2004: 263).

Este proceso ha sido sintetizado por Ulrich Beck (1986) mediante el concepto de *individualización*, con el que pone de relieve el mayor protagonismo que la cultura actual concede a las opciones y decisiones individuales frente a las normas sociales en ámbitos como la profesión, la política y la vida familiar. La individualización significa *“la creciente autonomía de las biografías individuales de las instancias que en el pasado han guiado la aparición de determinados hitos y tránsitos vitales, tales como el matrimonio, el nacimiento del primer hijo, el inicio de la biografía laboral, etc; instancias que estaban constituidas fundamentalmente por el sexo, la edad y el origen social o regional”* (Meil, 2004: 264). Frente a la *“biografía normal”* o socialmente estandarizada surge la *“biografía elegida”* que, por un lado, significa una mayor posibilidad electiva en las opciones vitales fundamentales -dimensión liberatoria-, pero que, por otra parte, también significa mayores incertidumbres y menor seguridad en la validez de las normas e instituciones sociales tradicionales -dimensión de desencantamiento- (Beck, 1986: 206).

Gerardo Hernández nos recuerda las palabras de Ramón y Cajal: estar jubilado o ser abuelo no significa incorporarse a la *“ancianidad por decreto, porque la sociedad pierde el concurso de gente bien preparada”* (I Congreso de abuelos en marcha, 2007).

La edad multiplica los riesgos, las exclusiones y los conflictos de identidad. En nuestra sociedad, los ancianos han perdido el *status* y las funciones de que gozaban antaño, se insiste en *“el arte de saber envejecer”* a fin de no sufrir por ello ni hacer sufrir a los demás. Se trata de la socialización de un nuevo rol, de la formación de una nueva identidad dictada a las personas ancianas.

En las sociedades contemporáneas, las personas de edad madura -sospechosas de *ser viejas*- tienden a ocultar o disimular por diversos medios los atributos que conforman la identidad esperada de las personas de edad muy avanzada: arrugas; canas; curvaturas en la espalda; caminar defectuoso; roles considerados no propios de la juventud, como el de abuelo o abuela, ser jubilado o jubilada; estados de ánimo depresivos y el no desempeño de actividades físicas o culturales con gran despliegue de actividad.

La construcción de la identidad en el discurso de sentido común revela el prejuicio hacia los viejos por su incapacidad física o mental, por la resistencia a aceptar esa incapacidad, por la ausencia de proyectos y ganas de vivir, por los defectos de carácter (*aislamiento, la edad te vuelve más irascible, más burraño...*). El discurso cotidiano disfraza de este modo un prejuicio ancestral que reproduce los opuestos irreconciliables del pensamiento occidental: vida-muerte; juventud-vejez; actividad-inactividad; autonomía-dependencia, entre otros pares conceptuales que atraviesan el conocimiento filosófico, científico, religioso, artístico y de sentido común.

En los ciclos vitales, surgen factores y circunstancias capaces de causar la aparición del sentimiento de soledad, bien sea en las situaciones de retiro laboral, bien en las de desarticulación conyugal. Respecto a los factores causantes de la soledad tras la jubilación, las dificultades personales para adaptarse a la nueva situación resultante ocupan un lugar primordial. Su nueva situación vital suele estar acompañada de una merma de poder adquisitivo, pérdida de roles y caída de estatus, y la insatisfacción que produce una vida diaria en mayor o menor medida desestructurada con el retiro laboral.

La jubilación conlleva, a menudo, la tendencia a la desvinculación social, debido al cada vez menor número de actividades extradomésticas. Ello va unido con frecuencia a una creciente pérdida de amistades, así como a un empobrecimiento de las relaciones interpersonales; esto es, los jubilados se adentran en un serio proceso de reducción y debilitamiento de sus redes sociales. Las circunstancias familiares adversas también aparecen en el dictamen de los mayores como un elemento altamente asociado al problema de la soledad. La ausencia de cónyuge, la lejanía en que residen los hijos o, peor aún, los conflictos con los parientes, son destacados en este sentido como causas directas para sufrir la soledad. Por último, los jubilados señalan la vinculación entre salud y soledad, entendida la primera tanto en su estado real como en su dimensión subjetiva.

Julio Iglesias De Ussel destaca que, entre los jubilados, existe un escaso número de voces que admiten ser víctimas habituales de la soledad. Se comenta más a modo de fantasma o amenaza futura que como un verdadero problema en el presente. Su aparición se asocia estrechamente a la pérdida del cónyuge y al deterioro de las condiciones de salud.

Una sociedad para todas las edades

En nuestras calles, hay niños, jóvenes, ancianos... Pero rara vez se produce el espacio intergeneracional, más allá de la unión biológica del cuidado. El rol de abuelo cuando el nieto/a va creciendo, se vuelve más frágil y vulnerable.

Los cambios sociales, marcados por la globalización, han creado una brecha generacional. Tenemos dos grupos aislados y con un gran nivel de incomunicación. Una generación de la posguerra española que vivió gran parte de su vida en el franquismo, con valores vitales basados en el trabajo productivo del sector primario y secundario, la moral católica, y la familia tradicional extensa. Y una generación que crece con las nuevas tecnologías, la globalización, la pérdida de valores, la secularización, que concede una importancia vital al tiempo libre y con pautas y normas inestables y tambaleantes.

La “*nueva edad*” denominada juventud es un período extraño hecho de independencia –ya que el hijo es mayor– y de dependencia, puesto que no puede asumir su autonomía económica. Se vive, afectiva y, sobre todo, profesionalmente, bajo el signo de lo provisional.

Se ha producido un cambio en la antepenúltima etapa de la vida, la inserción entre la jubilación y la auténtica vejez, de un largo período profesionalmente inactivo donde se prolonga la salud de la edad adulta o al menos la autonomía física. En 1970, la jubilación se producía, generalmente, hacia los sesenta y cinco años, con lo que quedaba entonces una esperanza de vida de trece años, por término medio. En la actualidad, la jubilación se inicia alrededor de los sesenta años, y a esta edad un hombre puede vivir una media de veinticinco años, habida cuenta de que el retroceso de la mortalidad se ha acelerado después de 1970.

Estos cambios han permitido a Ségolène Royal hablar de la «*primavera de los abuelos*». El nuevo jubilado es todavía un adulto, se encuentra en una condición física mejor que la que tenían sus padres a esa edad. Pero llega un momento en el que la auténtica vejez se presenta en grados diferentes, y más o menos tardíamente aparece como alguna forma de invalidez. Para aquellos que no mueren precozmente existe una larga etapa de vida en la que, profesionalmente inactivos, cada uno permanece activo libremente, invirtiendo en ellos mismos, realizando proyectos durante largo tiempo aplazados, manteniendo o multiplicando las relaciones sociales, y estando más presentes que antes en las familias de sus hijos (Roussel, 1995: 13).

Los cambios en las relaciones sociales descritos anteriormente, junto con los cambios en las condiciones y esperanza de vida de las personas mayores justifican la necesidad y la utilidad de los programas intergeneracionales. Este tipo de programas pueden enmarcarse dentro del propósito de Naciones Unidas de crear una *sociedad para todas las edades*, “en la que cada persona, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar” (Naciones Unidas, 1995a: 66). Esto no es sólo es un concepto, además es un ideal, una meta (Sánchez, 2007: 16). Como concepto se refiere a una sociedad hecha para que personas de todas las edades (bebés, niños, adolescentes, jóvenes, adultos, personas mayores) puedan vivir en ella. Como meta supone que

dicha *sociedad* esté pensada para ellas y, en consecuencia, sea capaz de responder a sus necesidades y procurar su bienestar y felicidad.

El Consejo de Europa señalaba en el año 2000 la trascendencia de trabajar y promover políticas sociales intergeneracionales que hagan posible este pacto de solidaridad intergeneracional. Una sociedad para todas las edades fue el lema de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en el 2002.

A continuación, se presentan las cuatro dimensiones apuntadas por Naciones Unidas para abordar el concepto (según la reformulación de Sánchez, 2007: 23):

1. *Situación de las personas de edad*, desde los principios de independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad. Atender a las personas de edad para conseguir que su envejecimiento sea positivo y activo, un factor de desarrollo para ellas y para todos.
2. *El desarrollo permanente de las personas*: El envejecimiento, como proceso que dura toda la vida, exige medidas a lo largo de todo el ciclo vital y no sólo en la edad más avanzada.
3. *Las relaciones multigeneracionales*: Los intercambios intergeneracionales en las familias, las comunidades y a nivel nacional son indispensables para la preservación de las sociedades. Somos interdependientes.
4. *El desarrollo y envejecimiento de la población*: Hay que introducir los ajustes necesarios para que el envejecimiento y el desarrollo socioeconómico sean compatibles.

Se defiende la necesidad de promover el envejecimiento activo y de favorecer los intercambios intergeneracionales ya que todos somos responsables de la calidad de vida de nuestros mayores.

Los programas intergeneracionales

Siguiendo la definición de la Generations United, que promociona las estrategias, programas y políticas intergeneracionales, un Programa Intergeneracional (PI)

“comprende actividades o programas que incrementan la cooperación, la interacción y el intercambio entre personas de distintas generaciones. Estas personas comparten sus saberes y recursos y se apoyan mutuamente en relaciones que benefician tanto a los individuos como a su comunidad. Estos programas proporcionan oportunidades a las personas, a las familias y a las comunidades para disfrutar y beneficiarse de la riqueza de una sociedad para todas las edades”.

Para Newman y Sánchez (Sánchez, 2007: 38-39), un programa intergeneracional se caracteriza por tres elementos:

- a) Participantes de varias generaciones. En su diseño debe contemplarse el papel activo de diferentes generaciones tanto en el desarrollo como en el destino de las actividades. Por tanto, no se trata de actividades hechas para los mayores por parte de los jóvenes, ni viceversa.
- b) Organización, duración y fines: Al tratarse de un programa, estamos hablando de acciones que están organizadas en el tiempo y que tratan de alcanzar unos fines concretos. La participación en un PI implica actividades dirigidas a alcanzar unos fines beneficiosos para todas esas personas y, por ende, para la comunidad en la que viven.
- c) Intercambio continuado, entendido como interdependencia y servicio mutuo, que retroalimenta las relaciones de solidaridad intergeneracional (“yo hago esto por ti y tú haces esto por mí”) y posibilita un conocimiento recíproco y mutuo.

Estos tres elementos se incluyen en la definición de programa intergeneracional adoptada por el Consorcio Internacional para los Programas Intergeneracionales, una entidad no lucrativa dedicada al fomento de los PIs: *Los programas intergeneracionales son medios para el intercambio intencionado y continuado de recursos y aprendizaje entre las generaciones mayores y las más jóvenes con el fin de conseguir beneficios individuales y sociales.*

El desarrollo histórico de los PI puede dividirse en varias fases:

Primera Fase. Se sitúa en Estados Unidos, en las décadas de los 60-70. La razón de ser de estos programas tenía que ver con un patente distanciamiento entre las generaciones, consecuencia de la reubicación familiar debida a los cambios en el mercado laboral, estaba teniendo efectos negativos sobre dichos miembros y sobre las relaciones entre ellos. Esta separación estaba ocasionando la pérdida de interacción entre mayores y jóvenes, el aislamiento de las personas mayores y la aparición de percepciones mutuas erróneas, mitos y estereotipos, entre estas generaciones.

Segunda Fase. Hasta los años 90, y también situada en Norteamérica (Estados Unidos y Canadá), pasó a estar caracterizada por la utilización de los PI para abordar problemas sociales relacionados con las necesidades culturales, sociales y económicas que afectaban a estos dos grupos vulnerables: niños/jóvenes y personas mayores: la baja autoestima, el abuso de las drogas y del alcohol, los bajos resultados escolares, el aislamiento, la falta de sistemas de apoyo adecuados, el desempleo y la desconexión con la familia y con la sociedad.

Tercera Fase (Actualidad). Además de un incremento del uso de los PI como instrumentos para el desarrollo comunitario, estamos siendo testigos de la emergencia de estos programas en el entorno europeo.

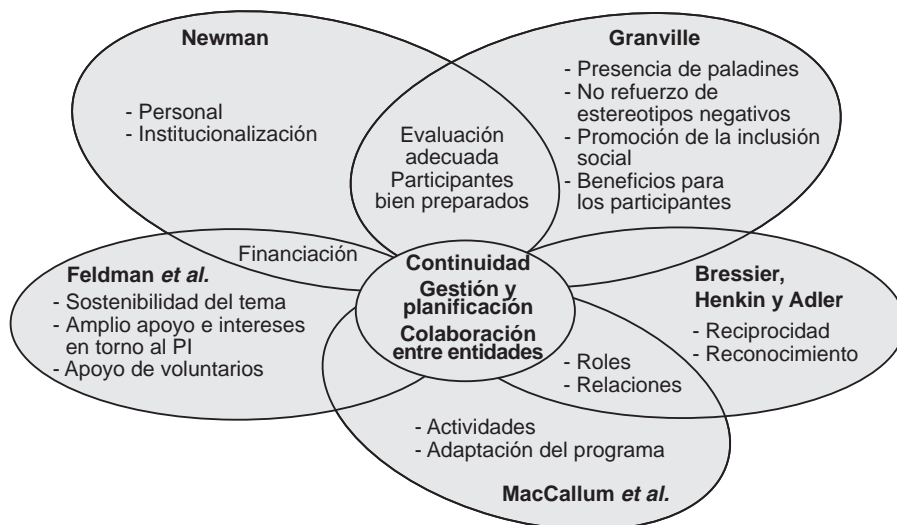
Para que un PI tenga éxito son necesarios, como mínimo, los tres siguientes elementos (Newman y Sánchez, 2007:39):

- Que el PI responda a necesidades reales que existen allí donde se realiza.
- Hacer una buena gestión y planificación del programa.
- Contar con la colaboración de diversas entidades de la zona (*trabajar en red*).

Pero, además, hay que intentar que también estén presentes los cinco componentes siguientes:

- Una evaluación adecuada del programa.
- Una buena preparación de las personas que participan en el PI.
- Una financiación suficiente.
- Que cada persona participante tenga un rol que desempeñar, un papel en el programa.
- Que el PI no sólo procure que los participantes se reúnan y estén juntos, sino que consiga que se relacionen.

Gráfico 1. *Componentes de los PI que mejor funcionan*



Fuente: Sánchez, 2007: 48

Estos elementos de los PI deben plantearse no como prácticas aisladas sino dentro de un marco más amplio: *el campo intergeneracional*.

Un campo intergeneracional es un “conjunto de conocimientos (teorías, investigaciones, práctica) y de acciones (en especial las políticas públicas y los programas intergeneracionales) encaminados a aprovechar de modo beneficioso el potencial de la intergeneracionalidad en tanto encuentro e intercambio entre personas y grupos pertenecientes a distintas generaciones” (Sánchez, 2007: 49).

La profesora británica Miriam Bernard (Bernard, 2006) sostiene que el campo intergeneracional se articula en torno a cuatro dimensiones: *la investigación, las políticas, las prácticas y las teorías que abordan la intergeneracionalidad*.

A partir de las consideraciones anteriores vamos a abordar una propuesta de elementos a considerar para el diseño de proyectos intergeneracionales de tiempo libre en clave participativa. Hay que destacar que se trata de poner en interacción a dos o más grupos generacionales compartiendo experiencias y espacios comunes, donde los sujetos sean los agentes del proceso en la fase de ejecución del mismo, pero también de manera progresiva en las fases de evaluación y programación. El primer paso es determinar el *objeto del proyecto*, esto es, qué se quiere hacer. El proyecto puede tomar múltiples formas (artes plásticas, cursos, relatos, concursos, etc.); lo importante es establecer que se trata de un proyecto para compartir experiencias de tiempo libre que pueden ser comunes a personas de diferentes generaciones. El proyecto puede tener también como *objeto implícito* el poner en relación, conocerse recíprocamente, abrir un “diálogo entre generaciones”. En este caso, más allá de la mera actividad, se busca un objetivo de trabajo social, que dé sentido al proyecto en el medio y largo plazo.

Una vez determinado el objeto, el siguiente paso consiste en la fundamentación del proyecto. Justificar el porqué de la intervención. Hemos aludido a los problemas de soledad, individualización y estigma de la vejez en la *sociedad líquida*, frente a éstos los programas intergeneracionales se presentan como una herramienta para que las personas mayores puedan estar implicadas de manera activa en sus comunidades, dado que por medio de estos programas las personas mayores permanecen como “miembros productivos y valorados en la sociedad” (Pinazo, Kaplan, 2007:72). Los beneficios también son extensibles a las personas jóvenes, quienes tienen la oportunidad de experimentar encuentros relacionales fuera del ámbito familiar con personas mayores. Estos programas sirven para construir vínculos intergeneracionales, son un medio trasmisor de la cultura y los valores a las generaciones jóvenes; quienes además ganan conocimiento y aprecio por la vejez. En la siguiente tabla pueden verse los beneficios obtenidos por mayores y jóvenes, a partir de las conclusiones de un estudio realizado sobre programas intergeneracionales en Australia:

Además de los beneficios para los protagonistas también se dan una serie de beneficios para la comunidad, como son la reconstrucción de redes sociales; el desarrollo del sentimiento de comunidad, la construcción de una sociedad más inclusiva y con ello el aumento de cohesión social, ofreciendo modelos de comportamiento cívico, etc.

Tabla 1. *Beneficios del intercambio intergeneracional*

PARA LAS PERSONAS MAYORES	PARA LAS PERSONAS JÓVENES
- Cambios en el humor, aumento de la vitalidad	- Incremento del sentimiento de valía, autoestima y confianza en uno mismo
- Mejora de la capacidad para hacer frente a la enfermedad física y mental	- Menor soledad y aislamiento
- Incremento en el sentimiento de valía personal	- Tener acceso al apoyo de adultos durante momentos de dificultad
- Oportunidades de aprender	- Aumento del sentimiento de responsabilidad social
- Huida del aislamiento	- Percepción más positiva de las personas mayores
- Renovado aprecio por las propias experiencias de la vida pasada	- Mayor conocimiento de la heterogeneidad de las personas mayores
- Reintegración en la familia y en la vida comunitaria	- Proveerse de habilidades prácticas
- Desarrollo de la amistad con gente más joven	- Mejora de los resultados en la escuela
- Recepción de ayuda práctica en actividades, como compras o transporte	- Mejora de las habilidades lectoras
- Dedicar tiempo a la gente joven y combatir los sentimientos de aislamiento	- Menor implicación en actos violentos y uso de drogas
- Incremento de la autoestima y de la motivación	- Estar más saludable
- Compartir experiencias y tener una audiencia que aprecia los logros	- Aumento del optimismo
- Respeto, honor y reconocimiento de su contribución a la comunidad	- Fortalecerse frente a la adversidad
- Aprender acerca de la gente joven	- Incremento del sentido cívico y de la responsabilidad hacia la comunidad
- Desarrollo de habilidades, y en particular de habilidades sociales y uso de nuevas tecnologías	- Aprender sobre la historia y los orígenes, y sobre las historias de los otros
	- Construir la propia historia de vida
	- Disfrute y alegría
	- Ganar respeto por los logros de los adultos

Tabla 1. *Beneficios del intercambio intergeneracional* (continuación)

PARA LAS PERSONAS MAYORES	PARA LAS PERSONAS JÓVENES
<ul style="list-style-type: none"> - Transmitir tradiciones, cultura y lenguaje - Pasarlo bien e implicarse en actividades físicas - Exposición a la diferencia - Ayudar a fortalecerse frente a la adversidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Recibir apoyo en la construcción de la propia carrera laboral - Actividades de ocio alternativo frente a los problemas, particularmente drogas, violencia y conducta antisocial

MacCallum *et al.* (2006) citado por Pinazo, Kaplan (2007:79-82).

En la fundamentación también se debe considerar el marco normativo que avale la necesidad de desarrollar este tipo de proyectos. En el contexto español cabe considerar el Objetivo 1 del Plan de Acción para las Personas Mayores (2003-2007) del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, cuya finalidad es *promover la autonomía y la participación plena de las personas mayores en la Comunidad, en base a los principios del Envejecimiento activo*. Dentro de dicho objetivo se plantean una serie de acciones orientadas a promover las relaciones intergeneracionales, en particular, la 1.1. 13, que consiste en el *diseño de programas educativos dirigidos al fomento de las relaciones intergeneracionales y a superar los estereotipos negativos de las personas mayores*. Establece como responsable de este objetivo a los Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS), al de Educación y Deportes (MECD) y también a las Comunidades Autónomas en colaboración con el MTAS. En este sentido, en el II Plan Integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas Mayores 2007-2010, de la Comunidad Autónoma de la Rioja, se establece entre los objetivos del primer área, Mejorar la percepción social de las personas mayores (objetivo 23) y para ello se propone entre otras medidas el *establecimiento de programas de transmisión de conocimientos y experiencias de Personas Mayores a otras generaciones* (medida 24.03). Estos planes son un soporte para impulsar programas intergeneracionales, que deben tener su contraparte en los planes de juventud.

Después de la fundamentación teórica y normativa, en el diseño del proyecto se deben delimitar concretamente los objetivos del mismo, esto es, cuánto se va a hacer de este objetivo macro como es abordar las relaciones intergeneracionales. En este punto se enunciarán los objetivos generales y específicos, de forma precisa y cuantificable, con el fin de facilitar el proceso de evaluación del proyecto. La definición de los objetivos resulta clave para que todos los agentes implicados con el proyecto (personas mayores y jóvenes; profesionales y volun-

tarios; políticos directamente vinculados, asociaciones y colectivos y sociedad en general) tengan la misma idea sobre lo que se va a hacer y qué se puede esperar del mismo. Esta fase es ineludible para evitar posteriores frustraciones y falsas expectativas.

La experiencia acumulada en Alemania (Hatton-Yeo, 2007: 134) sobre actividades intergeneracionales puede dar una idea sobre los diferentes objetivos que pueden desarrollarse por medio de este tipo de iniciativas:

- Aprender unos de otros (por ejemplo, desarrollo de capacidad y habilidades, alfabetización digital, empleo, historia local y oral, reminiscencia, conservación de la herencia cultural).
- Ayudarse y apoyarse mutuamente (por ejemplo, asistencia infantil a los hogares monoparentales, asesoramiento y mediación para alumnos y jóvenes, apoyo a los inmigrantes, interacción entre centros de asistencia de día para niños y hogares de ancianos, participación cívica).
- Convivir (por ejemplo, convivencia multigeneracional, convivencia del barrio-comunidad).
- Experimentar juntos, abrir espacios de colaboración (por ejemplo, iniciativas pedagógicas en museos, centros comunitarios y de trabajo).
- Tocar, actuar y cantar juntos (por ejemplo, llevando a cabo eventos artísticos, teatro, música, festivales, talleres).

Los objetivos estarán en función del objeto del proyecto, y es necesario que sean coherentes con el mismo. Asimismo deben ser realistas con las posibilidades económicas, humanas, culturales y de equipamiento disponible en el entorno concreto donde se va a realizar el proyecto. Un proyecto no es mejor que otro por que cuente con más financiación, sino por el criterio de valoración que está en la eficacia del mismo con respecto a los recursos disponibles para llevar a cabo los objetivos propuestos.

Una vez que se han delimitado los objetivos el resto de las fases en el diseño de proyectos es relativamente sencillo. Se podría decir que los objetivos son el *boceto* del artista que construye su obra en el campo de lo social.

Ahora bien, tan importante como los objetivos es la metodología, es decir, el cómo se va a desarrollar el proyecto, de qué manera se va a dar cumplimiento a los objetivos propuestos. Un mismo objetivo puede desarrollarse con distintas metodologías, dando lugar a resultados diferentes. Así, como han destacado Pinazo y Kaplan (2007:100) *“los programas que suponen una única ocasión de encuentro o que implican un contacto superficial son cualitativamente diferentes que aquellos programas que conllevan experiencias más intensas y una comunicación más profunda; estos últimos conducen mucho mejor a la*

formación de relaciones significativas” y por tanto tiene mayor impacto en los participantes. Otro aspecto diferenciador de los programas estriba en la participación directa de los sujetos en las diferentes fases del proyecto. El uso de metodologías participativas en las diferentes fases del proyecto (diseño, ejecución y evaluación) son una garantía de la eficacia del mismo para responder a las necesidades, intereses e inquietudes de los participantes.

Cuando se habla de participación cabe recordar que existen diferentes formas y niveles de participación, en una escala puede delimitarse desde un mínimo (por ejemplo, votar) hasta un máximo (ser candidato) entre ambas opciones existen diferentes opciones de participación. En el plano individual reside la voluntad respecto a su grado de implicación dentro de un determinado proyecto. En el gráfico siguiente pueden verse representados los roles dentro de un proyecto, elaborado a partir de la teoría de los círculos concéntricos, formulada por diversos analistas de los movimientos sociales:

Gráfico 2. *Teoría de los círculos concéntricos*



Fuente: Castells, 1994; Rodríguez Villasante, 1984; Rueda, 1988; López Cabanas-Chacón, 1997

En el ámbito de la comunidad, cabe diferenciar nuevos roles, tales como colaboradores, detractores, indiferentes e ignorantes. Con ello, queremos hacer constar que un mismo proyecto puede tener diferentes grados de adhesión entre los miembros de la comunidad a la que se dirige. Y, por tanto, desde el punto de vista metodológico la finalidad no es conseguir el máximo de participantes, sino sobre todo, el de promover que los destinatarios del proyecto pue-

dan participar activamente en el mismo, creando las condiciones para una participación efectiva, mediante la adecuada combinación de tres exigencias: Saber, Querer y Poder. Corresponde a la organización promotora del proyecto crear los cauces para la participación, mediante estructuras de gestión y coordinación que den cabida a las personas interesadas. Por su parte, las otras dos condiciones están en la capacidad (Saber) y voluntad (Querer) de los sujetos. Si bien, en el diseño del proyecto se pueden poner en marcha diferentes estrategias, en función de la combinación de las anteriores en el grupo concreto, tal como se presenta en el siguiente cuadro, donde se pueden ver qué modelos de dirección (Poder) deben ponerse en marcha para facilitar la participación de personas o entidades en función de la combinación de las otras dos variables:

Tabla 2. *Estrategias para la participación*

		SABER	
		SÍ	NO
QUERER	SÍ	Delegar	Persuadir
	NO	Participar	Motivar

Desde el punto de vista metodológico cabe destacar la influencia de la Investigación Acción Participativa, en el ámbito del Trabajo Social, pero también de la Sociología, en el diseño de proyectos de intervención social. Esta metodología permite desarrollar un análisis participativo, donde los actores implicados se convierten en los protagonistas del proceso de construcción del conocimiento de la realidad sobre el objeto de estudio, en la detección de problemas y necesidades y en la elaboración de propuestas y soluciones. Es por tanto, aplicable para el diseño de proyectos intergeneracionales, en la medida que combina la investigación social, el trabajo educativo y la acción transformadora.

El diseño metodológico del proyecto estará en función de los objetivos previstos, y podrá combinar una o varias de las siguientes técnicas que posibilitan la participación de los implicados en las diferentes fases del proyecto (Tabla 3).

Una vez delimitado el proyecto en cuanto a los objetivos y la forma de alcanzarlos, las siguientes cuestiones en la programación del mismo están implícitas y la tarea consiste en describirlas e identificarlas. Un apartado especial merece la cuestión de los recursos. Bajo esta denominación se consideran tanto los recursos materiales, humanos y técnicos que se ponen al servicio del proyecto para desarrollar la intervención prevista. Es tarea del profesional no sólo gestionar los recur-

sos existentes, sino también generar otros nuevos, ante las necesidades emergentes sin olvidar la constitución de la persona, el grupo y la comunidad como recursos en sí. Es preciso, por tanto el desarrollo de habilidades y capacidades creativas en el uso de los recursos, sin olvidar el marco normativo e institucional.

Tabla 3. *Técnicas participativas en proyectos sociales*

Estudio - Diagnóstico	Programación	Ejecución	Evaluación
Análisis de caso	Tareas	Baraja de la intervención	La rayuela
Hechos y opiniones	Grupo Nominal	Rompecabezas	Lo mejor y lo peor
Verdades y generalizaciones	El consejo de los yuyumanos	Puzzle de seguimiento	Las dianas
El elefante	La pesca de la planificación		Remos y anclas
			Le pido, le doy

Fuente: Ventosa, V. (2004).

En el diseño del proyecto debemos considerar qué recursos existen en el entorno y, que potencialidad tienen los recursos disponibles para el desarrollo de actividades intergeneracionales. Espacios que a priori han sido concebidos con una función generalista (instalaciones deportivas, centros culturales, etc.) tienden a segmentar su oferta por grupos de edad y/o sectores de población (mujer, tercera edad, etc.). En este caso se trataría de promover un uso intergeneracional de dichos espacios.

También hay que subrayar la existencia de equipamientos específicos orientados a los grupos de edad, principalmente hogares de jubilados y pensionistas o casas de juventud. En ambos casos, se trata de instalaciones dotadas de espacios multifuncionales, salas de reunión, etc. que atiende las necesidades específicas de cada grupo de edad. Sin embargo, se constituyen en feudos cerrados a otros grupos de edad o sectores de población. De ahí que comiencen a proliferar experiencias de Centros Intergeneracionales, que son instalaciones que ofrecen de forma continuada y simultánea, servicios a personas de distintas generaciones (Jarrott y Weintraub (2007:141). Es frecuente la localización de diversos servicios en instalaciones de carácter residencial o de atención diurna, como puede verse en el cuadro anterior.

Entre las ventajas de la ubicación de servicios intergeneracionales dentro de un mismo recurso los estudios revelan factores de tipo psicosocial pero también de tipo económico. Este tipo de centros permite crear y mantener una comunidad en el interior de sus paredes, constituyen un microcosmos, en el con-

texto de una comunidad más amplia. Pueden a su vez estar enlazados con la comunidad más amplia. En cualquier caso, la ubicación posibilita el encuentro intergeneracional en un espacio común y compartido. Con ello, se amplía la panorámica de la aplicación de los programas intergeneracionales no sólo dirigidos a personas autónomas, bien sean mayores o jóvenes, sino también a grupos en situación de dependencia.

Finalmente, queremos señalar la importancia de la evaluación en el diseño de proyectos intergeneracionales, como modo de medir la eficacia de los mismos. Algunas razones para evaluar un programa intergeneracional esgrimidas por los expertos (Pinazo y Kaplan, 2007:74) pueden verse en el siguiente cuadro:

1. Para explicar cómo se desarrolla el trabajo y cómo cambian las metas
2. Para ayudar a identificar lagunas sin cubrir
3. Para demostrar a los financiadores el impacto del programa
4. Para motivar a los voluntarios que participan en él y demostrarles que su actividad vale la pena
5. Para responder de lo que hacemos y demostrar responsabilidad al redactar buenos informes que muestren la eficacia y la eficiencia del trabajo realizado
6. Como signo de profesionalidad, al mostrar que los recursos se invierten de forma efectiva
7. Como signo de compromiso por conseguir los objetivos generales y específicos planteados
8. Para ilustrar el bien realizado, haciendo llegar los informes de evaluación a la mayor audiencia posible
9. Para ayudar a asegurar la financiación al demostrar seriedad, compromiso y uso eficaz de los recursos
10. Para influir en la política y en la práctica y responder ante ellas.

En la evaluación de los programas intergeneracionales es interesante partir de diseños experimentales con grupo de control y con información *pre y post-test*, que permitan comprobar el cambio de actitudes, prejuicios y comportamiento de los actores intervinientes. Asimismo, es de utilidad conocer el impacto del programa en la comunidad en el corto, medio y largo plazo, que justifique la financiación de este tipo de proyectos como apuesta política decidida, más allá de modas pasajeras.

Ejemplos de “buenas prácticas” intergeneracionales

“Michael y Michelle, hermanos gemelos de cuatro años de edad, llegan todas las mañanas a su guardería, que está junto a una residencia para personas mayores. Acuden rápidamente al encuentro de Clara, su amiga de 78 años que va en silla de ruedas. Después de los besos de buenos días y de comentar los sucesos del día, los tres se dirigen a clase, donde se unen al resto de los participantes en un proyecto artístico en el que, con agua de colores, decoran panes que luego tostarán y almorzarán. Durante el resto del día volverán a encontrarse en las clases de lectura, jugando al ordenador o en las actividades físicas. Clara y otros amigos mayores son una ayuda adicional para el maestro de la clase y un cálido refugio para los niños. Clara tiene tiempo para ayudar a los más pequeños a utilizar nuevas palabras, les recuerda que deben ser educados y cuidar sus modales y disfruta enormemente con sus logros, con respecto a los cuales no escatima alabanzas. Clara tiene algo que da sentido a su vida: ser amiga de estos niños” (Butts en Sánchez, 2007: 103).

En Estados Unidos, los programas intergeneracionales llevan mayor tiempo de implantación. Los primeros programas intergeneracionales documentados se idearon como parte del movimiento de lucha contra la pobreza -*War on Poverty*- en los años 70. *Foster Grandparents* y otros programas se crearon con el objetivo de combatir el creciente aislamiento de los ciudadanos de la tercera edad con bajos ingresos y de conectar las generaciones, así como proporcionarles asistencia sanitaria y una pequeña ayuda económica. La mayor parte del apoyo al desarrollo de programas intergeneracionales procedió de las instituciones cuya misión consistía en atender a los ancianos. Los defensores y las organizaciones que se centraban en los niños, los jóvenes y la familia se han mostrado menos proclives a integrar la práctica intergeneracional. Y cuando consideran la posibilidad de participar en estrategias intergeneracionales, normalmente lo hacen desde la posición estratégica de la contribución que pueden suponer las personas mayores para su propia población objetivo y no tanto por el papel que pueden desempeñar las generaciones más jóvenes en la realización de una red de apoyo mutuo entre generaciones.

La fundación *Annie E. Casey* ha adoptado un enfoque más expansivo. Esta fundación, que inició su actividad en 1978, tiene como principal misión fomentar las políticas públicas, las reformas de los servicios humanos y un apoyo a la comunidad que satisfagan con más eficacia las necesidades de los niños y las familias vulnerables de hoy en día. ¿Por qué se fija en las personas mayores una fundación orientada hacia el bienestar de los niños desfavorecidos? Porque los consideran miembros de pleno derecho de las familias en las que crecen los niños y de las comunidades en las que viven. Los mayores pueden proporcionar funciones de ayuda, habilidades, liderazgo y capital social que permiten mejorar

Tabla 4. *Centros intergeneracionales en Estados Unidos*

Tipo de centro intergeneracional	Nombre del programa	Información de contacto
Centro de día para mayores y educación de la primera infancia	Neighbors Growing Together, Centro de Formación e Investigación del Desarrollo Infantil y Servicios de Día para Mayores de Virginia Tech	www.intergenerational.claahs.vt.edu/neighbors/index.html
Resistencia asistida y centro de día para niños	Bent County Healthcare Center: Prairie View Village y Kountry kids	www.bentcountyhealthcare.com
Atención continua y servicios de día para niños	Retirement Community de Messiah Village y Children's Family Center	www.messiahvillage.com www.childrensfamilycenter.org
Residencia de larga estancia y atención de guardería/horario extraescolar	Josephine Sunset Home y Josephine Intergenerational Learning Center	www.josephinenet.com
Centro para la tercera edad y colegio de secundaria	ROCORI Senior Center y ROCORI Middle School	www.rocori.k12.mn.us
Alojamiento para la tercera edad y madres sin hogar	West End Intergenerational Residence	www.intergenerational.org
Centro de día para mayores y centro de desarrollo infantil	Easter Seals Miami Dade Inc.	www.miami.easterseals.com
Alojamiento y estudios de enseñanza superior para jubilados	Ithaca College Longview Retirement Community	www.ithaca.edu/icgi/longview.php www.ithacarelongview.com

Fuente: Jarrott y Weintraub (2007:160)

las vidas de estos niños. Esta fundación ha desarrollado un área denominada *Los mayores como recurso* con la que pretende animar a los responsables de sus programas y a las comunidades en las que trabajan a encontrar maneras de im-

plicar en sus acciones a las personas de más edad (Annie E. Casey Foundation, 2005).

Seniors4Kids constituye otro ejemplo de liderazgo en los grupos de niños y jóvenes. Esta iniciativa, desarrollada por *Generations United*, moviliza a las personas mayores como defensores de los niños. Este proyecto, probado en Florida, recluta a personas mayores (*elder captains*) que actúan como portavoces clave en la defensa de una educación preescolar de calidad, y que se han propuesto conseguir que sea obligatorio que todos los profesores de educación infantil sean titulados universitarios.

A finales de los años 90, los PI comenzaron a desarrollarse con fuerza en Europa. Aparecen como respuesta a problemáticas tales como la difícil integración de las personas inmigrantes, en el caso de Holanda, como las cuestiones políticas relacionadas con la inclusión y los nuevos roles de las personas mayores, en el Reino Unido, o como la percepción de una cierta crisis en los modelos de solidaridad familiar tradicionales y el interés por impulsar el envejecimiento activo, en el caso de España. La mejor prueba de esta especie de despertar de los PI fue la creación, en 1999, del Consorcio Internacional para los Programas Intergeneracionales (Sánchez, 2007: 53).

En España, su implantación es paulatina y dispersa. Las comunidades autónomas con más PI en marcha son Andalucía (22 %), Murcia (14 %), Asturias (10 %), Castilla-León (7,5 %), Cataluña (7 %) y Madrid (6 %). En 2007, se localizaron un total de 133 PI en España (Sánchez *et al.*, 2007) de los cuales un 63,2 % eran públicos y un 29,3 % privados. Se observa una enorme variabilidad en el número de participantes y en la frecuencia de contactos (Sánchez *et al.*, 2007).

A continuación, se describen ejemplos de buenas prácticas que comprenden redes, proyectos, programas y actividades intergeneracionales en España. No pretendemos presentar un listado exhaustivo sino sólo ilustrar las principales líneas de actuación de los PI.

- Red de relaciones intergeneracionales <http://www.redintergeneracional.es>

La Red de Relaciones Intergeneracionales, conocida como RED INTERGENERACIONAL, es una iniciativa del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte cuyo objetivo es impulsar, en España, las investigaciones, las políticas y las prácticas en favor de unas relaciones más beneficiosas entre las distintas generaciones. El fin último de esta Red es colaborar en la implantación de una auténtica sociedad para todas las edades.

- Proyecto INTERGEN (Universidades de Valencia, Granada y Murcia)

El proyecto de investigación «INTERGEN: descripción, análisis y evaluación de los programas intergeneracionales en España. Modelos y buenas prácticas», fi-

nanciado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y actualmente en ejecución, está realizando un directorio de prácticas intergeneracionales en el país. Además, han realizado diversas investigaciones sobre la situación de los Programas Intergeneracionales en España, para el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, y han formado a más de 300 gestores expertos en programas intergeneracionales por toda España.

- PROYECTO ILSE (*Intergenerational Learning in Schools in Europe*). *Socio en España: OFECUM* (Oferta Cultural de Universitarios Mayores) de Granada

El objetivo general de ILSE es promover el aprendizaje a lo largo de toda la vida por parte de las personas mayores. Para ello, el proyecto se centra en las oportunidades de aprendizaje vinculadas al trabajo intergeneracional que las personas mayores pueden desarrollar en los centros escolares.

El nexo común entre todos los socios del proyecto ILSE (Reino Unido, Alemania, España y Hungría) es su experiencia en la puesta en marcha de actividades intergeneracionales en centros escolares. Inicio: Agosto 2006.

- Mayores Activos en la Escuela (OFECUM-Obra Social Caja Madrid)

Siguiendo el modelo puesto en marcha en Suecia y Noruega, el objetivo es que sean los propios centros escolares los que diseñen la forma concreta en que las personas mayores de su entorno que lo desean, preparadas previamente por OFECUM, puedan pasar a formar parte permanente de la comunidad escolar. Inicio: Junio 2007.

- Por una casa para todos (Área de Solidaridad y Punto de Voluntariado de La Casa Encendida, Madrid)

El programa "*Por una casa para todos*" se constituyó en el 2007 como un espacio de encuentro y apoyo a las relaciones Intergeneracionales y de Ocio Inclusivo para la activación del tiempo libre saludable y solidario, enmarcado dentro de un proceso que generado a lo largo de seis meses en La Casa Encendida de Madrid (Obra Social Caja Madrid). Las personas a través de actividades de Ocio compartidas descubren, aprenden y potencian nuevas habilidades, relaciones, fuentes de conocimiento personal y diversión que mejoran la salud, integración y su calidad de vida.

Constan de los siguientes talleres: Teatro documento: *Historias de vida (en minúscula)*, *Creatividad y juegos tradicionales y multiculturales*, *Taller de Títeres: "Las palabras en las manos"* y *Taller de radio: "Regalos para las orejas"*.

- Teatro Intergeneracional, Do de pecho, Os cuento mi profesión, ¿A qué jugabas? y Taller de cocina (Sanitas Residencial Oviedo)

Estos programas surgen como búsqueda de la satisfacción que a los residentes les proporciona participar en actividades de tiempo libre y como respuesta a la necesidad de apoyo que plantean (por su estado físico y/o cognitivo) para realizarlas. Dicha tarea la realizan residentes, familias y educadoras. Estas tareas se extienden a representaciones, actuaciones, charlas y sesiones de juegos en colegios y ludotecas.

- Taller de títeres (Centro Social de personas mayores de Mieres, Asturias)

El proyecto intergeneracional “Taller de Títeres” llevado a cabo por el Centro Social de Personas Mayores de Mieres, se enmarca dentro del Programa Intergeneracional marco “*Recuperando memorias, construyendo futuro*”, promovido por la Consejería de Vivienda y Bienestar Social del Principado de Asturias con el objeto de potenciar la participación comunitaria de las personas mayores y avanzar en un enfoque intergeneracional en la red pública de Centros Sociales de Personas Mayores de Asturias.

El proyecto propone crear una actividad estable con el objetivo general, de promover la participación, solidaridad, así como el sentimiento de utilidad social de los mayores, potenciando una imagen positiva de la vejez, particularmente entre los niños.

- Baúl del Recuerdo (Almería): <http://www.bauldelrecuerdo.es>

El Baúl del recuerdo es un proyecto que pretende poner en valor las experiencias, conocimientos, cultura y modos de vida tradicionales que las generaciones más mayores pueden transmitirnos. Tiene así un doble objetivo: por un lado, recopilar un conjunto de información valiosa para las generaciones de jóvenes actuales y contribuir a que no se pierda este legado, y por otro lado, promover el intercambio y enriquecimiento intergeneracional. Este portal pretende ser una vía de participación y fomento de las relaciones intergeneracionales. Se basa en la interactividad y por eso es esencial la implicación de los usuarios para su funcionamiento. Los mayores podrán aportar sus vivencias y recordar formas de vida ya casi olvidadas y que entrañan grandes valores de humanidad, solidaridad, respeto ambiental. Los niños y jóvenes tendrán un espacio para compartir con las generaciones mayores sus aficiones, gustos e inquietudes. El intercambio les ayudará a conocer su identidad cultural y a contar con modelos positivos para su desarrollo como personas.

- El Proyecto Intergeneracional *MENTOR* (Por cada mayor *MEN*tor, un niño inmigrante *lecTOR*) - OFECUM y AGER (Asociación de Inmigrantes Retornados)

Este proyecto nació en el curso 2006. Estamos ante un proyecto de necesidades muy particulares y complejas. Para su ejecución se han tenido en cuenta

indicadores muy diferentes pero absolutamente complementarios: culturales, escolares, sociales y psicoafectivos.

El Proyecto MENTOR está diseñado según unas finalidades y un programa que se adapta al grupo de niños/as, en una escuela concreta, con el consentimiento y asesoramiento de sus familias y la colaboración del centro escolar y entidades de voluntariado de la ciudad de Granada. En él se implican personas mayores (emigrantes retornados, maestros/as jubilados de educación, profesionales diversos, amas de casa y abuelos y abuelas), los cuales de manera altruista y muy responsable, ponen sus conocimientos, afecto y experiencias de vida cada semana (durante todo el curso escolar) al servicio de unos niños/as inmigrantes con unas necesidades socioeducativas bien definidas. Y la excusa está clara: *“Los mayores necesitan compartir sus experiencias de vida y sus saberes y los niños necesitan modelos a seguir y una mejor integración en la comunidad que los acoge”*.

- Actividades Intergeneracionales (Ayuntamiento de Camargo, Cantabria)

La Concejalía de Colaboración Intergeneracional, Mayores, Juventud e Infancia del Ayuntamiento de Camargo organiza actividades de otoño-invierno, que incluyen talleres para menores de 6 años acompañados por adultos, salidas a una granja escuela para fomentar el contacto de los niños con la naturaleza, actividades de multiaventura para los mayores de 18 años y las charlas y talleres para mayores. Todo ello se complementa con los talleres de reciclado y jabón artesanal y el proyecto 'Entregeneraciones', un programa integral abierto a toda la población que combina la interacción intergeneracional a través de la búsqueda de información sobre cómo eran y cómo vivían nuestros mayores.

- Taller intergeneracional 2008: Consumo sostenible (Ayuntamiento de Arnedo, La Rioja y Fundación “La Caixa”)

Es una iniciativa que consta de tres talleres relacionados con el consumo responsable y la sostenibilidad. Los talleres están destinados a voluntarios del Hogar de Personas Mayores de Arnedo y a niños de 6 a 12 años.

Los objetivos de los talleres son potenciar la participación conjunta de niños y personas mayores, respetar el entorno en el que vivimos y realizar tareas de concienciación hacia la sostenibilidad. Mostrar hábitos correctos para el ahorro y el consumo responsable y desarrollar la imaginación y creatividad de los participantes son otros de los objetivos de esta iniciativa.

Las propuestas y aplicaciones de los programas intergeneracionales son amplias, permiten combinar objetivos antropológicos, culturales o asistenciales. Suponen una puesta en relación, una suma positiva de resultados para todas las partes intervinientes. Sectores vulnerables que se refuerzan a través del desarrollo de los programas.

Conclusiones

Es el momento de buscar las posibilidades de apoyo y colaboración en los nuevos modelos familiares: más verticales, más multigeneracionales y bajo distintos techos (Fundación Encuentro, 2006: 322). Las políticas segmentadas por grupos de edad deben dejar paso a fórmulas que atiendan las necesidades específicas de todas las cohortes.

Para ello, es necesario generar una nueva actitud ante el estereotipo de la edad, creando vínculos que atiendan las necesidades de nuestros menores (pérdida de cuidados, pérdida de conexiones culturales e históricas, inseguridad) y las de nuestros mayores (soledad, autoestima, sentimientos de no ser útiles).

Los PI se plantean como instrumento para la solución de problemas sociales prioritarios, principalmente:

- La unión de generaciones separadas
- La recuperación y el replanteamiento de la transmisión de cultura tradicional
- El fomento de una vida laboral y social activa entre generaciones
- Los problemas de dos grupos vulnerables (infancia y vejez).

Que generan nuevas actitudes de solidaridad entre generaciones, enfocadas a:

- Compartir recursos entre las generaciones
- Asumir los retos de los problemas sociales entre generaciones
- Implicarnos en el aprendizaje para toda la vida.

Bibliografía

- AA.VV. (2000): "Las relaciones abuelos-nietos al final del milenio: la visión de los niños" en *Geriatrka Vol 16*, pp. 33-40. Disponible en: <http://www.uv.es/melendez/envejecimiento/abuelosnietos.pdf>.
- (2004): "Cómo perciben los nietos adultos las relaciones con sus abuelos" en *Anuario de Psicología vol. 35 n° 1*. Universidad de Barcelona, pp. 107-123.
- ALBUERNE, F. y JUANCO, Á. (2002): "Intergeneracionalidad y escuela: trabajamos juntos, aprendemos juntos" en *Revista interuniversitaria de formación del profesorado n° 45*, pp. 77-88.
- ATTIAS-DONFUT, C. (1995): "Le double circuit des transmissions" en Attias-Donfut, C. (dir.): *Les solidarités entre générations. Vieillesse, Familles, État*. París : Nathan.

- BAUMAN, Z. (2000): *La modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- BECK, U. (1986) [1997]: *La sociedad del riesgo*. Barcelona: Paidós.
- BENGTSON, V. L. (1985): "Symbolism and diversity in the grandparenthood role" en Bengtson, V.L. y Robertson, J.E. (eds.) *Grandparenthood*. Beverly Hills, CA: Sage, pp.11-24.
- CASTELLS, M. (1998): *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol 2*. Madrid:Alianza Editorial.
- CEA D'ANCONA, M.A. (2007): *La deriva del cambio familiar: Hacia formas de convivencia más abiertas y democráticas*. Madrid: CIS.
- FUNDACIÓN ENCUENTRO (2001): "La dependencia entre los mayores" en *Informe España 2001*. Madrid, pp. 197-246.
- GRANDE, I. y VILLANUEVA, M.L. (2002): *Perspectivas de futuro de la tercera edad en la Comunidad Foral de Navarra. Un análisis intergeneracional*. Pamplona: Gobierno de Navarra.
- HATTON-YEO, A. (2007): "Programas intergeneracionales, solidaridad intergeneracional y cohesión social" en *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*, Colección Estudios Sociales, nº 23, Barcelona: La Caixa.
- HERNÁNDEZ, J.E. (2001): "Comunicación intergeneracional" en *Revista interamericana de educación de adultos*. Número especial de Aniversario. CREFAL.
- IGLESIAS DE USSEL, J. (dir.) (2001): *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INE (2000): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999*.
- JARROTT, S. y WEINTRAUB, A. (2007): "Los centros intergeneracionales: un modelo práctico", en *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*, Colección Estudios Sociales, nº 23, Barcelona: La Caixa.
- LÓPEZ-CABANAS y M. CHACÓN, F. (1997): *Intervención psicosocial y servicios sociales, un enfoque participativo*, Madrid: Síntesis.
- LÓPEZ DOBLAS, Juan y DÍAZ CONDE, María Pilar (2007): "Aspectos sociológicos del envejecimiento" en *Informes Portal Mayores*, nº 73. Lecciones de Gerontología, XIV. Madrid: Portal Mayores. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/lopez-aspectos-01.pdf>.
- LÓPEZ, G. y CASADO, D. (1999): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración en España*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- MEIL LANDWERLIN, G. (2004): "Cambios en las relaciones familiares y en la solidaridad familiar" en *Arbor*, Junio 2004, pp. 263-312. Disponible en:

- http://www.uam.es/personal_pdi/economicas/gmeil/publications/solidaridad2004.pdf.
- MONTORO, J. y PINAZO, S. (2004): “La relación entre abuelos y nietos. Factores que predicen la calidad de la relación intergeneracional” en *Revista internacional de sociología* N° 38, pp. 147-168.
- NACIONES UNIDAS (1995a): Informe de la cumbre mundial sobre desarrollo social. Copenhague, 6 a 12 de marzo de 1995.A/CONF.166/9, 16 de abril.
- (1995b): Marco conceptual del programa para los preparativos y la observancia del Año Internacional de las Personas de Edad en 1999.A/50/114. 22 de marzo.
- NEWMAN, S. y SÁNCHEZ, M. (2007): “Los programas intergeneracionales: concepto, historia y modelos” en *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*, Colección Estudios Sociales, n° 23, Barcelona: La Caixa.
- OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES-IMSESO (2004): *Encuestas sobre las condiciones de vida en las personas mayores. 2004 y 2006 (avance de resultados)*.
- PARRA FERNÁNDEZ, I. (2002): “Sociedades ancianas, sociedades de las solidaridades” en *Revista de fomento social* N° 57, pp. 115-132.
- PINAZO, S. y FERRERO, C. (2003): “Impacto psicosocial del acogimiento familiar en familia extensa: el caso de las abuelas y los abuelos acogedores” en *Revista multidisciplinar de gerontología* Vol. 13, N° 2, pp. 89-101.
- PINAZO, S. KAPLAN, M. (2006): “Los beneficios de los programas intergeneracionales”, en *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*, Colección Estudios Sociales, n° 23, Barcelona: La Caixa.
- PINAZO HERNANDIS, S. (2005): “Las abuelas y los abuelos en la familia: el caso de las abuelas/os itinerantes” en *Revista multidisciplinar de gerontología* Vol. 15 N° 3, pp. 178-187.
- ROUSSEL, L. (1995): “La solidaridad intergeneracional. Ensayo de perspectivas” en *Revista de Investigaciones Sociológicas* N° 70, pp. 11-24.
- SÁNCHEZ, M. (dir) (2007): *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Colección Estudios Sociales n° 23. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- (2007): *La evaluación de los programas intergeneracionales*. Colección Documentos. Serie Documentos Técnicos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-IMSESO.
- SÁNCHEZ, M.; PINAZO, S.; SÁEZ, J.; DÍAZ, P.; LÓPEZ, J. y TALLADA, C. (2007): “Los programas intergeneracionales y el envejecimiento activo. Revisión de casos y algunas propuestas de acción” en Guillén, C.L. y Guil, R. (eds.): *Psicología Social: un encuentro de perspectivas*. Vol. 1. Cádiz: Asociación de Profesionales de Psicología Social, pp. 177-190.

- SÁNCHEZ VERA, P. (2006): "Nueva ruralidad, solidaridad intergeneracional y servicios sociales" en Riella, A. (comp.) *Globalización, Desarrollo y Territorios Menos Favorecidos. Red de Desarrollo Territorial e Integración Regional*. Montevideo: Universidad de La República, pp. 285-321.
- SÁNCHEZ VERA, M. (2003): "La solidaridad intergeneracional" en *Tendencias en desvertebración social y en políticas de solidaridad: Sexto Foro sobre Tendencias Sociales*. Iniciativas Editoriales Sistema.
- THE BETH JOHNSON FOUNDATION. Instituto de la UNESCO para la Educación. (2001): *Programas Intergeneracionales: Política Pública e Implicaciones de la Investigación. Una Perspectiva Internacional*. Disponible en: <http://www.unesco.org/education/uie/pdf/intergenspa.pdf>.
- TOBÍO SOLER, C. (2002): "La monoparentalidad y solidaridad entre las mujeres en España: el papel de las abuelas cuando las hijas trabajan" en *Inguruak Revista de Sociología N° 34*, pp. 7-19.
- (2003): "Cambio social y solidaridad entre generaciones de mujeres" en *Feminismo/s: revista del Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante N° 2*, pp. 153-166.
- (2002): "Familia y mayores: enlace generacional y nuevas estructuras familiares" en *Revista de Ciencias de la Educación N° 203*, pp. 433-451.
- TORRES FERNÁNDEZ, G. (2002): *Conocimiento intergeneracional en torno a la familia*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.
- VALENCIA RESTREPO, S. M. (2004): *La relación abuelos-nietos vista por los niños y niñas de 10 a 12 años. Imágenes, actividades y estilos de socialización*. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia.
- VENTOSA, V. (2004): *Métodos activos y Técnicas de participación*, Madrid: CCS.
- VILADOTS I PRESAS, M.A. (2001): "Comunicación intergeneracional" en *La Factoría N° 14-15*. Disponible en: <http://www.lafactoriaweb.com/articulos/viladot15.htm>.

**OCIO DE LAS PERSONAS MAYORES:
UN PROGRAMA PARA EL DESARROLLO DE SUS HABILIDADES
COGNITIVAS, EMOCIONALES Y SOCIALES**

Juan Antonio Bernad Mainar
Universidad de Zaragoza

Afortunadamente ha quedado atrás aquella época en que la vejez consistía en un período corto, preparatorio para la cercana muerte. Desde las últimas décadas del s. XX hasta el presente, una pléyade de biólogos, gerontólogos y psicólogos, inspirados en el paradigma de la evolución humana aplicada a todo el “ciclo vital” (*life-span*), han puesto de manifiesto el importante potencial de desarrollo que corresponde, por derecho propio, a la etapa de la madurez (From, 1964; Erikson, 1968; Maslow, 1980; Fernández-Ballesteros, 1996; Baltes, 1998; Hayflick, 1999; Diner, 2000; Bazo, 2002; Gil Calvo, 2003; Seligman, 2005; Riera, 2005; Zamarrón, 2006; Giró, 2007).

Paralelamente, todos los estudios gerontológicos han evidenciado la posibilidad de realizar tareas de aprendizaje hasta el final de la vida. Como resultado de estos esfuerzos científicos, hoy la visión de la vejez tiene poco que ver con su consideración en clave de deterioro, desvalimiento, enfermedad, pérdida de funcionalidad, incapacidad y, en definitiva, “chatarra” condenada a la muerte biológica, psicológica y social de la persona mayor.

Es un hecho relevante el que los países desarrollados hayan conocido un crecimiento de la esperanza de vida espectacular, lo que se ha traducido en que dispongamos de un amplio horizonte temporal para implementar programas de desarrollo de las personas mayores a partir de la fecha de jubilación; en España, este período abarca una media de tres lustros, exactamente dieciséis años. Dado, por

otra parte, que durante esos años sus protagonistas gozan de un buen estado de salud y mantienen sus capacidades mentales prácticamente intactas –el 70% de los jubilados dicen disfrutar de buena salud (INSERSO, 2006)–, no es extraño que hoy un gran número de personas mayores muestren un decidido interés por implicarse en variedad de actividades nuevas, atractivas y acomodadas a su edad; aquéllas que los expertos incluyen en el modelo de “envejecimiento con éxito” (Altarriba, 1992). En concreto y desde el punto de vista psicológico, la actividades mentales realizadas por las personas de edad son ocasión privilegiada para alcanzar tres objetivos altamente beneficiosos 1) profundizar en el conocimiento de sí mismas, 2) situarse lúcidamente en el contexto social y cultural del mundo en que viven, y 3) implicarse en actividades que les sirven para reconocerse sujetos útiles y, al mismo tiempo, disfrutar del ejercicio de sus capacidades y habilidades enmarcadas en experiencias de ocio creativo, voluntario y relajado.

En este horizonte, los programas de ocio creativo pueden adoptar las más variadas modalidades y aspirar a notables niveles de logro (Baltes, 1998). Caben aquí actividades individuales y colectivas, en formato de taller grupal, formulación y resolución de problemas, toma de decisiones, etc. y, especialmente, un amplio capítulo de actividades hogareñas, de esparcimiento en grupo, participación en programas de voluntariado (visitas a hospitales, ayuda a los vecinos mayores, enseñanza del idioma español a los inmigrantes), debates sobre temas de actualidad (aborto, eutanasia, intolerancia); análisis de los cambios producidos en las relaciones hombre-mujer, movimientos feminista, gay, relaciones intergeneracionales, resolución de conflictos en el seno de la familia, entre inmigrantes y autóctonos, entre representantes de diferentes creos, ideologías, etc.

Dentro de este polivalente paquete de ocio destinado a los mayores y protagonizado por ellos, se ubica un gran apartado de actividades que, con la ayuda del orientador, pueden dar respuesta a la sana curiosidad en las personas mayores, poner en juego sus habilidades intelectuales y alimentar su interés por aprender técnicas de control de su vida afectiva, así como propiciar reflexiones encaminadas a mantenerse en contacto con la sociedad de la que hoy constituyen una amplia cohorte –cerca de la cuarta parte del conjunto de la población total en los países desarrollados–. En este contexto, conviene recordar dos datos confirmados por todos los estudios gerontológicos: 1) la actividad organizada por y para los mayores es la variable predictiva más clara de su satisfacción vital, y 2) constituye la mejor garantía para mantener vivo el funcionamiento de su sistema cognitivo que, como es sabido, en muchas personas mayores permanece en buena medida intacto hasta la avanzada edad de los ochenta años, e incluso más (Baltes, 1998; Moñivas, 1998; Limón y Crespo, 2002; Mella y otros (2004)).

Las actividades psicológicas dentro del ocio de las personas mayores

Antes de entrar en las ideas eje y desarrollo del programa de actividades psicológicas que propongo en estas páginas, quiero recordar los tres principales tipos de actividad que suelen vincularse con el ocio de las personas mayores; me refiero al *ejercicio físico*, *las actividades productivas* y *ocio creativo*.

Por lo que se refiere al *ejercicio físico*, es sabido que se trata de una actividad altamente beneficiosa y en cierta medida necesaria para los mayores. Los nuevos sistemas de producción semirrobotizados y, como consecuencia, la posibilidad de la jubilación anticipada han dado lugar a un hecho desconocido en el pasado, la disponibilidad de gran cantidad de tiempo libre por parte de jubilados en plena forma física y mental y, de rebote, la aparición de dos peligros, instalarse en un estilo de vida sedentario -la sociedad "pulsabotones"-, y la dificultad para encontrar la forma de ocupar el tiempo libre sin convertirlo en un angustiante "matar el tiempo", traduciendo las 24 horas de la jornada en tedioso aburrimiento. "*Cuando me despierto temprano, me doy media vuelta en la cama, intentado dormir un rato más aunque no tenga sueño, porque me asusta levantarme y no saber qué hacer para no aburrirme durante todo el día*" (jubilado de 71 años). En esta perspectiva, es un hecho universalmente reconocido que el ejercicio físico tiene claras repercusiones positivas sobre el buen funcionamiento cognitivo y el estado de ánimo del anciano y, por el contrario, que la vida inactiva y sedentaria suele acabar en anquilosamiento corporal y estados de ánimo depresivos.

Actividades productivas. Hoy, las estadísticas indican que un gran número de jubilados (más del 50%) están implicados en responsabilidades familiares: atender a los nietos en ausencia de sus padres trabajadores, cuidar a los enfermos y otros mayores, visitar y ayudar a los vecinos dependientes, cooperar en ONGs, etc. Aparte la rentabilidad económica de estos servicios, que algunos estudios estimativamente elevan hasta el 18% del PIB nacional (Sánchez Vera, 2000), estas actividades resultan muy positivas pues dan pie a que los implicados se sientan útiles, lo que aumenta su autoestima y el sentimiento de bienestar. "*Todos los días me levanto contenta porque me esperan mis nietos para que les lleve al colegio*" (abuela de 73 años).

Actividades de ocio creativo. Estas actividades, en las que se centra este trabajo, abarcan un listado de ejercicios capaces de cubrir prácticamente las apetencias más variadas y exigentes de los mayores sanos y de los que no lo están tanto. Al hablar de "ocio creativo", los especialistas se refieren a todo lo que puede hacerse libremente y al margen de las obligaciones habituales, actividades en las que las personas se sienten protagonistas en tareas sin finalidad lucrativa (no monetarizada), siguiendo ritmos no impuestos desde el exterior y cuyo propósito no es otro que *el placer por el gusto de realizarlas*. Por lo

que afecta a España (INSERSO, 1995 y 2006), aparte los viajes y cursos de larga duración destinados a la Tercera Edad y organizados por las “Universidades de la Experiencia” o entidades públicas regionales, casi todos los ayuntamientos, por pequeños que sean, ofrecen a los jubilados la posibilidad de participar en numerosas actividades culturales y de ocio apropiadas a su edad: charlas, cursos, yoga, taichi, excursiones, visita a monumentos y centros de producción, etc. Igualmente, hay que reseñar en este campo la importante oferta de muchas entidades sociales (clubes de la Tercera Edad, Cajas de Ahorro, Fundaciones benéficas, etc.).

Es dentro de este bloque de actividades de “ocio creativo” donde se centran las prácticas que propongo aquí y que, en mi intención, pretenden básicamente mantener vivo el sistema cognitivo de las personas mayores así como promover su equilibrio afectivo-emocional, y sólo secundariamente detener su deterioro mental. Por su carácter “creativo”, estas actividades se desarrollan en escenarios o situaciones polivalentes, con variedad de posibles enfoques o planteamientos derivados de las características personales (“idiosincráticas”) del sujeto que las realiza. De acuerdo con estas connotaciones específicas, me centraré principalmente en ejercicios que sirvan para dos finalidades principales:

1ª Activar las funciones y capacidades *cognitivas*: procesos de percepción, organización de la información extraída en diversos contextos y situaciones (club de lectura y comentario de libros), procesos de abstracción, análisis, generalización, síntesis, resolución de problemas en contextos nuevos, razonamiento, memoria, formulación de hipótesis, etc.

2ª Ofrecer estrategias saludables para manejar con eficacia situaciones *socio-afectivas*, tanto de signo positivo como negativo: experiencias que impliquen el desarrollo y profundización en la propia autoestima, vivencia del amor sano y pleno hacia sí mismo y hacia los demás, estabilidad y control de los sentimientos, ejercicio sano de la asertividad, tolerancia con las limitaciones propias y ajenas, reconocimiento del respeto a los valores morales, religiosos o políticos de otras personas o grupos, motivación de las virtudes prosociales tales como el altruismo, la generosidad o el perdón; y en sentido negativo, la evitación de actitudes destructivas como pueden ser el autodesprecio, egoísmo, envidia, sentimiento de soledad, el miedo a la enfermedad y a la muerte, agresividad, fanatismo en los ámbitos ideológico, político o religioso, etc.

Me interesa terminar con una observación. El conjunto de ejercicios que propongo debe considerarse a modo de paquete de sugerencias enmarcadas en la perspectiva del ocio creativo de los mayores y servir de estímulo-guía a la iniciativa de los responsables del cuidado de estas personas; por ningún concepto está, pues, en mi ánimo presentar estas actividades en calidad de programa acotado y cerrado a otros planteamientos o enfoques. Quiero explicitar también

que he puesto especial interés en que las actividades que sugiero destinadas a la Tercera Edad (Bernad, 2008) apuntan a un doble objetivo: de manera preferente, ofrecer metas de desarrollo a los mayores en la comprensión y valoración positiva de su propia historia personal, dejando en segundo plano consideraciones de carácter paliativo o “remedial” de su situación y, en segundo lugar, promover el dominio de las estrategias apropiadas para afrontar los normales disminuciones o pérdidas derivadas de la edad; por este motivo, las enmarco dentro de las actividades tendentes prioritariamente a alcanzar los objetivos del llamado “envejecimiento con éxito”. Las actividades se agrupan en cuatro secciones: 1) motivos para sentirme feliz, 2) cómo procesamos la información y la asimilamos, 3) actividades relacionadas con experiencias emotivo-afectivas, y 4) reflexiones sobre las relaciones del hombre con el universo y la humanidad.

Sección I: MOTIVOS PARA SENTIRME FELIZ

Actividad 1. Tengo muchos motivos para sentirme feliz

I fase: Interpreta y comenta estos enunciados

- Nací para ser feliz y no sufrir y, aunque la vida nos hace llorar, podemos pasar gran parte de ella disfrutando de todo lo mucho que nos ofrece, si nos dedicamos a buscarlo.
- En todos los escenarios y situaciones de mi vida (familia, amistades, ocupaciones) puedo encontrar aspectos y dimensiones positivas.
- Por ser mayor, tengo muchas cosas que no tienen los jóvenes: experiencia, sabiduría, comprensión, tolerancia, triunfos cosechados, etc.; “ser más joven no equivale a ser más feliz”.

II fase: Reflexiones y experiencias

- Para que una persona se sienta feliz es suficiente que... (Continúa la frase).
- Para mí, sentirse feliz significa... (Continúa la frase).
- Cita situaciones, hechos y motivos para que tanto tu pasado como tu presente sean motivos para sentirte feliz.
- Me siento especialmente contento y agradecido por lo que he recibido de las personas que me han querido (da ejemplos).
- Para ser plenamente feliz considero imprescindible... (Continúa la frase).
- Describe cómo era y cómo se comportaba alguna persona que has conocido y se consideraba feliz.

III fase: Síntesis y aplicación

- Intenta resumir todo lo que has pensado sobre los puntos anteriores. Puedes hacerlo contestando a estas preguntas: ¿Qué necesito para ser feliz?, ¿Si no he sido plenamente feliz en el pasado, a qué se debió? ¿Qué puedo y debo hacer para ser más feliz en el futuro?

Actividad 2. Las sorprendentes prerrogativas de mi cuerpo

I fase: Ideas y conocimientos

- Mi cuerpo es un organismo vivo que cuenta con unos 60-80 billones de células vivas, dispone de 500 músculos, 200 huesos y 7.000 nervios sincronizados dispuestos a obedecerme.
- Soy un ser privilegiado que, a diferencia de los animales, soy consciente de formar parte del universo desde el principio de los tiempos (desde el *big bang*: hace 15.000 millones de años, desde entonces “estoy” en el mundo).
- Mi cuerpo nunca desaparecerá ni se aniquilará, nunca se convertirá en nada, puesto según el conocido principio de conservación de la energía: “*Nada se crea, nada se destruye, todo se conserva*”; y sus partículas seguirán formando parte de otros cuerpos y realidades materiales, aunque desconozca el cómo permanecerán.
- El cuerpo humano posee una flexibilidad sorprendente: es capaz de realizar hasta 800.000 gestos o posturas diferentes (*asanas*).
- Mis pulmones, con sus 300 millones de alvéolos, equivalentes a la superficie de una pista de tenis, purifican 10 litros de aire/minuto que recorren los 70.000 Km. de mis arterias, venas y capilares oxigenando todas las células de mi cuerpo.
- Mi garganta, en conjunción con mi lengua y mis cuerdas bucales, es capaz de pronunciar más de 100 millones de palabras para expresar mis pensamientos y sentimientos.
- Mi corazón, con un peso aproximado de 290 gr y el tamaño de un puño, late alrededor de 100.000 veces por día y 40 millones veces por año, lapso de tiempo en el que bombea un volumen de 7.000 litros de sangre llevando la vida a los billones de células sanguíneas que discurren por la fascinante red de mis venas y arterias de unos 70.000 Km. de longitud, el equivalente a dos veces la circunferencia total de la Tierra.
- Mi rostro es capaz de expresar los misterios escondidos en lo más profundo de mi alma: sonriendo con la ayuda de sus 15 músculos, puedo reflejar

ternura, confianza, serenidad, amor, pasión, alegría y, también, odio, rabia, tristeza, etc.

II fase: Reflexiones y experiencias

- ¿De los datos anteriores, cuáles te han sorprendido más?
- ¿Qué siento cuando pienso que entre los 6.500 millones de habitantes de la Tierra no hay ninguno que sea idéntico a mi persona?
- Experiencia: cierra los ojos y sentado en actitud relajada intenta auscultar los latidos de tu corazón. ¿Qué te sugiere oír latir tu corazón?
- ¿Qué sientes pensando en el número incontable de las sonrisas que te han regalado las personas que te han amado y has conocido? Piensa en alguna persona sonriente.

III fase: Síntesis y aplicación

- ¿Qué sentimientos provoca en ti el pensar que tu cuerpo ha formado antes parte de otros seres y, tras tu muerte, seguirá dando vida a otros cuerpos?
- Imaginando que tu corazón fuera un ser inteligente ¿qué le dirías en este momento a tu corazón? Dilo en pocas palabras.

Actividad 3. Las maravillosas capacidades de mis ojos

I fase: Ideas y conocimientos

- Mis ojos constituyen la cámara fotográfica más perfecta que pueda concebirse, pues con ellos percibo el color, la forma, la luminosidad y la distancia o cercanía de los objetos.
- Mis ojos son capaces de enfocar hasta 100.000 puntos diferentes dentro de su amplísimo campo visual y procesarlos a la velocidad de 24.000 ordenadores normales trabajando simultáneamente, exactamente un millón de estímulos lumínicos/segundo.
- Mi sentido de la vista está dotado de 160 millones de receptores -150 millones de *bastones*, para percibir color, y 10 millones de *conos* sensibles al tono y figura de los objetos-. ¿Qué supone para ti disponer de tus ojos?
- Con mis ojos, soy capaz de ver el cielo estrellado, disfrutar de la belleza virgen de nuevos paisajes, la majestad de las montañas, la diversidad y colorido de las plantas, la ternura de un rostro humano... y disfrutar de los 6.000 colores que me ofrece la naturaleza. Cita algunas experiencias visuales que te han proporcionado especial alegría.

- Con la mirada puedo expresar todos mis sentimientos: ternura, paz, alegría, comprensión, armonía, seguridad, confianza..., y también resentimiento, inquietud, aburrimiento, inseguridad y hasta odio y rencor. Hay miradas anodinas, aburridas, airadas, desconfianzas, y también serenas, tranquilizantes, alegres y llenas de vida. Cita experiencias en que con tu mirada has logrado algo que te ha emocionado.
- Los expertos en lenguaje corporal indican que, en nuestros intercambios personales, transmitimos el 70% del contenido de nuestros mensajes a través de la mirada, el 33 % con el tono de voz y los gestos y sólo el 7% con las palabras. La mirada es nuestro principal instrumento de comunicación. ¿Qué piensas sobre tu manera de mirar?

II fase: Reflexiones y sentimientos

- ¿Qué es lo que más te sorprende y admiras en los ojos de las personas que conoces?
- Describe los sentimientos que has experimentado cuando has contemplado una noche estrellada, el mar inmenso, las montañas nevadas, los verdes valles y prados...
- Imagínate a una persona querida sonriéndote y piensa en todas las sonrisas que te han regalado las personas que te han amado y has conocido. Di lo que sientes.
- ¿Cuál de estos adjetivos define mejor tu mirada: alegre, llena de vida, serena, confiada, insegura, aburrida, interesante?
- ¿Qué proporción de tiempo que empleas en hablar con las demás personas lo dedicas a mirarles a los ojos?

III fase: Síntesis y aplicación

- Di qué son para ti los ojos de las demás personas y lo que percibes en ellos.
- ¿Qué es lo más bonito que te han dicho las personas con su mirada?

Sección II. CÓMO PROCESAMOS LA INFORMACIÓN Y LA ASIMILAMOS

Las actividades que siguen intentan explicar cómo logra la mente humana el conocimiento de las cosas. Utilizo para este fin dos modelos psicológicos: a) el modelo de Procesamiento de Información (PI) (*véase gráfico adjunto*) y b) la Teoría Genética del conocimiento, del psicólogo ginebrino Piaget. (Bernad, 1990).

a) Modelo de Procesamiento de la Información (PI)

Este modelo de procesamiento de la información muestra cómo funciona el sistema cognitivo humano o, lo que es igual, qué procesos psicológicos rea-

liza la mente humana para transformar los datos procedentes de las experiencias internas o externas en conocimientos significativos (lo que veo es una pera, ese perro es el mío, me duele la muela, siento alegría porque estoy con mi mejor amigo, recuerdo la visita a la ciudad X...). El modelo de PI parte de un símil, que nuestro cerebro realiza el proceso de conocer de manera similar a como lo hacen los ordenadores o inteligencia artificial. Nuestro organismo logra el conocimiento siguiendo los siguientes pasos.

- 1º Paso o *input* de la información en el sistema cognitivo. A través de los sentidos recibimos la información y la registramos en los órganos sensoriales durante un corto tiempo (de dos a cuatro segundos).
- 2º Paso. Con la ayuda de la en la *memoria operativa*, también llamada *memoria a corto plazo*, traducimos la información sensorial en significados cognoscitivos internos utilizando para ello símbolos (palabras, gestos, gráficos, sonidos, fórmulas, esquemas, etc.), y nos damos cuenta -somos conscientes- de que estamos alegres, tristes, enfadados, etc. Esta memoria a corto plazo está sujeta a una gran limitación: sólo podemos atender o relacionar simultáneamente un total de entre cinco y nueve datos o unidades informativas (*chunks*), 5-9 nombres, 5-9 fechas, 5-9 números. Esto explica que tratándose, por ejemplo, de series de números, los agrupemos de dos en dos, de tres en tres, etc. para recordarlos más fácilmente (así procedemos para recordar, por ejemplo, los números de teléfono).
- 3º Paso. De acuerdo con las reglas lógicas de la mente, organizamos la información que queremos memorizar y, una vez organizada, la almacenamos en la *memoria a largo plazo*, que viene a ser nuestro "disco duro" natural.
- 4º Paso. Esta fase nos permite recuperar la información almacena cuando la necesitamos para utilizarla directamente o como instrumento para dar respuesta a las nuevas situaciones problemáticas que se nos presentan.

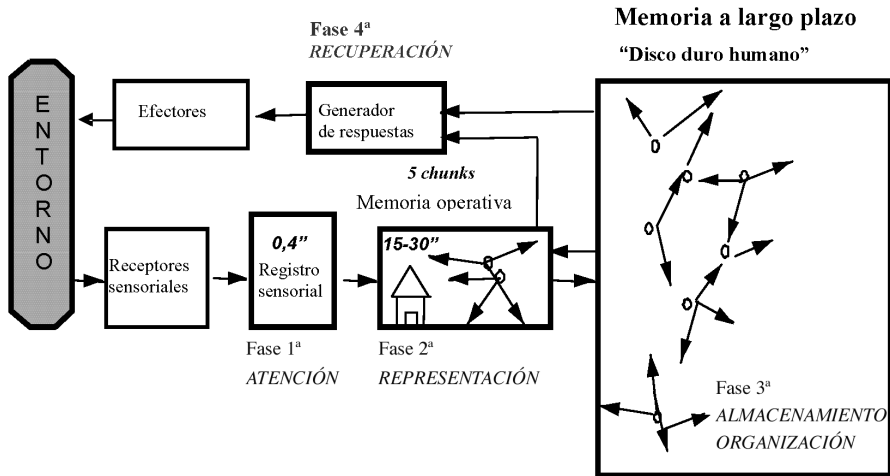
Convencionalmente, denominamos los cuatro pasos previamente descritos con los términos: 1) *atención* a los datos o información, 2) *representación interna-simbolización* de dichos datos, 3) *almacenamiento* y 4) *recuperación de la información*. En la redacción de los ejercicios siguientes, propongo actividades que incluyen uno o varios de estos procesos cognitivos.

b) *Teoría Genética del Conocimiento*

Esta teoría explica de manera especialmente rigurosa los sucesivos pasos de la mente humana para alcanzar el conocimiento en sus distintos niveles: 1) desde el más sencillo, como, por ejemplo, distinguir los distintos objetos que

SISTEMA COGNITIVO HUMANO
 (“Software” humano básico)

Modelo de Procesamiento de la Información, en el que se muestran las distintas fases y procesos que sigue la mente humana para llevar a cabo la adquisición del conocimiento.



hay una habitación o lugar determinado; 2) pasando por actividades que implican observar y organizar varias informaciones disponibles, por ejemplo, extraer algunos conceptos principales contenidos en el texto que estamos leyendo y agruparlos por orden de importancia; hasta 3) convertir dichos datos en enunciados generales o leyes científicas, por ejemplo, llegar a comprender que en todos los problemas familiares siempre hay elementos de intolerancia.

Según esta teoría, el edificio del conocimiento se apoya en cuatro “estructuras lógicas” o modelos de pensamiento, cada vez más potentes y eficaces: a) el *pensamiento sensomotor* trata de explicar cómo nos comportamos a la hora de prestar atención y percibir los estímulos que nos afectan, por ejemplo, en qué nos fijamos para observar un cuadrado, prestar atención a las señales de tráfico, etc.; b) el *pensamiento preoperacional* se ocupa de explicar cómo, muchas veces, utilizamos un modo de pensar poco riguroso y muy parcial para formar una opinión sobre personas, acontecimientos, noticias, etc., por ejemplo, hablamos de los inmigrantes sin analizar a fondo el tema o viéndolos a todos con el mismo patrón; c) el *pensamiento concreto* supone analizar sistemática y rigurosamente acontecimientos, problemas o ideas, lo que supone atender a todos los datos implicados en la interpretación de un hecho, por ejemplo, hablar con rigor sobre la economía de un país, sobre los problemas relacionados con la

educación, etc.; y, por último, d) el *pensamiento formal* con el que imaginamos y vemos las cosas desde otros enfoques posibles, por ejemplo, pensar que pasaría si viviéramos 200 años; o unimos muchos datos particulares hasta convertirlos en leyes o enunciados generales, por ejemplo, llegar a la conclusión de que todos los movimientos migratorios, por encima de las diferencias que los distinguen, responden a causas fundamentalmente idénticas, la pobreza en los países de origen de los emigrantes y el conocimiento, por parte de éstos, de las informaciones que les llegan de los países desarrollados y democráticos.

Quiero advertir que para la redacción de las actividades que propongo en este trabajo he decidido adoptar como patrón principal la Teoría Genética de Piaget, toda vez que incluye todos los procesos tratados por el Modelo de Procesamiento de la Información (PI) y los sistematiza y jerarquiza de manera mucho más precisa. En mi intención está el que a través de la realización de estas actividades, las personas mayores ejerciten todo su sistema cognitivo y emocional y les ayude a conectar con su entorno social.

Sección IIa. **PENSAMIENTO SENSOMOTOR:** Atender y percibir la variedad de datos derivados de la experiencia personal

Actividad 4. Procesos perceptivos

a) Ejercicio de atención-concentración en el propio cuerpo

Cerrados los ojos, sentado, con las manos en las rodillas y en actitud relajada, recorro las distintas partes del cuerpo, diciéndome la consigna: “estoy tranquilo, estoy relajado”, “me siento bien”. Puedo seguir los siguientes pasos:

1. Me centro en la cabeza, pienso en la frente y digo “tranquila, relajada”. Lo mismo hago con los ojos, las mejillas, la boca, la lengua.
2. Me centro en el tronco: en los hombros, la espalda, el pecho, el vientre y repito la misma consigna.
3. Pienso en la pierna derecha y luego en la izquierda, y recorriendo el muslo, la pantorrilla y el pie, repito la misma consigna.
4. Entro con la imaginación en mi interior y pienso en el corazón, en los pulmones, en el estómago, en el intestino, y me repito la misma consigna.
5. Intento auscultar y contar los latidos de mi corazón.

b) Ejercicio de atención a los objetos externos

1. Contar todos los botones de las prendas que llevo puestas.
2. Enumerar los cinco objetos de mayor tamaño que hay en la habitación o en el lugar en que me encuentro.

3. Entre las personas que me acompañan, cuántas llevan prendas de color rojo, verde y azul.
4. Identificar las dos personas más rubias y las dos más morenas entre las presentes.
5. Mencionar cinco gestos diferentes que podemos hacer con nuestras manos.

c) Ejercicio de memoria sobre acciones cotidianas

1. Mencionar los platos que comí ayer al mediodía y por la noche.
2. Recordar con qué prendas me vestí ayer y el color de cada una de ellas.
3. Decir qué estaba haciendo ayer entre las 10h-11h de la mañana y entre las 5h-6h de la tarde.
4. Recordar el nombre de las tres principales calles de la localidad o barrio en que vivo.
5. Recordar cinco establecimientos que puedo encontrar en la calle o calles cercanas a donde vivo.

Sección IIb. PENSAMIENTO PREOPERACIONAL: Asociación y clasificación de variedad de datos

Actividad 5. Clasificar y agrupar datos

1. Formar tres grupos diferentes de las personas u objetos que percibes.
2. Formar tres grupos diferentes con todos los objetos o realidades que hay en esta habitación o en este lugar.
3. Ordenar *de mayor a menor tamaño* los siguientes animales: caballo, gorrión, gato, león, perro, águila, lagarto, ballena, loro.
4. Agrupar en tres bloques y por alguna especial relación los siguientes *nombres*: línea, microondas, balón, sartén, cartera, calcetines, cenicero, puerta, gafas, pantalones, cocina, lápiz, ladrillo, café, rombo, sombrero.
5. Menciona tres países del mundo de clima frío y otros tres de clima cálido.

Actividad 6. Búsqueda de semejanzas y diferencias

1. Mencionar tres semejanzas y tres diferencias entre las dos personas que están *más cerca de ti*.
2. Mencionar tres productos alimenticios que coincidan en el sabor a dulce y otros tres que coincidan en su sabor amargo.

3. Decir las cinco mayores diferencias entre *todas* las personas presentes.
4. Agrupar por su semejanza estas palabras: estuve, mesa, hablaré, chaqueta, bolígrafo, cajón, vino, contar dinero, bufanda.
5. Forma dos frases distintas uniendo en cada una de ellas al menos tres de las palabras contenidas en el punto cuatro anterior.

Actividad 7. Asociaciones entre palabras y conceptos

1. Menciona tres palabras que tengan relación con “comida”.
2. Menciona tres palabras que tengan relación con “coche”.
3. Menciona tres palabras que tengan relación con “alegría”.
4. Menciona tres palabras que tengan relación con “sufrimiento”.
5. Menciona tres palabras que tengan relación con “amor”.

Sección IIc. **PENSAMIENTO CONCRETO:** Análisis rigurosos de situaciones complejas

Dado que, desde el punto de vista psicológico, este nivel de actividad mental implica procesos de pensamiento muy exigentes y que los posibles destinatarios pueden ser personas con escasos conocimientos en las diferentes ramas del saber científico o académico, he procurado que las actividades que siguen queden enmarcadas en la experiencia cotidiana de las personas mayores.

Actividad 8. Determinar los componentes o elementos relevantes de la información relacionada con objetos y experiencias complejas (Ley de composición)

1. Con relación al *aborto*, por ejemplo, mencionar *cuatro causas* principales que, a tu juicio, intervienen en la práctica del mismo.
2. Mencionar las *cuatro consecuencias negativas y también positivas*, si crees que las hay, que se derivan de la práctica del aborto.
3. Citar tres *principales medidas* que, en tu opinión, debieran tomar las mujeres, sus familias y los gobiernos para evitar las principales consecuencias negativas del aborto.
4. En España, las mujeres en edad de procrear tienen una media 1,07 hijos/mujer, lo que supone que la población no alcanza el nivel de nacidos necesario para el reemplazo generacional que, según la ONU es de 2,1 hijos/mujer. Di tres medidas que debieran tomar los gobiernos españoles para favorecer la natalidad.

5. ¿Qué razones darías para *no culpabilizar* a las mujeres que abortan y qué razones para “condenar” su conducta?

Actividad 9. Asociación de unos hechos o datos con otros (Ley de asociatividad)

1. Explicar tres motivos o causas por las que bastantes personas mayores asocian la etapa de la vejez con tristeza, abandono y postergación social.
2. Mencionar tres motivos principales por los que muchas personas mayores se sientan felices y contentas con su vida.
3. Enumerar tres repercusiones de la situación económica de las personas mayores en su sentimiento de bienestar o malestar.
4. Indicar las tres peticiones más importantes que harías a un responsable público que te preguntara qué necesidades tienes para poder estar contento con tu situación presente.
5. De entre las ayudas que recibes del Estado, la familia, los amigos y conocidos, ¿cuáles son las dos que más valoras y por qué?

Actividad 10. Lo importante y lo secundario en mi vida (Ley de identidad).

1. Di las tres circunstancias o aspectos *más importantes* en tu vida al día de hoy.
2. Di tres aspectos o circunstancias que consideras *secundarias y sin importancia* en este momento de tu vida.
3. Realmente cambiaría tu vida si... (nombra tres aspectos o circunstancias).
4. Define las tres cualidades que más admiras en una persona mayor y otras 3 que consideras secundarias o no importantes.
5. Di las tres cosas que más aprecias en el trato que recibes de las personas que conoces y te rodean.

Actividad 11. Relación entre antecedentes y consecuentes (Ley de reversibilidad)

1. Di tres aspectos de tu vida actual que no te gustan (antecedentes) y cómo podrían cambiar a mejor (consecuentes).
2. Di tres aspectos en que te gustaría que cambiaran los jóvenes de hoy.
3. Di tres aspectos en que te gustaría que cambiaran los mayores de hoy.

4. Bastantes hijos se desentienden de sus padres: di las tres razones que les llevan a comportarse así.
5. Di las tres conductas que pueden realizar los mayores para hacer agradable la vida a sus hijos.

Sección IId. **PENSAMIENTO FORMAL:** Alcanzar generalizaciones sobre un conjunto de datos y formular hipótesis

Actividad 12. Pensar a partir de hipótesis (pensamiento hipotético-deductivo)

1. Suponte que fueras chino y no español: saca tres consecuencias.
2. Di cómo sería el mundo si, además de las mujeres, los hombres pudieran gestar y parir: saca tres consecuencias.
3. Cómo sería el mundo si estuviera habitado sólo por jóvenes entre 20 y 25 años (cita tres aspectos que cambiarían).
4. Di cómo sería tu vida si, en lugar de estar sometido a las leyes de la materia (del tiempo y del espacio), se rigiera por las leyes de la mente: ¿qué podrías hacer fácilmente que ahora te está vedado? (cita tres consecuencias importantes).
5. ¿Qué ocurriría en el mundo si no muriera nadie? Saca tres consecuencias.

Actividad 13. Pensamiento generalizado (formulación de enunciados o proposiciones)

1. Las dos causas principales de la pobreza en el mundo son... (continúa la frase).
2. Los tres motivos principales de que algunas personas mayores se aburran son... (continúa la frase).
3. Decir “*todos los hombres* son así y *todas las mujeres* así” es una afirmación falsa porque... (continúa la frase y explícala).
4. Se dice que la “sabiduría” es la virtud de las personas mayores: ¿en qué sentido te parece verdadera y en qué sentido falsa esta afirmación?
5. ¿Qué cambiaría en el mundo si tú no existieras? (saca consecuencias).

Actividad 14. Pensamiento combinatorio (relación entre conjuntos de hechos)

1. Di tres relaciones existentes entre la situación económica de los mayores y su salud física y mental.

2. Di tres factores que contribuyen a que muchos mayores se sientan menospreciados por la sociedad.
3. Las tres causas de que muchos mayores enfermen son... (continúa la frase).
4. Menciona tres causas de las guerras y tres medios para evitarlas.
5. Menciona tres cualidades de la juventud actual que los mayores tendrían que valorar positivamente para facilitar el diálogo intergeneracional.

Actividad 15. Procesos conjuntos en el análisis e interpretación de textos escritos

Lee el siguiente texto y contesta a las cuestiones que le siguen:

“En las últimas décadas, el ser físicamente perfecto se ha convertido en uno de los objetivos principales de las sociedades desarrolladas, hasta el punto de que la apariencia corporal es sinónimo de salud, éxito y felicidad. Tal es la fuerza de esta “gramática de cascarón” que existe la convicción de que quienes no se atienen a estos estereotipos están condenados al rechazo social: “soy demasiado bajo para tener amigos”, “con estas pintas cualquiera se acerca a mí”, “estoy demasiado gorda, por eso encuentro tanta dificultad para encontrar trabajo”, “mi cara arrugada no le gusta a nadie”, “llevando bastón, lo único que provocho es lástima”.

Pues bien, en contra de tanta falsedad publicitaria, la naturaleza impone sus propias leyes: los genes controlan el color de la piel y de los ojos, y lo mismo sucede con la estatura y el peso. La psicología, por su parte, muestra hasta la saciedad que, con el paso del tiempo, las arrugas pueden ser bellas, ciertos rasgos individuales y diferentes de los cánones de belleza imperantes marcar nuestra personalidad en sentido positivo y sentirnos tan felices con nuestro propio cuerpo que no deseemos “estar en otro”. Y todo esto es posible porque la belleza más que en la piel está en el cerebro. El cerebro nos dice que la belleza es más que una silueta o el color de la piel y que cuidando nuestro cuerpo (limpieza, vestido, peinado) y queriéndolo como es mostramos ante los demás mucha más belleza que con una cara embadurna de cremas resplandecientes o una determinada nariz.

1. Menciona las cinco ideas principales contenidas en este texto.
2. Di tres hechos de experiencia o noticias que tienen relación con el contenido de este texto y *de los que no se habla en él*.
3. Resume en *dos líneas* todo el contenido de este texto.
4. Pon un *título* general a este texto (máximo cinco palabras).

Actividad 16. Taller de redacción de cuentos

a) Cuentos con personajes reales

Redactar un cuento en grupo siguiendo estos pasos:

- 1º Toma tres personajes como protagonistas: 1 abuelo, 1 niño y 1 un mendigo.
- 2º Haz que interactúen entre ellos: que se encuentren, que hablen entre sí y se cuenten su vida, que expresen distintos sentimientos, etc.

b) Cuentos con personajes imaginarios o irreales

Redactar un cuento en que intervengan:

- 1º Tres personajes: una persona, un águila y un objeto (por ejemplo, un avión).
- 2º Realicen juntos una excursión y vivan experiencias interesantes. El cuento no debe pasar de las diez líneas.

Sección III. ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EXPERIENCIAS EMOTIVO-AFECTIVAS: Comprender nuestras actitudes y sentimientos sanos y nocivos

Actividad 17. Actitudes y sentimientos ante la jubilación

1. Menciona las cinco principales ventajas de estar jubilado.
2. Menciona los cinco inconvenientes mayores de estar jubilado.
3. ¿Qué motivos dicen tener algunos mayores para sentirse solos? (señala 3 motivos principales que propician el sentimiento de soledad).
4. Menciona tres pensamientos que pueden ayudar a las personas mayores a sentirse contentos.
5. Menciona cinco clases de personas y profesionales que realizan alguna actividad que contribuye al bienestar de las personas mayores.

Actividad 18. El amor hacia sí mismo: signos de que NO nos amamos bien

1. Di tres cosas que nunca debe hacer ni pensar una persona que se ama a sí misma.
2. Menciona tres insultos más frecuentes que suelen dirigirse contra sí mismas las personas que no saben amarse bien.
3. ¿Cuál es la respuesta adecuada cuando nos enteramos de que los demás han dicho algo negativo sobre nosotros?

4. Una forma de mostrar que nos queremos mal es dejarnos llevar por sentimientos de envidia: ¿cuáles son los motivos principales de que algunos sientan envidia de los demás?
5. ¿En qué sentido puede decirse que las críticas son fruto de la envidia?

Actividad 19. Decálogo del amor maduro y verdadero

De entre los siguientes diez signos de entender el amor, *indica los tres que más te convencen y que más se acercan a lo que piensas*:

1. Estoy dispuesto a aceptar que tal vez nunca recibiré toda la atención que busco y necesito.
2. Acepto que los demás son limitados en lo que me dan y también en lo que yo doy a los otros.
3. Valoro mi persona y acepto quedarme solo en cualquier ocasión en que los demás olvidan lo que necesito y me dicen “no” a lo que les pido.
4. Soy capaz de cuidarme y quererme por encima del cuidado y amor de los demás.
5. Doy sin exigir agradecimiento, aunque siempre puede pedirlo.
6. Estoy convencido que en la medida en que los demás me conozcan, me amarán simplemente por el hecho de ser humano como ellos.
7. Pienso que cuando las personas no me dan el amor que esperaba de ellas, más que a su egoísmo y maldad debo atribuir tal conducta a que no han descubierto la grandeza del amor que ellas mismas se merecen y necesitan.
8. Pienso que arrastrarme hasta ‘vender mi alma a los demás’ para recibir su amor y aprobación es una forma muy eficaz de impedir su desarrollo y el mío.
9. Acepto que no siempre doy la talla a la hora de mostrarse generoso y comprensivo con los demás.
10. Me siento capaz de amarme a sí mismo y a los demás tal como son en cada momento y circunstancia.

Actividad 20. El amor hacia los demás

1. Menciona cinco gestos de amor más importantes que has realizado *en el pasado* con las personas de tu entorno (familia, amigos, vecinos, compañeros).

2. Indica cinco maneras de demostrar que sientes verdadero amor hacia las personas que te rodean *actualmente*.
3. Di cinco maneras de mostrarte tolerante con las personas de tu entorno.
4. Di tres maneras de demostrar la "verdadera amistad".
5. Menciona tres modos principales de comportarnos como *egoístas* con respecto a las personas de nuestro entorno.

Actividad 21. Diálogo constructivo con los demás

1. Menciona tres señales claras de que estás dispuesto a dialogar honestamente con los demás.
2. ¿Qué *conductas son contrarias* a la actitud del que está verdaderamente dispuesto a dialogar? (cita tres actitudes).
3. Con frecuencia no estamos dispuestos a dialogar con los otros porque... (da tres razones).
4. ¿Por qué amar a los demás no significa decir "sí" a todo lo que hacen o nos piden?
5. ¿Cuándo es conviene decir "no" a los demás? Indica varias situaciones.

Actividad 22. Actitudes que facilitan y entorpecen las buenas relaciones con los demás

Tras comprender el sentido de los siguientes enunciados, menciona alguna consecuencia práctica para tu vida:

1. "Si pretendo ser feliz, tengo que despedirme de sentirme un ser perfecto e ideal".
2. "Una burda excusa para negar el respeto, consideración y amor a los demás es olvidarme que tienen derecho a ser imperfectos como yo".
3. "Siendo agresivo con los demás les estoy robando la parte de energía que utilizan para defenderse de mí, una energía que necesitan para su propio desarrollo".
4. "Un modo eficaz de hacer crecer a los demás en su autoestima es ofrecerles el regalo de mi alabanza".
5. "Saber recibir el amor y la consideración de los demás es la señal más clara del aprecio que les tengo".

Sección IV. REFLEXIONES SOBRE LAS RELACIONES DEL HOMBRE CON EL UNIVERSO Y LA HUMANIDAD: Percepción de mis relaciones con el universo

Actividad 23. La posición privilegiada del hombre en el Universo

1. Menciona cualidades o dimensiones en que el hombre se muestra superior a los demás seres de la naturaleza: inanimados (minerales), vegetales y animales.
2. ¿En qué se diferencia la libertad humana de los instintos animales?
3. ¿Qué sentido das a las palabras del libro sagrado del *Génesis*: “Dios creó al hombre a su imagen y semejanza?”.
4. Decía Einstein, premio Nobel en 1923:

“La distinción entre el pasado, el presente y el futuro es solamente una ilusión. Si pudiéramos contemplar un período de tiempo como contemplamos una región amplia del espacio, veríamos que todo aquello que ya parece haber sucedido antes que nosotros sigue existiendo como si estuviera estampado en el tejido que constituye el continuo espacio-temporal. La ilusión de que los sucesos evolucionan en el tiempo se debe a nuestro especial tipo de percepción que sólo nos permite ver la realidad fragmentada, trozo a trozo, como a través de una rendija móvil, como cuando examinamos un cuarto oscuro con una linterna de foco muy pequeño y usamos la memoria para ligar los fragmentos” (Citado en Díez, 1996).

A la vista de este texto:

- a) Saca dos consecuencias sobre nuestra manera de observar el mundo.
 - b) Di qué ocurriría si nuestra capacidad de percibir la realidad se multiplicara por mil, un millón de veces, etc.
5. Sobre el destino final del universo se barajan dos hipótesis entre los científicos: que se acabe o que continúe expandiéndose, como en estos momentos, perennemente. ¿Qué fin nos espera a cada uno de nosotros en cada una de estas dos hipótesis?

Actividad 24. Nuestra vida depende de lo que nos aporta el Universo y la Tierra

1. Menciona cinco beneficios que recibimos del Universo y de la Tierra en que vivimos.

Muchos científicos, tras comprobar el orden y la uniformidad admirable que observamos en el universo, piensan que no parecen explicarse

por la mera casualidad y, por eso, están convencidos de que existe un Principio, al que las culturas y pueblos llaman Dios, Creador y Organizador del mundo. Otros científicos no llegan a tal conclusión y piensan que, cuando las ciencias de la Naturaleza (Cosmología, Astronomía, Astrofísica, Cosmobiología) se desarrollen, el hombre podrá comprender la unidad del TODO y desaparecerán los misterios derivados del conocimiento fragmentado logrado hasta presente por la ciencia. Saca varias consecuencias que se pueden extraer de las posturas anteriores.

2. ¿Qué cambiaría en el mundo si *España no existiera*? Da la respuesta que te parece más lógica con respecto a tu vida y a la realidad del universo.
3. ¿Cuáles son las tres dimensiones o aspectos en la vida del hombre y del universo que más admiración despiertan en ti?

Actividad 25. Alargar la vida, ¿para qué?

Ante la hipótesis de contar en el futuro con la habilidad científica suficiente para ampliar la vida y rejuvenecer nuestra piel, riñones, corazón, músculos o cerebro hasta mantenerlos vivos y sanos durante 200, 500, 1000 años más –algún biólogo avanzado ha llegado a decir que somos la última generación de hombres mortales– surge una batería de interrogantes no fáciles de contestar y que afectan tanto a nuestra propia vida como a la sociedad entera. He aquí algunos:

¿Qué ventajas tendría prolongar nuestras vidas mucho más allá de sus límites actuales?

¿Vivir más años supondría necesariamente vivir mejor?

¿Cómo viviríamos en la Tierra si no hubiera muerto ninguno de los 130.000 millones de moradores que, según los estudios demográficos, han habitado nuestro planeta desde el origen de la humanidad hasta el presente?

¿Supondrán un desarrollo positivo para la humanidad las crecientes posibilidades de manipular nuestros genes?

Desde las consideraciones anteriores:

1. ¿Di que interés tendría vivir muchos más años que ahora?
2. Entre vivir más años y vivir bien los años que podríamos vivir, ¿por qué postura te inclinas y por qué?
3. ¿Desde una actitud sabia y madura, piensas que las personas podemos llegar a decir: “yo ya estoy en edad de morirme, ya he hecho todo lo que tenía que hacer en mi vida?”

4. Cuáles son los motivos principales que tienes para desear seguir viviendo.

Bibliografía

- ALTARRIBA, F-X. (1992): *Gerontología*. Barcelona: Boixaren.
- BALTES, P. B. (1998): "Life-span developmental psychology: Observations on history and theory revisited", en R. M. Lerner (ed.) *Developmental Psychology: Historical and philosophical perspectives*, Hillsdale NJ: Erlbaum, pp. 58-95.
- BERNAD, J. A. (1990): *Psicología de la enseñanza/aprendizaje en el bachillerato y formación profesional*. Zaragoza: ICE, Universidad de Zaragoza.
- BERNAD, J. A. (2008): *El bienestar psicológico de las personas mayores*. Huelva: Editorial Hergué.
- DÍEZ, J. (1996): *Entre la evolución y la eternidad. Una hipótesis sobre la pauta del devenir*. Barcelona: Oikos-Tau.
- DINER, E. (2000): "Subjective well-being". *American Psychologist*, 55, pp. 34-44.
- ERIKSON, E. (1968): "In de Middel Age and Aging", en *Neugarten: Generativist vs. Station*. Chicago: The University of Chicago Press.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. y otros (1996): "Calidad de Vida en la Vejez en distintos contextos". Madrid: INSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- FROM, E. (1964): *The death of man*. New York: Harper and Row.
- GIL CALVO, E. (2003): *El poder gris. Una forma de entender la vejez*. Barcelona: Mondadori.
- GIRÓ, J. (2007): "Los derechos de las personas de edad en el ejercicio de la ciudadanía", en Giró, J. (coord), *Envejecimiento, autonomía y seguridad*. Logroño: Universidad de La Rioja, pp. 17-45.
- HAYFLICK, L. (1999): *Cómo y por qué envejecemos*. Barcelona: Herder.
- INSERSO (1995): *La situación de los mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- (2006): *Informe de las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales.
- LIMÓN, M. R. y CRESPO, J. A. (2002): *Grupos de debate. Guía práctica para animadores*. Madrid: Narcea.
- MASLOW, A. H. (1980): *El hombre autorrealizado*. Barcelona: Kairós.
- MELLA, R. y otros (2004): "Factores asociados al bienestar subjetivo en el Adulto Mayor". *Psyche*, v. 13. n° 1, pp. 79-89.
- MOÑIVAS, A. (1998): "Representación de la vejez (modelos de disminución y de crecimiento)". *Anales de psicología*, n° 14, pp. 13-25.

- RIERA, J. M. (2005): “*Contra la tercera edad. Por una sociedad para todas las edades*”. Barcelona: Icaria.
- SÁNCHEZ VERA (2000): “La sociología de la vejez *versus* economía de la vejez”. *Papers*, 61, pp. 39-88.
- SELIGMAN, M. (2005): *Aprenda optimismo. Haga de la vida una experiencia maravillosa*. Barcelona: Grijalbo.
- VIGUERA, V. y otros (2006): Disponible en <http://www.psicomundo.com/tiempo/educacion>.
- ZAMARRÓN, M. D. (2006): *El bienestar subjetivo en la vejez*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es>.

PARTICIPACIÓN Y OCIO DE LAS PERSONAS MAYORES EN LAS RESIDENCIAS

Sagrario Anaut Bravo
Universidad Pública de Navarra

Se ha insistido desde finales de los años noventa del siglo pasado en la importancia de “envejecer con éxito”, de dar no solo años a la vida, sino también vida a los años. La Organización Mundial de la Salud adoptó en ese momento el término “envejecimiento activo”, en sustitución de “envejecimiento saludable”, entendiéndolo 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” (2002).

Ese mismo año la II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (Madrid) lo identifica como uno de los tres ejes de acción prioritaria para el diseño de las políticas de salud orientadas a mantener la autonomía personal en el entorno en el que vive la persona mayor. Un entorno social (familia, amigos, vecinos, etc.) y físico (vivienda, calle, barrio, centros residenciales, etc.) que favorece la cohesión e inclusión social tanto como la accesibilidad y habitabilidad de los núcleos urbanos.

Desde esta perspectiva se incorporan todos los factores que afectan al envejecimiento: sanitarios, sociales, culturales y económicos, y que se han demostrado determinantes en el alargamiento de la vida y el retraso del empeoramiento de la salud y del bienestar de las personas mayores (Giró, 2006).

De los cinco principios postulados por la ONU como referentes de las políticas sociales y de las acciones dirigidas a las personas mayores, nos interesa desta-

car los principios de dignidad y participación. Ambos se conforman también en ejes para la integración de las personas mayores en la sociedad. Una sociedad en la que cada vez son más visibles, no solo por su creciente número, sino también por su presencia en ámbitos diferentes. Encontramos a las personas mayores en órganos de representación y asesoramiento de los distintos niveles de la administración. Una muestra de ello son los Consejos Locales de Bienestar Social, Consejos Autonómicos de Mayores y el Consejo Estatal de Mayores. Su presencia se ha extendido en los medios de comunicación audiovisual y escrita, sobre todo, a raíz de la publicación del *Libro Blanco* de la atención a las personas en situación de dependencia en España (2005) y la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (2006).

Es obvio que la sociedad está realizando esfuerzos encaminados a cubrir las demandas de esta población y sus familias por medio de prestaciones económicas y técnicas. Pero también la sociedad reclama su participación en la consecución de objetivos comunes. Esta labor ha de realizarse en todos los niveles (individual, familiar y comunitario) y ámbitos espaciales (domicilio, residencia, espacios públicos, etc.).

En las siguientes páginas nos centraremos en un marco espacial concreto: la residencia para personas mayores. La residencia no es solo un espacio físico, un edificio con sus habitaciones, pasillos, jardines, etc., en el que se asegura el mínimo vital de cobijo, comida y atención sanitaria. Es también un espacio convivencial.

Como escenario vital en el que se desarrollan relaciones interpersonales de diferente naturaleza, han de encontrarse distintos roles en cada una de las personas mayores. Hemos de diferenciar aquellos que le vienen dados desde los establecimientos residenciales, en tanto que espacios compartidos, de aquellos que la misma persona mayor va a tomar por iniciativa propia o inducida. Los papeles o roles generales adoptados se van a incidir en las diferentes modalidades de participación.

Una modalidad hace hincapié en actividades programadas desde la institución para mejorar las potencialidades personales y las relaciones de amistad y apoyo, sin olvidar incorporar un carácter lúdico a las mismas. Otra modalidad de participación viene impuesta por la necesidad de financiación del servicio. Por último, tiene lugar una participación no programada o no formal de la persona mayor en el ámbito del seguimiento del funcionamiento del establecimiento residencial y en el del tiempo libre.

El acercamiento a estas tres modalidades de participación no es una cuestión baladí. Supone la reflexión sobre cuál es el papel de las personas mayores en estos centros y no solo qué hacen los centros por ellas. No basta con “ver pasar el tiempo”, habrá que pensar y actuar para “llenar ese tiempo” con actividades enriquecedoras e ilusionantes de ocio. Actividades que, en definitiva, den más vida a los años.

La participación: una tarea en expansión

En el último tercio del siglo XX se llamó la atención sobre la urgencia de convertir los antiguos asilos en residencias para personas mayores. Residencias en las que la participación de estas personas mayores debía ser un objetivo y un fin. Sirva de muestra el VII Congreso Internacional del Centro Internacional de Gerontología Social (Bruselas, 1976). En sus conclusiones destacaron la existencia de ciertas estructuras formales de participación de las personas mayores en varios países (consejos asesores, comités, a escala local, provincial, de barrio, etc.), las cuales podían servir de experiencia previa para mantener ese dinamismo en establecimientos residenciales.

Años más tarde se demandaba al Consejo de Europa y a los gobiernos de los países miembros de la Comunidad Europea (Estrasburgo, 1983) que reconocieran el derecho de los usuarios de los diferentes servicios sociales a la participación en la creación, mantenimiento, funcionamiento, gestión y evaluación de los mismos, así como que tomaran medidas para estimular dicha participación, crearan estructuras de organización que acercaran los servicios sociales a sus usuarios y que aseguraran una representación de los usuarios en los órganos de decisión.

Una década más tarde, el Plan Gerontológico Nacional (1993) introducía el área de participación con objetivos como los enunciados anteriormente, pero incorporando el de potenciar la capacidad de participación de las personas mayores desde los centros gerontológicos a través de la animación sociocultural. Se estaba poniendo el énfasis en un nuevo modelo de residencia en el que la pasividad, el aislamiento, la atención de carácter benéfico-asistencial, daban paso a la interacción con la comunidad y a la actividad tanto instrumental como no finalista. En este sentido, también se recogen en el área de cultura y ocio los objetivos de ampliar los niveles de educación y el caudal de cultura de las personas mayores mediante el enriquecimiento de las actividades ofrecidas en los centros gerontológico y el incremento del disfrute de la vida cultural del país.

Los trabajos en materia de regulación de la participación de las personas mayores en los diferentes servicios sociales no han cesado desde entonces. Su creciente revalorización en los servicios residenciales no ha estado exenta de limitaciones. Unas se han derivado de las rigideces propias de los centros residenciales en su proceso de apertura hacia la comunidad y hacia el personal laboral y las personas mayores que viven en ellos. Otras limitaciones han estado asociadas a la escasa o nula cultura participativa de las personas mayores y sus familiares. A todo ello se suma que la delimitación del concepto de participación no es sencilla.

De manera sintética puede afirmarse que participar es tomar parte en alguna cosa (Fundación Independiente, 1999). Para perfilar mejor el concepto, Menéndez (1991) considera que el concepto de participación engloba aspectos psico-

lógicos entroncados con la realización de aspiraciones personales, económicas que definen a la persona mayor como unidad de consumo o de financiación, así como jurídicos, políticos y sociales.

Más explícita es Pérez Serrano (2006) al entender la participación como un derecho y una actitud de toda persona encaminada a la mejora y transformación de una sociedad. Un derecho y una actitud que se materializan en todos los ámbitos en los que se desenvuelve cualquier persona. Dentro de las residencias ha de concretarse en los Consejos de Participación, una actitud personal pro-activa hacia las actividades organizadas de animación socio-cultural y cualquier otra actividad de ocio. Todo ello redundando en el bienestar personal y general de las personas que viven en un centro residencial.

La participación de la persona mayor en la financiación de las residencias

Hace ya unas décadas que se habla de cambios significativos en los servicios sociales y, en concreto, en las residencias. Las políticas sociales plasmadas en los diferentes Planes Gerontológicos Autonómicos han apostado, como motores de ese cambio, por “envejecer en el domicilio, en casa”. Ello ha supuesto el desarrollo de una amplia gama de servicios que permiten la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual en buenas condiciones de bienestar y dignidad (teleasistencia, servicio a domicilio, etc.).

Junto al domicilio particular o familiar, es posible encontrar a las personas mayores en establecimientos comunitarios como los hospitales, apartamentos tutelados y residencias. Mientras en los primeros las estancias tienden a ser breves, en los apartamentos tutelados y en las residencias se busca una alternativa a la propia vivienda. Ambos establecimientos responden a unos tipos de necesidades diferentes y van destinados a unos usuarios con ciertas especificidades.

En general, puede afirmarse que el mayor o menor grado de autonomía y el registrar alguno de los factores de riesgo de fragilidad (mayores de 75 años, poli-medicación, caídas, etc.) suelen ser los motivos que conducen a la elección de convivir con un familiar, acudir a una residencia o a compaginar la vida con un familiar con la asistencia a centros de día y con servicios de atención domiciliaria. En este devenir, las residencias han adquirido el rango de recurso especializado en la atención a aquellas personas mayores que padecen situaciones de dependencia.

La residencia ha dejado de ser un asilo para convertirse en “un centro gerontológico abierto, de desarrollo personal y atención socio-sanitaria interprofesional en el que viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia” (Rodríguez, 1995). Como tal, desarrolla una filoso-

fia de atención propia y marca una serie de objetivos encaminados al cuidado de las personas mayores. En el Libro Blanco de la Dependencia (MTAS, 2005) se incluye como uno de estos objetivos el “implantar mecanismos que garanticen la participación de las personas mayores en su plan de cuidados y en la vida de las residencias”. La participación en la vida del centro la entendemos, en primera instancia, relacionada con la dimensión relacional y convivencial. Sin embargo, es conviene no perder de vista otra dimensión como es la económica.

La participación de las personas mayores en la financiación de las residencias es una modalidad de participación relacionada con el desarrollo personal, pero no con el ocio. No resulta tan significativo en nuestro planteamiento de este trabajo el monto aportado a la financiación de la plaza ocupada como el hecho de ser y sentirse parte activa, sujeto colaborador en el funcionamiento del centro. Los derechos y deberes de las personas mayores en las residencias están recogidos, como es conocido, en las diferentes Leyes de Servicios Sociales de cada Comunidad Autónoma y en los reglamentos de cada centro. Sin embargo, el sentimiento de pertenencia a una unidad convivencial no benéfico-asistencial se ve reforzado por esta vía.

Principales formas de financiación de las residencias para personas mayores a partir de la normativa autonómica

INVERSIONES	MODALIDAD	FINALIDAD
	- Conciertos/ Convenios - Subvenciones	- Infraestructuras - Equipamientos - Rehabilitación - Reversión y adaptación - Construcción
FUNCIONAMIENTO	MODALIDAD	FINALIDAD
	- Aportación del usuario - Convenios/ Conciertos - Subvenciones	- Pago precio de la plaza Pública o Concertada
AYUDA DIRECTA AL USUARIO	MODALIDAD	FINALIDAD
	- Cheque asistencial	- Pago precio de la plaza

Fuente: Anaut, Oslé (2006).

Como puede observarse en la tabla anterior elaborada a partir de las diferentes Leyes de Servicios Sociales de las CC.AA., la procedencia de los fondos para el funcionamiento de las residencias es diversa. Desde las importantes aportaciones de los usuarios y la administración pública hasta donaciones y rentas varias, componen el amplio abanico de ingresos percibidos.

La normativa autonómica regula la aportación de las personas mayores a la financiación de los servicios recibidos en las residencias, atendiendo a los sujetos obligados a realizar dicha aportación, los ingresos de los usuarios de los servicios, la aportación que le corresponde del precio/plaza público o concertado y los recursos para cubrir los importes no satisfechos por usuarios y administraciones públicas.

En cuanto a los sujetos obligados a cubrir el precio/plaza público son, por este orden, el usuario o persona mayor atendida en una residencia y, en el supuesto de no disponer de suficientes ingresos, quienes se hayan determinado que tienen obligación legal (familiares, sobre todo). La aportación de la persona mayor tendrá dos modalidades: total o parcial. La aportación total se da cuando el usuario tiene capacidad económica para abonar la tarifa completa, ya sea de los precios públicos concertados como de los no concertados. En el resto de casos su aportación será parcial. A este respecto, el esfuerzo que se le ha exigido a la persona mayor en la financiación de los servicios recibidos ha sido proporcional a su capacidad económica (Anaut, 2006).

Las administraciones públicas competentes, tras determinar dicha capacidad económica, fijan las aportaciones individualizadas a la tarifa o precios públicos de las plazas residenciales, tomando los ingresos líquidos o las rentas, patrimonio y la unidad familiar. Si tomamos las plazas públicas o las concertadas, las aportaciones recaen en la persona mayor, la entidad residencial y la administración autonómica. Esta circunstancia generará una deuda al usuario. Para asegurar el cobro de la deuda, la administración correspondiente exige la constitución de garantías reales o personales sobre los bienes de la persona mayor (reconocimiento de deuda). De esta forma, las personas mayores que ocupan plazas públicas o concertadas quedan obligadas al pago de la tarifa estipulada y, en su caso, de la deuda contraída, en tanto que las usuarias de plazas en centros ajenos deberán reintegrar las percepciones económicas para el pago de los servicios recibidos¹.

La normativa de las distintas administraciones autonómicas, por lo expuesto, se dirige a asegurar la participación efectiva de los usuarios en la financia-

1. Artículos 9 y 12 de la Ley Foral 17/2000, de 29 de diciembre, de la Comunidad Foral de Navarra y artículos 20 y 21 de la Ley 67/2001, de 20 de noviembre, de la Comunidad Autónoma de Cantabria.

ción de las residencias para personas mayores, quedando las administraciones públicas en un discreto segundo plano. Queda claro que es un deber de la persona mayor su participación en la financiación, pero también esta participación le confiere derechos ante las diferentes instancias residenciales (dirección, profesionales, resto de personas residentes).

De igual forma, en los últimos años, se ha detectado una tendencia ascendente a exigir la participación de los familiares u otras personas obligadas en la financiación de las estancias en las residencias para personas mayores. Se pretende alcanzar con esta participación, ajustada a las posibilidades económicas de las personas mayores y sus familiares, una mayor justicia social y un reparto más equitativo de la riqueza. Al mismo tiempo, esta exigencia abre la posibilidad a los centros de reclamar una mayor participación en la atención directa a sus familiares y en determinadas actividades de gestión. Como se ha apuntado, no se han de entender estas formas de participación solo como un deber u obligación, también confieren derechos y aportan un cierto nivel de satisfacción y de bienestar por el “deber cumplido”, a la persona mayor residente y a sus familiares.

La participación en la vida diaria de una residencia

La determinación de ingresar en un centro residencial no siempre es una decisión libremente tomada y, tanto entonces como cuando sí lo es, lleva aparejada separación, pérdida de vínculos y de ciertas libertades, y renuncia a su entorno. A la persona mayor se le plantea por parte del médico, descendientes, hermanos/as, trabajadoras sociales, etc., la conveniencia de vivir en una residencia al presentarse limitaciones funcionales y cognitivas, debilidad en los apoyos informales y/o formales, fragilidad. La persona mayor se ve obligada a reflexionar sobre un futuro incierto, en tanto que sus familiares se interrogan sobre su responsabilidad en la atención, capacidad económica, nuevas relaciones entre los diferentes miembros de la familia, etc.

La percepción de pérdida se acrecienta cuando va acompañada de sentimientos como el de estar agotados, asustados o enfermos. Pérdida, separación de vínculos, que en ocasiones provoca ira, depresión o angustia. Angustia ante la pérdida o debilidad de los vínculos familiares, sociales y espaciales (recuerdos materiales y físicos como calles, plazas, bares, etc.). No cabe duda que lo que se acrecienta son los sentimientos de vulnerabilidad y temor. Sentimientos que tienden a exteriorizarse en manifestaciones de protesta como la dificultad para controlar esfínteres, la agresividad verbal, el aislamiento, entre otros. En un segundo momento que llega a extenderse hasta los primeros meses de estancia, el sentimiento más fuerte es el de abandono. Abandono

que se puede visualizar como desorientación, apatía, indiferencia, desinterés, nerviosismo, ansiedad.

Los efectos negativos de la institucionalización han sido profusamente debidos. Desde la disminución de la capacidad de adaptación, el debilitamiento o la pérdida de contactos sociales, hasta la herida en el amor propio, las alteraciones en las referencias espaciotemporales o el desarrollo de un fuerte sentimiento de frustración (Mendía, 1991).

Desde hace dos décadas se está trabajando para paliar tales efectos negativos, incidiendo en la aportación de estímulos que, además de suministrar cuidados y asistencia, incidan en la rehabilitación y reactivación física y mental. Asimismo, se dirigen los esfuerzos a lograr climas “familiares” en el propio centro, potenciar las relaciones con la familia, dar importancia a la presencia de las personas mayores en la planificación, promoción y gestión del centro residencial y en mantener o activar el desarrollo personal.

El punto de mira se ha puesto en gran parte de los centros en conseguir que las personas mayores se sientan “como en casa”. La persona que ingresa en una residencia busca atenciones, cuidados profesionales, compañía, descanso, reducir sus preocupaciones, etc., en una palabra, mejorar sus condiciones y calidad de vida. Ello no significa inactividad, dejadez, sino una atención sociosanitaria más intensiva y profesional, y una participación de las personas mayores en su propio plan de cuidados. Como se enunciaba en páginas anteriores, las residencias han de ser un lugar de desarrollo personal y de vida (MTAS, 2005).

Si bien es cierto que en su “nuevo hogar” va a encontrar respuestas a todas sus necesidades médico-asistenciales, también lo es el gran esfuerzo que ha de realizar para adaptarse a unas nuevas normas de vida, horarios, dietas, compartir espacios, etc., y para reconocer, en muchos de los casos, que es el último domicilio donde transcurrirá su vida.

Este es un hecho que no escapa a nadie: personas mayores residentes, familiares y profesionales. La cuestión que se presenta más difusa, en cambio, es si cada residencia es un Hogar o son Múltiples Hogares que tienen en común que están enclavados físicamente en el mismo lugar. A esta difuminación de contornos se suma una cierta rotación de residentes y, sobre todo, variaciones generacionales que exigen respuestas diferentes y, en suma, flexibilidad para desarrollar dichos hogares. Desde la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología afirman que es un derecho del residente considerar a la residencia como su domicilio propio y, por tanto, el lugar donde “ejercer sus derechos individuales, con especial alusión al ejercicio de la vida afectiva y la libertad de expresión” (Bohórquez, 2004).

Si miramos tan solo unas décadas atrás, se constata que uno de los servicios asistenciales que más ha tenido que cambiar han sido los antiguos asilos, misericordias, muchos de ellos convertidos en residencias para personas mayores desde mediados de los años sesenta del siglo XX. Desde hace tan solo 40 años estos centros han visto cómo cambiaban sus residentes, de pobres y personas mayores sin familia a residentes en situación de dependencia, con recursos económicos y familia. Igualmente han cambiado sus asistentes o trabajadores tanto en número como en su preparación: de religiosos/as a laicos o seglares, de voluntarios a profesionales, haciéndose visible una clara tendencia a la profesionalización (Anaut, 2006a).

Se confirman, de igual forma, cambios notables en su organización espacial o arquitectónica. Por ejemplo, se ha pasado de grandes salas a habitaciones individuales; de una capilla, un comedor y una sala de estar a varios comedores, cafetería, gimnasio y otras salas para actividades diversas. En este proceso también se ha visto modificada su propia identidad y conceptualización. Hablamos de empresas con o sin ánimo de lucro, de centros gerontológicos abiertos y no de instituciones cerradas o de lugares de acogimiento y custodia.

Desde la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología se ha trabajado para asegurar que las residencias sean lugares donde las personas que viven en ellas, de forma temporal o permanente, puedan disfrutar de una vida cotidiana digna, en la que los derechos y deberes estén asumidos por todos, personas mayores y trabajadores (2004). Ello supone incorporar en ese proceso de cambios enunciados una nueva categoría, la calidad. Calidad que ha de aplicarse en la planificación, organización y gestión, por ejemplo, con el diseño y aplicación de “un plan de centro con programación de actividades, programas, criterios de organización, planificación y funcionamiento de todos los servicios” (Bohórquez, 2004). Calidad que afecta a los recursos humanos, elementos arquitectónicos, el entorno y los servicios generales, así como a los derechos y deberes de las personas que viven en las residencias.

En esta misma dirección el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales recoge, en su Libro Blanco de la dependencia (2005), que las residencias son centros gerontológicos abiertos, tanto hacia fuera (las personas mayores han de poder estar en el municipio) como hacia adentro (permitir visitas de familiares o conocidos y otras organizaciones como el voluntariado). Esto último queda regulado por las propias residencias desde el momento en que marcan horarios de visita y llamadas telefónicas, lugar de encuentro, tipología de la relación, etc. En cuanto a su integración con el entorno, no está resultando una tarea sencilla contar con espacios adecuados en el casco urbano.

Igualmente plantea que la atención ha de ser integral, es decir, sociosanitaria y realizada por profesionales en el marco de un plan general de intervención

(PGI) propio de cada Centro. En el Plan deben aparecer, en primer lugar, servicios. Servicios básicos destinados a la manutención, alojamiento, asistencia en las AVDs, transporte accesible y gimnasio. A ellos se suman los servicios terapéuticos de atención social, atención psicológica y sanitaria, cuidados de salud y terapia ocupacional. Por último, se recogen servicios complementarios como los de podología, cafetería y peluquería.

En segundo lugar, el MTAS entiende que se han de incorporar cuatro tipos de programas de intervención. Los programas sanitarios se dirigirán a la alimentación-nutrición, aseo e higiene, prevención y tratamiento de la incontinencia y las caídas, control y seguimiento médico de enfermedades y trastornos, atención de enfermería. Los programas de intervención terapéutica se centrarán en los ámbitos funcionales, cognitivos, psicoafectivos, socializadores, de intervención con familias y animación sociocultural. Por su parte los programas de intervención con familias se especializarán en informar, desarrollar grupos de autoayuda y psicoeducativos, y en la participación. Por último señalar los programas de cuidados paliativos.

A pesar de la parquedad con que se hace referencia a la participación de las personas mayores en las residencias, una de las consideraciones finales que se hacen es la conveniencia de promover nuevos “modelos de alojamiento con las características de integración en el medio, participación de las personas mayores en la vida diaria, flexibilidad de funcionamiento, involucración de las familias en la atención, etc.” (MTAS, 2005).

Tales propuestas han venido a refrendar la labor que estaban realizando ya algunos centros y a potenciar la incorporación de una serie de criterios fundamentales que apuestan por un servicio social especializado de calidad. Uno de esos criterios hace referencia al deber de la persona mayor de “colaborar en la vida cotidiana del centro, en su autocuidado y en llevar una vida activa”, siempre teniendo en cuenta sus capacidades (Bohórquez, 2004). La incorporación paulatina de la calidad en los servicios y de criterios de participación está logrando un alto grado de satisfacción de las personas mayores residentes, quienes afirman entonces que el centro es su hogar, su último hogar.

En cuanto a la participación de las personas mayores en la vida diaria de las residencias ha de diferenciarse entre una participación instrumental, terapéutica, programada desde los profesionales de la residencia con fines también de ocio, y una participación no programada o semiprogramada directamente ligada a actividades de ocio personal. Tanto una modalidad de participación como la otra reafirman la validez de comentarios como los de Riddick (1985) para quien la participación en actividades de ocio es un importante predictor de la satisfacción vital de las personas mayores.

Participación y ocio programado

Su única ambición es vivir, seguir viviendo sin que ninguna piedrecilla estorbe el manso correr de la onda vital. El hoy es para ellos la serie de actos que tiene por objeto producir un mañana enteramente igual al de ayer (Pérez Galdós, 2001).

La participación de las personas mayores en su entorno residencial viene dada, básicamente, por programas de intervención terapéutica que se despliegan en actividades de terapia ocupacional y animación sociocultural, y en el desarrollo e impulso de un Consejo o Comisión de Participación.

En la normativa sobre los servicios prestados por los centros o residencias para personas mayores se incluyen como tales las actividades ocupacionales y las actividades de ocio. Se entiende que han de agruparse en un “plan de actividades” que fomente la participación e integración de las personas mayores y sus familias, teniendo en cuenta sus preferencias individuales (Bohórquez, 2004).

Todas las actividades programadas tienen por objeto mantener o mejorar el bienestar de las personas mayores y su entorno familiar por medio de programas de estimulación cognitiva, psicomotricidad, de actividades recreativas, manualidades, etc. El resultado ha de ser garantizar una atención de calidad. El departamento de terapia ocupacional, cuando existe, se encarga del tratamiento y recuperación de ciertas habilidades sociales, de psicomotricidad y de ciertas patologías, a partir de la recogida de información individual sobre el estado físico, funcional, cognitivo y mental de la persona mayor, su historia familiar y laboral, así como de sus aficiones e intereses. Con estos datos elabora un plan de tratamiento individual podrá realizarse de manera individual o grupal. Su intervención va dirigida, en particular, a aquellas personas que tienen necesidades especiales por su situación de dependencia. En su labor puede recurrir a una herramienta de trabajo de gran interés como es el ocio.

Las actividades desplegadas entonces quedarán integradas en un ocio terapéutico que tendrá en cuenta la familiaridad de las propuestas programadas, una ejecución simple, graduada, adaptable y rápida, y un reconocimiento como medio para facilitar la integración y la participación en el medio social (Morales, 2006). Desde la animación sociocultural también se trata de aportar actuaciones que contribuyan al bienestar social y a la calidad de vida desde el impulso de la participación activa y la comunicación (Pérez, 2006).

Desde cualquiera de los dos enfoques, las actividades y dinámicas programadas evitan en unos casos y contrarrestan en otros, situaciones no deseadas como la soledad, el aislamiento, la marginación o el deterioro acusado. Un punto de encuentro son los recursos de ocio que ambos enfoques proponen. Un ocio

que tiene en cuenta que ha de ser personalmente satisfactorio, libremente elegido entre una oferta de opciones y experiencias y deseable (Gorbeña, 1997). En este sentido, los programas de actividades que se organizan quieren dar cabida, de forma individual o grupal, a las demandas o necesidades detectadas por lo que han de cubrir diferentes áreas.

Las actuaciones de teatro o música, debates, cine, canto, charlas, etc., se centran en el área cultural. Los juegos de mesa, bingo, concursos o campeonatos se encuadran en el área lúdica. Por último, las manualidades, paseos y excursiones en las de creación artística y de expansión. Las actuaciones musicales, los juegos de mesa y el bingo son, según se ha constatado en la Comunidad Foral de Navarra, las actividades que mejor acogida tienen y mayor participación registran. Las excursiones o paseos fuera del centro también cuentan con bastantes apoyos, si bien requieren de la colaboración de familiares o personas voluntarias para acompañar en estas salidas, en concreto, a quienes necesitan de andadores, sillas de ruedas u otros aparatos para sus desplazamientos.

Las actividades programadas han de tener, entre sus cometidos, el de posibilitar el encuentro con otros. Un contacto puntual, esporádico o asociado a una práctica concreta se producirá en unas ocasiones, en tanto que en otras ese contacto dará paso a relaciones que incrementen las redes de apoyo social de cada uno de sus miembros. Unas redes que se han de tejer hacia adentro del Centro con el apoyo de los diferentes profesionales, al igual que han de resultar de especial interés cuando entran en contacto con las redes que perduran fuera del mismo. La ruptura con la rutina y con el sentimiento de soledad y aislamiento son objetivos que quedan incluidos no solo en las memorias de las residencias, sino también entre aquellos residentes que han tenido experiencias de ocio gratificantes antes de su ingreso o prevén una estancia prolongada en el centro. No resulta extraño conocer ejemplos, como los de Perfecta de 84 años o Josefina de 82 años, que afirman mantener una vida muy participativa en todas las actividades organizadas y “encontrarse a gusto” en la residencia.

Por la definición que se ha tomado de ocio, es fácilmente reconocible la existencia de actividades que no interesan a todos o tan solo interesan a una minoría. Una muestra son las manualidades y los talleres de nuevas tecnologías. Por la información recogida, las manualidades las realizan, sobre todo, mujeres por lo que suelen relacionarse con la pintura y costura. Entre los hombres se han encontrado casos aislados que se encargan del cuidado de una parte del jardín o huerta, o bien de trabajos puntuales de encuadernación o carpintería. En estos casos no se organizan talleres o actividades grupales.

El acercamiento al mundo de las nuevas tecnologías de la información y comunicación es el que menos aceptación está teniendo en las residencias hasta la fecha. Las razones aducidas hacen referencia a la convicción de que son difíci-

les de entender y manejar, y a la escasa utilidad que se le concede. En algunas entrevistas con responsables de centros de la Comunidad Foral, se ha constatado ese escaso interés, más acusado si cabe entre las mujeres. Entre los escasos participantes solían encontrarse personas mayores con familiares en otras Comunidades Autónomas y fuera de España. Para estas personas el contacto por escrito como por imágenes les aporta una satisfacción inmediata de ciertas demandas. Siguiendo la clasificación agrupada de Tinsley (1984), podríamos hablar de la satisfacción de las dimensiones de compañerismo (necesidad de relaciones de apoyo), poder (percepción de control de situaciones sociales), compensación (necesidad de experimentar) y autoactualización o expresión del yo (necesidad de manifestarse satisfactoriamente).

Existen otras muchas razones que explican una participación no excesiva de las personas mayores en las residencias. Profesionales y miembros de los equipos de dirección de los centros consultados apuntan como otras variables explicativas la escasa trayectoria personal participativa, la edad, el grado de dependencia, la procedencia y la localización de la residencia. María, por ejemplo, nos relata que apenas tiene relación con los demás residentes después de cuatro años, porque no quiere establecer lazos en un lugar que, para ella, es de paso; su deseo es volver a su pueblo y morir allí.

Tomando las residencias de Navarra, diremos que una ubicación en el centro urbano supone una menor participación en actividades programadas por las posibilidades de realizar otras fuera del centro. Se acentúa este hecho si la persona mayor es de la propia localidad y mantiene un cierto grado de autonomía personal. Encontramos casos en los que se mantienen actividades previas al ingreso como la partida diaria de carta en el bar o club/hogar, tomar un café con las amigas o familiares en la cafetería de siempre o los paseos por los jardines más concurridos.

Asimismo, la edad media y la situación de dependencia de las personas mayores también actúan limitando las posibilidades de participación. La edad media en la residencia "El Vergel" del Gobierno de Navarra es de ochenta y ocho años; de ochenta y siete en la Casa de Misericordia de Pamplona y en torno a los ochenta en Amma Argaray. Estos datos hablan por sí solos de las restricciones en la participación por razones culturales/educativas y de movilidad.

Cabe pensar que una adecuación de las actividades y dinámicas programadas a los intereses y demandas de las personas mayores tendría como efecto inmediato un incremento del número de participantes en las mismas. Sin embargo, la gran diversidad de intereses y la preferencia por el carácter voluntario de toda participación o, en alguna ocasión, por el asesoramiento previo de algún profesional incide mucho más en los niveles de participación.

Son, por tanto, muy diversas las razones por las que la participación en talleres, salidas y otros programas no es tan numerosa como pudiera pensarse. Se han detectado algunos pequeños cambios en los dos últimos años que apuntan a una mayor colaboración en la vida de los centros y a un aumento progresivo de la demanda de actividades de ocio y de su calidad. Las respuestas no se han hecho esperar en algunas residencias. Así, han pasado en muy poco tiempo de organizar actividades concentradas en las mañanas a una distribución de mañana y tarde, y a ampliarlas a los sábados por la mañana. En este sentido la Casa de Misericordia de Pamplona ha iniciado un programa de musicoterapia para doce personas con nivel 2 de Alzheimer. Amma Argaray también está trabajando con proyectos similares sobre nuevas terapias (cromoterapia, aromaterapia, risoterapia, etc.).

Lógicamente cada centro organiza sus propios programas de actividades y dinámicas para adecuarse a la tipología de sus residentes y a los objetivos de atención del centro. Como resultado, encontraremos diferencias entre unos centros y otros. Sirva de ejemplo como en la Casa de Misericordia de Pamplona las actividades diarias con mayor participación son las religiosas: misa por la mañana (70-80 personas) y rosario por la tarde, además de rosarios por planta a diferentes horas. Le siguen los talleres de labores (unas 40-50 personas), cuyos productos se venden para obtener fondos destinados a proyectos concretos en países subdesarrollados.

Algunas residencias disponen, por último, de un programa de relación con el entorno compuesto de actividades lúdicas, educativas y terapéuticas. Se orientan a la integración de las personas mayores en el entorno y de la comunidad con el centro. Es posible encontrar propuestas como la organización de acampadas de escolares en los jardines de un centro para realizar actividades lúdicas intergeneracionales, o salidas organizadas a eventos locales o paseos en festividades especiales.

Al comienzo de este apartado se enunciaba como modalidad de participación programada el Consejo o Comisión de Participación. Ha sido y es una forma de participación recomendada desde iniciativas profesionales como la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, para quien no hay duda de las ventajas que introduce en la calidad de la atención residencial la puesta en funcionamiento de un "Consejo de Mayores o Junta de Gobierno y un sistema de participación democrática de los usuarios o sus representantes sociales, que se reúna con la dirección, al menos, dos veces al año" (Bohórquez, 2004). No obstante, las diferentes Leyes de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas incluyen el derecho a la participación de las personas mayores, sin terminar de concretar los medios ni los métodos de llevarlo a la práctica.

Desde la aprobación de la Ley de Dependencia (LAAD), las Comunidades Autónomas han impulsado normativa sobre los centros residenciales que inclu-

yen el sistema de participación de las personas mayores que allí residen o sus representantes y del personal del centro. La orden de 21 de diciembre de 2007 de la Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía, es una buena muestra de este quehacer². En dicha orden se presenta al Consejo de Centro como el cauce ordinario de participación y comunicación que ha de posibilitar alcanzar los objetivos previstos y la calidad necesaria en los servicios que se prestan.

Con bastante anticipación en el tiempo, en la Comunidad Foral de Navarra, el Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, establecía un Sistema de Participación sustentado en la implantación de un Consejo de Participación³. Partiendo del mismo referente, un Consejo, encontramos algunas diferencias en la composición y en las funciones que se marcan ambas normas autonómicas.

En Navarra sus miembros son el presidente (director/a del Centro) y los vocales (uno hará funciones de secretario). El número mínimo de vocales es siete, repartidos entre un técnico que desarrolla la coordinación de programas de atención y actividades; dos representante de los trabajadores; tres representantes de los usuarios elegidos entre ellos; y un representante de la administración pública, si el centro es municipal o autonómico. En el caso de Andalucía, además del presidente, el Consejo cuenta con un secretario que es trabajador del centro, un representante de los trabajadores y tres vocales que representan a los usuarios o sus representantes.

En materia de funciones, la Orden de la Junta de Andalucía incide en procurar el buen funcionamiento del centro y las relaciones de convivencia, así como en conocer y proponer actividades que cubran las preferencias de las personas mayores y en fomentar la participación en dichas actividades. Estas atribuciones no se recogen expresamente en el Decreto Foral, más preocupado por informar y evaluar el programa de actividades del centro, promover la renovación de instalaciones y vigilar su conservación, recibir información sobre la marcha y funcionamiento del centro, establecer relaciones de colaboración con otros centros similares o informar el Reglamento de Régimen Interior y la Normativa de Usuarios.

En el quehacer cotidiano es posible constatar que estos Consejos de Participación no siempre funcionan siguiendo la normativa. Las diferencias en el fun-

2. Orden de 21 de diciembre de 2007, por la que se aprueba el modelo de Reglamento de Régimen Interior de los centros residenciales de personas mayores en situación de dependencia que formen parte del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Andalucía.

3. Decreto Foral 209/1991 de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990, de 13 de Noviembre, sobre el Régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales.

cionamiento residen en el tamaño de los centros, ya que en los pequeños la proximidad entre quienes viven y residen es muy alta y es posible articular otras vías de participación. Tomando como muestra Navarra, los Consejos tienen una limitada vitalidad allí donde el “boca a boca”, los buzones de sugerencias, la accesibilidad de las personas responsables del centro y las comisiones sobre materias concretas funcionan bien, se perciben como eficientes y dan satisfacción plena a las demandas de las personas mayores y sus familias.

Por la información recogida en varias residencias navarras, una de las comisiones que más continuidad e interés despierta es la dedicada a la elaboración de los menús. Comisión en la que la participación es más amplia y está más enfocada a la colaboración voluntaria de personas mayores, familiares y especialistas en nutrición (médico, dietista, cocinero/a). Esta comisión consigue subsanar una de las principales inquietudes, motivo de queja o descontento de las personas mayores, la comida.

En estos centros, la actividad de comisiones como la de los menús o la de mantenimiento de instalaciones y mobiliario agiliza la toma de decisiones en un marco participativo, resta tareas al Consejo de Participación e, incluso, puede hacerlo innecesario. Las personas mayores y sus representantes trasladan, tanto en el Consejo como en las comisiones, una información diversa a los responsables del centro que procede de las sugerencias realizadas a través del sistema del “boca a boca”. Tan solo en una de residencias consultadas, de reciente construcción, se emplea el buzón de sugerencias con cierta regularidad. Es en esta misma residencia donde también se realizan encuestas de satisfacción a las personas mayores y a sus familiares, y donde la Comisión de Participación está totalmente abierta a cualquier persona mayor o familiar.

Con una actitud igualmente abierta y participativa encontramos a la Casa de Misericordia de Pamplona. Su Consejo de Participación ha tendido a aumentar el número de miembros con los años, si bien solo por parte de los representantes de las personas mayores y de los familiares. Por su parte en una de las residencias públicas (Gobierno de Navarra) la composición del Consejo se ajusta estrictamente a los requerimientos de la citada Ley Foral 9/1990.

Como se acaba de exponer, las actividades de ocio programado desde terapia ocupacional o desde animación sociocultural están íntimamente relacionadas con la participación activa de las personas mayores. Una participación que puede tener su origen en la motivación personal o en las propias actividades programadas, pero tanto en un caso como en otro redundan en la mejora de las relaciones sociales con el resto de residentes y sus familiares. Asimismo, inciden en una percepción más optimista del estado de salud y en los niveles de autoestima. Sus resultados se dejan notar en la vida del centro e, incluso, en tareas participativas tan relevantes como las comisiones y el consejo de participación.

Ocio no programado

La senilidad, al igual que las fases precedentes, no debe vivirse con la añoranza de las ventajas y de los privilegios perdidos con el paso de los años. La vida sigue un curso muy preciso, enriquece cada edad con cualidades propias (Pàmies, 2002).

El envejecimiento no es un estado inmutable, sino un proceso complejo, dinámico y heterogéneo que varía en función de la capacidad biológica para la supervivencia, la capacidad psicológica para la adaptación y la capacidad sociológica para la satisfacción de roles sociales. De estos tres fenómenos va a depender el alcance del ocio no programado de las personas de las residencias. Recordemos que la edad media de las personas que residen en estos centros está por encima de los ochenta años y, por lo tanto, se han vivido procesos de adaptación importantes en el curso cotidiano de la vida como el paso de la vida laboral a no laboral, de la familia nuclear al “nido vacío” y a estados de viudedad, y de la independencia plena a dificultades en la movilidad y presencia de algunos síndromes geriátricos. Sus experiencias vitales, entre las que también se encuentran las de ocio, actúan de sustrato para elaborar un nuevo tipo de ocio. El tiempo libre se ha visto modificado de igual forma, con una clara tendencia a aumentar, por lo que parece necesaria su organización.

En las páginas anteriores se ha visto como las actividades de ocio en ese tiempo libre venían definidas por la normativa en materia de servicios sociales especializados y por la política de planificación de los servicios prestados por las residencias. Es momento de dar cierto protagonismo al ocio que puede desarrollarse en paralelo o al margen de lo propuesto. Las actividades realizables van a depender, en gran medida, del estado de salud física y mental, así como de la valoración y la experiencia de las actividades de ocio que ha tenido cada persona antes de su ingreso en una residencia. Muchas de estas personas no han tenido oportunidades de alcanzar una experiencia de ocio significativa por falta de habilidades o destrezas, en algunos casos, pero también por su trayectoria vital.

Recordemos aquí la elevada dedicación a la atención y cuidados de diferentes miembros de la familia (padres, cónyuge, nietos) después de cumplir los sesenta y cinco años, en particular, por parte de las mujeres. La prolongación de la actividad laboral de aquellos hombres que, estando oficialmente jubilados, han seguido con su actividad para “ayudar a los hijos” a sacar adelante el negocio familiar (pequeñas empresas de servicios, de producción agropecuaria, etc.). Ninguna de estas actividades son en sí mismas negativas siempre que no supongan la desaparición de un tiempo disponible para realizar otras actividades gratificantes y de adaptación al proceso de envejecimiento.

Si entendemos el ocio como aquellas actividades que las personas realizan en su tiempo libre porque quieren, en su interés propio, por diversión, entretenimiento, mejora personal o cualquier otro propósito voluntariamente elegido (Argyle, 1996), las formas que adquiere el ocio son muy variadas. Las indicadas anteriormente pueden ser calificadas de ocio como de prolongación del trabajo, dependerá de la valoración subjetiva de la persona que las realiza.

Las actividades organizadas de manera individual en una residencia tienden a ser familiares. Ver la televisión, escuchar la radio, leer la prensa o algún libro, y pasear componen las cuatro tareas más generalizadas durante los espacios de tiempo que se permite a la persona mayor organizar su tiempo dentro del recinto. Con ellas se mantienen hábitos propios y “hobbies” que incrementan el grado de satisfacción y control sobre su escenario vital y sobre su propia vida. Se ha de hacer notar que son actividades que permiten realizarse de forma individual como grupal, dentro como fuera de la residencia, en las habitaciones como en los espacios comunes, por lo que actúan, en muchas ocasiones, como cauces de socialización, interacción social y refuerzo de apoyos sociales que reducen la ansiedad y colaboran en la adaptación a una nueva etapa vital.

La visitas o el acompañamiento no han de ser entendidas solo como una tarea ligada a la responsabilidad familiar o como parte del plan de actividades de participación dirigido a los familiares. Desde los centros colaboradores con nuestro trabajo se afirma que es fundamental para cumplir con sus objetivos la participación continua de la familia en todo lo referido a los planes de cuidados de su familiar. No es suficiente con dar la información, la residencia programa y demanda una colaboración activa. Resultan ser fuentes de actividad gratificante, enriquecedora y de desarrollo de sentimientos positivos.

La relación entre los residentes y de estos con sus familiares y amigos resulta de especial relevancia para entender esta modalidad de ocio. Una actividad que puede realizarse de manera íntegra o parcial dentro del Centro. Casos como el de “Mari”, ilustran sobre actividades que se deciden realizar por resultar gratificantes a título individual. Esta mujer de ochenta años suele salir regularmente a pasear, comprar, comer, etc., con alguno de sus hermanos, además de haberse suscrito a un periódico de tirada regional para seguir informada. Su vida social dentro del centro se limita a las relaciones de cortesía y a asistir, de vez en cuando, a la capilla. Su preferencia por estar sola, no supone sentirse sola, ya que su tiempo libre lo llena con las mismas actividades que realizaba antes de su ingreso en la residencia.

Otros casos disfrutan de las visitas de familiares y amigos dentro del centro. Suelen estar bien valoradas por su aportación al mantenimiento de unas redes sociales y familiares que relativizan los sentimientos de abandono o de soledad. También ponen en contacto a la persona mayor con su entorno exterior, reforzando

sentimientos de pertenencia, referencias vitales, por ejemplo, gratificantes en la mayoría de las ocasiones. Estas actividades no programadas desde el centro ni por la propia persona mayor refuerzan pensamientos positivos y pro-activos capaces de desplegar mayor satisfacción vital y, por tanto, mejoras en la calidad de vida.

Obviamente las personas mayores participan y realizan actividades de ocio de múltiples formas. Unos optan por colaborar en el mantenimiento de la biblioteca o en la redacción y coordinación de la publicación en una revista del centro. Otros se sienten más cómodos en tareas de huerta o jardinería. Es posible encontrar, cuando la normativa de los centros lo permite, a personas con mejor estado de salud que acompañan a quienes están algo desorientadas o van en silla de ruedas, que ayudan a acabar de vestirse o comer. En todos los casos es posible encontrar diferentes niveles de relaciones personales que se establecen entre las personas mayores. Este apoyo informal colabora en crear un buen ambiente entre los residentes, en experimentar una sensación de bienestar o placer en quien ayuda y en quien recibe la ayuda, y en cubrir unos tiempos que, de otro modo, hubieran sido potenciadores de ansiedad, depresión y hostilidad.

Todas aquellas iniciativas que dan respuesta a unos deseos y surgen de la libre decisión de la persona mayor, por tanto, se asocian a efectos positivos vinculados a la actividad (García, 2001). Dicho en otros términos, casi cualquier actividad puede ser considerada como ocio.

A modo de reflexión final

Hemos intentado llamar la atención sobre la importancia de ver no sólo lo que hacen las personas mayores en los centros residenciales en materia de ocio y participación, sino también lo que aportan estas mismas personas a las residencias y a su propio ocio. Comprender todo ello entraña una mirada hacia afuera de cada centro. ¿Con qué ojos miramos a los que están dentro? ¿Cómo ven estas personas residentes la sociedad que está fuera? ¿Qué esperan de esa sociedad y del establecimiento en el que viven?

Las respuestas son múltiples, incluso contrapuestas. A título de reflexión convendría citar, como elementos articuladores de estas respuestas, los cambios sociales en cuestiones concretas, los nuevos modos de vida, modas y tendencias, la entrada en crisis de determinados valores, las relaciones no siempre armónicas con otros miembros de la familia (nuclear y extensa) y de la comunidad, los desajustes y limitaciones introducidos por la enfermedad, así como la personalidad, situación económica, ideología y nivel cultural de la persona mayor.

Desde nuestro punto de vista no es posible conformarse con etiquetar ciertas actividades y dinámicas como de lúdicas para hablar de ocio en las residencias

para personas mayores. Tampoco es posible hablar de ocio sin tratar los principios de participación activa y dignidad. Por último, no parece razonable hablar del tiempo libre y del ocio al margen de la sociedad en la que se inserta cada centro y de las experiencias vitales de cada una de las personas residentes. El ocio, como toda participación en una comunidad, ha de dar satisfacción vital, lo que supone obtener beneficios en la salud física y psíquica, aunque no siempre sean medibles.

Bibliografía

- ABELLÁN, A.G. (1997): "Alojamiento colectivo de personas mayores", *Revista de Gerontología*, 7 (3).
- (1997a): "Problemas de vivienda y riesgo de institucionalización", *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 9 (4).
- ALIENA, R. (2005): *Descenso a Periferia. Asistencia y condición humana en el territorio de lo social*, Nau Llibres, Universidad de Valencia.
- ANAUT BRAVO, S., OSLÉ GERENDIÁIN, C. (2006): *La financiación de las residencias. Los modelos autonómicos de financiación de las residencias para las personas mayores*. Pamplona: Universidad Pública Navarra.
- (2006a): "Vivir y trabajar en *La Meca*", en VV.AA., *La Meca, una institución pamplonesa*, Pamplona: Casa de Misericordia de Pamplona, Ayuntamiento de Pamplona.
- (2003): *Las residencias para las personas mayores en Navarra*. Pamplona: Departamento de Bienestar Social, Deporte y Juventud. Gobierno de Navarra.
- ARGYLE, M. (1996): *The social psychology of leisure*. Londres: Penguin Books.
- BOHÓRQUEZ RODRÍGUEZ, A. (coord.) (2004): *100 recomendaciones básicas para fomentar la calidad en residencias de personas mayores*. Madrid: SEGG.
- FARRÉ, R., FRASQUET, I., ROMA, R. (1999): "Estado de salud y calidad de vida de ancianos institucionalizados", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, nº 34.
- FUNDACIÓN INDEPENDIENTE (1999): *IV Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores*. Santiago de Compostela: Fundación Mapfre Medicina, FIAPA.
- GARCÍA MARTÍN, M. A. (2001): *Los talleres de ocio y el bienestar de nuestros mayores: análisis de la experiencia malagueña*. Málaga: Consejería de Asuntos Sociales. Delegación Provincial de Málaga. Junta de Andalucía.
- GIRÓ MIRANDA, J. (2006): "El envejecimiento activo en la sociedad española", en Giró Miranda, J. (coord.): *Envejecimiento activo, envejecimiento positivo*. Logroño: Universidad de La Rioja.

- GORBEÑA ETXEBARRIA, S. *et al.* (1997): *El derecho al ocio de las personas con discapacidad*. Colección "Documentos de Estudios de ocio". Bilbao: Universidad de Deusto.
- JUNTA DE ANDALUCÍA (2008): *Normativa sobre centros residenciales de personas mayores*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía.
- LARA, T., CUBERO, V. (1993): *Las personas mayores. Perspectiva desde la animación*. Madrid: Editorial CCS. Educación Social, nº 4.
- LÓPEZ CABAÑAS, M., CHACÓN, F. (1997): *Intervención psicosocial y servicios sociales: un enfoque participativo*. Madrid: Síntesis.
- MARTÍNEZ MAROTO, A. (coor.) (2001): *Gerontología y derecho. Aspectos jurídicos y personas mayores*. Madrid: SEGG, Editorial Médica Panamericana.
- MENDÍA GALLARDO, R. (1991): *Animación sociocultural de la vida diaria en la tercera edad*. Documentos de Bienestar Social (40). Bilbao: Departamento de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.
- (2002): "Envejecimiento activo: un marco político", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, nº 37 (S2).
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES (1993): *Plan Gerontológico Nacional*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- (2000): *Las personas mayores y las residencias: un modelo prospectivo para evaluar las residencias*. Madrid: IMSERSO.
- (2000): *Las personas mayores y las residencias*, Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Observatorio de personas mayores.
- OSLÉ GERENDIÁIN, C., ANAUT BRAVO, S. (2003): "Revisión de un plan gerontológico. El caso de Navarra", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*; 38 (5).
- PÀMIES, T. (2002): *La aventura de envejecer*. Barcelona: Península/Atalaya.
- PÉREZ GALDÓS, B. (2001): *El abuelo*. Madrid: Rueda.
- PÉREZ SERRANO, G. (coor.) (2006): *Intervención y desarrollo integral en personas mayores*. Madrid: Editorial Universitat.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. (2000): *La protección social de la dependencia*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- RODRÍGUEZ GONZÁLEZ, A. (1998): *Estudio descriptivo y experimental sobre la influencia psicológica de la dinamización socio-cultural del ocio y el tiempo libre en la tercera edad*. San Sebastián: Departamento de Servicios Sociales, Diputación Foral de Gipuzkoa.
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, P. (1995): *Residencias para Personas Mayores. Manual de Orientación*. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid: IMSERSO.
- SUBIRATS, J. (1992): *La vejez como oportunidad*. Madrid: IMSERSO.
- TINSLEY, H.E. (1984): "The psychological benefits of leisure counseling", *Society and Leisure*; 7.

MÚSICA, OCIO Y ENVEJECIMIENTO (O LA AVENTURA DE LA MÚSICA EN EL PAÍS DE ULISES)

Arantza Lorenzo de Reizábal
Universidad de La Rioja

En función de las distintas etapas vitales, nuestra sociedad moderna ha definido grupos de población que han acabado generando una conciencia grupal de gran trascendencia sociológica. Desde esta perspectiva, el siglo XIX puede ser considerado como el del “descubrimiento” de la infancia, mientras que el siglo XX nos presenta a la juventud, la adolescencia y la vejez como grupos de enorme importancia y repercusión social.

Estos grupos, en el desarrollo de su conciencia social, tienen una de sus más importantes expresiones en el modo de vivir el ocio. Esto se hace patente, especialmente, en el grupo de las personas mayores, donde la función del ocio es de tal envergadura que condiciona su modo y calidad de vida.

El adelanto de la edad de jubilación y el aumento de las expectativas de vida están haciendo de la vejez un período especialmente sustancial y largo, en el que el trabajo deja de ser el eje de la existencia, y el tiempo libre y las actividades de ocio se sitúan en un primer plano. No obstante, esta preponderancia del tiempo libre frente al tiempo de trabajo, no es, en modo alguno, algo natural en los mayores sino que es fruto de la imposición de la construcción social de la realidad histórica que vivimos. Un repaso a la historia social ilustra y permite comprender cómo las diferentes estructuras sociales han impuesto diferentes realidades a la población anciana. Así, la dicotomía trabajo/ocio basada en la edad es un aspecto que sólo aparece en las sociedades industriales (que se prolonga hasta nuestros días), no existiendo en las sociedades nómadas y agrícola-ganaderas, en las que

los ancianos ocupan su tiempo en cuidar de los niños y de la transmisión simbólico-cultural, además de ejercer funciones de dirección y toma de decisiones respecto a la explotación y al grupo social, hasta el momento de la muerte.

Y ¿qué ocurre con ese tiempo libre que se les impone a los mayores? Nuestros mayores han sido educados en la ética calvinista-weberiana (1984) del trabajo como valor supremo, y del ocio y los placeres como algo pecaminoso. De este modo, la separación trabajo/ocio que deben realizar cuando envejecen está minada por una ideología y una práctica contradictorias, que puede terminar por crear una brecha en su mente y su vivencia y desembocar en situaciones, incluso, de enfermedad y muerte.

El fenómeno de la jubilación se plantea de diferentes formas. Para unos es una liberación, el final de una etapa vital caracterizada por el esfuerzo en la realización de actividades obligadas y/o no deseadas. Para otros es el momento terrible de la llegada de la etapa final de la vida, relacionada con la decrepitud y el deterioro físico y psíquico. Este último planteamiento presenta la vejez como un proceso estrictamente biológico. Y, si bien es cierto que los años traen un deterioro físico, considerar la vejez únicamente como un período de declive es tanto como negar su potencial.

Para Tedrick y McGuire (2000), el proceso de desarrollo personal no está controlado únicamente por la biología, por lo que no concluye a una determinada edad. En su opinión, existen diferentes fases de desarrollo biológico, social, afectivo y cognoscitivo, y las pérdidas en un área pueden ser compensadas por un desarrollo positivo en otra. De esta manera, la vida puede estar marcada por cambios y crecimiento personal hasta el momento de la muerte. El desarrollo de la persona debe ser considerado, por tanto, como algo que evoluciona a lo largo de toda la vida y no desaparece hasta que esta se acaba. Este desarrollo, además, puede producirse dentro de los límites establecidos por los cambios físicos y cognoscitivos que la edad impone, si somos capaces de acomodarnos a ellos.

Ya Baltes y Baltes (1990) propusieron un modelo de envejecimiento que reconoce la necesidad del desarrollo personal al tiempo que se aceptan las pérdidas ocasionadas por la senectud. Este modelo se compone de tres elementos que interactúan entre sí:

- *Selección*: búsqueda de ámbitos o actividades más reducidas para centrarse en aquellas áreas que resultan prioritarias para el individuo.
- *Optimización*: desarrollo de actitudes para maximizar el rendimiento a través de la práctica y la tecnología, permitiendo el ejercicio de las actividades deseadas.
- *Compensación*: uso de técnicas diseñadas para compensar las pérdidas funcionales.

La aplicación de una optimización selectiva, junto con una fórmula de compensación, tiene como objetivo, en este modelo de envejecimiento, encontrar un equilibrio entre esas pérdidas típicas de la edad y el potencial que aporta la misma.

Desde luego, disfrutar de la jubilación y de la vejez está relacionado con la forma de ser y con opciones concretas, que determinan la manera de ver la vida y a los demás. Ya Kalish (1983) consideraba que la calidad de vida de los mayores se corresponde con una manera de vivir socialmente deseable, con el mantenimiento de las actividades desarrolladas durante la edad adulta (anterior a la vejez), con el sentimiento de satisfacción respecto al estatus social y con el sentimiento de felicidad y satisfacción general con la vida de uno mismo.

Si entendemos el tiempo libre como aquel espacio temporal en el que no es necesario realizar una actividad obligatoria, como puede ser el trabajo o la formación, resulta muy evidente y más que probable que sean las personas mayores las que, en la actualidad, disponen de mayor cantidad de tiempo libre. Sin embargo, disponer de tiempo libre sólo significa que se tiene la posibilidad de hacer algo de forma opcional y no obligada; se trata, por tanto y únicamente, de una potencialidad.

Para muchos jubilados, tener tiempo libre puede resultar un auténtico problema. Al no saber qué hacer para evitar el aburrimiento, una vez que ya no tienen la obligación del trabajo, su única aspiración consiste en llenar el tiempo libre como sea; en entretenerse con cualquier cosa para poder “matar el tiempo”. Hay que llamar la atención sobre la necesidad de no confundir, entonces, el tiempo libre con el ocio, ya que son dos términos bien diferenciados. El tiempo libre adquiere su significación por su oposición al tiempo de trabajo, sin embargo, el ocio no. El ocio se identifica con una actividad gustosa, libremente elegida o decidida, que permite a las personas un continuo avance en su capacidad de vivir y percibir (Cuenca, 2000). La diferencia se establece, entonces, a nivel cualitativo.

Tiempo libre, ocio y ociosidad

Hasta hace bien poco, el trabajo ha ejercido un papel determinista en la conceptualización del ocio, debido a la herencia de las concepciones puritanistas religiosas generadas por la Reforma Luterana. Así, el ocio, tradicionalmente, ha sido entendido como algo contrapuesto al trabajo y dependiente de él. Esta relación ocio-trabajo implica la necesidad de distinguir entre un “tiempo ocupado” y un “tiempo libre”, tiempo este último al que, con frecuencia, se tiende a identificar con el ocio y con la realización de determinadas actividades de tipo lúdico, recreativo o cultural.

En las últimas décadas, sin embargo, el trabajo ha ido perdiendo su hegemonía y ya no es considerado más que como una faceta más de nuestra vida, removiéndose de esta manera todos los cimientos sobre los que descansaban los planteamientos que, heredados de la mística protestante, veníamos teniendo del ocio. En este escenario, el ocio se nos presenta como una componente nueva a tener en cuenta en nuestra organización social y, naturalmente, vital. Al desvincularse trabajo y ocio, la verdadera esencia de este último no es ya el no-trabajo (desaparece la dicotomía *otium/nec-otium*) sino los beneficios y placeres que en sí mismo proporciona al ser humano.

El ocio, por tanto, se encuentra en relación directa con la vivencia personal, no siendo tanto una actividad ni un espacio de tiempo sino más bien un modo de ser y percibir, un estado mental o un ámbito de experiencia humana determinado por la actitud con que se lleva a cabo una acción (Cuenca, 1995); o, si se prefiere, aquel “*estado del alma*” del que nos habla Pieper (1962). Desde planteamientos netamente psicológicos, el ocio ha sido definido también como “*libertad de acción*” (Neulinger, 1974).

Cuando hablamos de “tiempo libre” nos estamos refiriendo a un ámbito temporal lleno de posibilidades. Y constituye, justamente, lo opuesto a “tiempo ocupado”. En cambio, cuando hablamos de ocio nos estamos refiriendo, antes que nada, a un “tiempo liberado”; a un tiempo en el que el acento se sitúa en la cualificación de la actividad, y que puede ser definido como el conjunto de actividades realizadas durante el tiempo libre dirigidas al pleno desarrollo personal (Menchén, 2006). Esta conceptualización del ocio como un fenómeno vivencial y experiencial dirigido al desarrollo personal consigue resaltar la diferencia cualitativa existente entre ocio y tiempo libre.

Así entendida, la experiencia de ocio ha de tener un carácter totalizador e integrador, relacionada principalmente con el sentido de la vida y con los valores personales y transformándose en un encuentro personal que propicia el descubrimiento y desarrollo de las potencialidades de la persona que lo vivencia. Desde esta perspectiva, el ocio forma parte de las necesidades vitales básicas específicamente humanas (Cuenca, 2004). Y se contraponen claramente a la ociosidad que constituiría el abandono hacia el *dolce far niente*, rodeándose de simple diversión, consumismo y evasión.

El ocio verdadero, el ocio que hemos de buscar, ha de constituir, consiguientemente, una experiencia humanista y humanizante tendente a favorecer el desarrollo personal y social para permitir a las personas conseguir el máximo de sí mismas y de su vida. Este Ocio humanista será sin duda el único que nos permita vivir de forma saludable, es decir, con salud, entendida ésta desde un enfoque holístico basado en la interacción entre mente, cuerpo y entorno.

Envejeciendo con creatividad en el país de Ulises

El término “*El adulto Ulises*”, acuñado por John McLeish (1976) para referirse a aquellas personas que continúan buscando nuevas aventuras y oportunidades a pesar de su edad avanzada, es de gran utilidad para definir la nueva perspectiva que la vejez puede y debe incorporar para mantener vivo el potencial de desarrollo y crecimiento que posee esta etapa vital. El prototipo de este tipo de personas se basa en la figura de Ulises, que contaba con la edad de cincuenta años cuando comenzó las aventuras descritas en la *Odisea* y que emprendió su último viaje con casi setenta años. Y la idea que subyace en esta metáfora puede resumirse en que el viaje de Ulises está al alcance de todo el mundo.

Para McGuire, Boyd y Tedrick (1999), un modo de ayudar a los individuos a alcanzar esa forma de vida ideal del país de Ulises es, sin duda, el ocio. La libertad que emana de la vivencia de ocio proporciona el caldo de cultivo necesario para conseguir un desarrollo personal continuado hasta el final de nuestros días. Las expresiones “*estar libre de*” o “*ser libre para*” reflejan claramente las oportunidades de expresión creativa del yo y de realización personal que ofrece el ocio.

En ese viaje de Ulises hacia el envejecimiento, no debemos olvidar un aspecto que, en muchas ocasiones, se presenta fuertemente interrelacionado con el ocio: la creatividad. En este caso, la creatividad no se debe conceptualizar desde la elaboración de productos sino desde los procesos que tienen lugar durante esa elaboración, centrándose, sobre todo, en el discurrir de la vida cotidiana. Todas las personas mayores son capaces de encontrar soluciones más o menos ingeniosas, originales, diferentes o inesperadas a los retos que plantea la vida en su cotidianidad. La resolución de problemas, la variedad en la manera de enfrentarse a cualquier actividad o trabajo, la búsqueda de nuevos retos, de nuevas amistades, la adaptación a nuevas situaciones, o la expresión de uno mismo como ser, son actividades que las personas mayores han de realizar con asiduidad durante su proceso de envejecimiento y que forman parte del ámbito de la creatividad.

Ha de insistirse en la idea de que la creatividad no es un terreno reservado a unos pocos (los “elegidos”: genios y artistas). Todo lo contrario, la creatividad es un terreno universal, en el que las razas, las culturas y las edades no cuentan. Es un terreno específico del ser humano y trascendente para su desarrollo personal y vital. Es un espacio en el que todos los seres humanos pueden traslucir su esencia y su experiencia y en el que debemos integrar, por derecho y necesidad, al anciano.

Un ámbito de la creatividad que puede resultar muy cercano al colectivo de mayores es el artístico. Por todos es sabido que existen artistas (músicos, pintores, escritores) de reconocido prestigio que desarrollan su labor creativa hasta

bien entrada la década de los setenta u ochenta años. Así, por ejemplo: a medida que envejece, las obras de Bach figuran entre las más delicadas y bellas de su catálogo; Monteverdi tenía setenta y cinco años cuando escribió *La coronación de Poppea*; Verdi tenía setenta y seis años cuando escribió la más audaz de sus obras, *Falstaff*; la vejez de Goya constituyó un ascenso hacia la perfección y una constante renovación, y a los setenta y un años de edad pintó los grabados que constituyen el conjunto de la *Tauromaquia*; Rembrandt pintó sus obras maestras pasados sus sesenta años; Picasso, etc. Otros ámbitos como la política o la ciencia también tienen grandes exponentes de “primera” de la etapa de la vejez (piénsese en Churchill, Gandhi o Einstein). No obstante, una vez más, se ha de reiterar que no se trata tanto de buscar la calidad del producto final sino de enfatizar el proceso que ha tenido lugar durante su realización.

Cuando se aúnan creatividad y ocio, las oportunidades de crecimiento personal y vivencia saludable crecen exponencialmente. Esto es debido a que el ambiente se transforma en un ámbito de auténtica libertad para hacer y expresar, y esa libertad es aprovechada para enfocar gustos, habilidades y capacidades. Todo ello incrementa la motivación intrínseca y acaba dotando de sentido a la actividad que se está realizando. A medida que el proceso va avanzando, se retroalimenta y acaba por instituir un sentimiento de autoestima tan arraigado que el resultado es una experiencia óptima de ocio en la que el individuo se siente autorrealizado.

No obstante, curiosamente, esa misma sociedad que libera a las personas de sus obligaciones es la que, también, puede restringir su libertad en el momento de disfrutar del ocio y sus beneficios. La discriminación por razón de la edad cronológica lleva a considerar a los mayores como personas “*demasiado viejas para hacer*” o “*demasiado viejas para estar*”. Estos estereotipos y mitos creados alrededor de la vejez limitan, en muchos casos, las oportunidades que ofrece esta etapa y, entre todos, debemos trabajar para erradicarlos.

La música en las dimensiones del ocio

Música y ocio conforman un binomio perfecto en el que cada uno aporta lo más valioso de sí. Por un lado, se ha insistido mucho en que el gran valor del ocio radica en la posibilidad de apertura que ofrece a la persona, posibilidad que le ha sido negada en el ámbito del trabajo o en unas relaciones sociales embrutecedoras. Por otro lado, la música aporta al ocio todo su potencial lúdico, festivo, creativo y cultural, capaz de generar toda una serie de valores y actitudes que favorecen el desarrollo personal integral del ser humano. Este es, sin duda, el verdadero punto de fusión entre la música y el ocio.

Así, la música puede ser evidenciada en relación al ocio a través de sus cinco dimensiones: lúdica, festiva, creativa, ambiental-ecológica y solidaria (Lorenzo, 2000). Aunque la presentación de sus aspectos más característicos se va a realizar de manera independiente, conviene recordar aquí que no constituyen, en absoluto, compartimentos estancos, estableciéndose entre todas ellas complicados procesos de interrelación.

a) Dimensión lúdica

La música depende de tres impulsos lúdicos (Swanwick, 1991) y el juego, como característica fundamental humana, está unido intrínsecamente a toda obra musical. Estos impulsos lúdicos son:

- *El Dominio*: es lo que Piaget llama *sentimiento de virtuosismo o poder*, y viene dado por el control de materiales sonoros.
- *El Juego Imaginativo*: para Piaget es la *asimilación*. Consiste en establecer relaciones estructurales musicales cuyas reglas y limitaciones son impuestas por el propio individuo.
- *La Imitación*: en términos piagetianos es la *acomodación*. Cuando imitamos nos estamos adaptando al efecto producido por los objetos, personas o hechos, adoptando alguna de sus características.

Nuestra relación con la música, y en general con las artes, puede hacerse de tres modos, de forma que cada uno de ellos tiene su propia orientación entre los elementos del juego. Así es posible hablar de:

- *Creadores* (compositores, improvisadores): como aquellas personas que responden al impulso lúdico del juego imaginativo.
- *Intérpretes* (instrumentistas, cantantes): como aquellas personas que responden al impulso lúdico de la Imitación y del Dominio.
- *Oyentes-participantes* (en la sala de conciertos): como aquellos que responden a la Imitación. Si bailamos o nos dejamos llevar por la música, por ejemplo, la imitación resulta evidente.

La relación juego-música queda establecida, por tanto, en una relación trialectica en la que el dominio será el elemento lúdico que nos oriente hacia los materiales artísticos, la imitación se relacionaría con el carácter expresivo o referencial de la música y el juego imaginativo nos centrará en su estructura.

Desde esta perspectiva, la música como ocio es y debe ser, ante todo, un acontecimiento creador lúdico que nos permita expresarnos, ayudándonos a crearnos y re-crearnos. La experiencia estética de la música se lograría al adivinar sus valores lúdicos convirtiéndola en un juego.

b) Dimensión festiva

La fiesta y el festival son los grandes acontecimientos musicales vitales. La fiesta es esencial en la vida del ser humano y la música forma parte de la misma tal y como se pone de manifiesto en una simple mirada a nuestras tradiciones festivas. En forma de pasacalles, de bailes, de conciertos, manifestaciones todas ellas que expresan la alegría, el contento y el placer de la comunidad, la música está allí siempre presente y constituyendo el elemento aglutinador e integrador del evento.

En todo caso, la música hace más distendido el ambiente, facilitando de esta forma la comunicación social y el encuentro. En este sentido, la danza y el baile surgirán como una necesidad de expresarnos corporalmente, como una necesidad de desarrollar nuestra psicomotricidad y como una excusa para el contacto físico.

Adicionalmente, todo ello deja imborrables huellas en nosotros que pueden ser rememoradas gracias al gran potencial evocador que la música posee.

c) Dimensión creativa

La experiencia musical en su dimensión creativa puede ser abordada desde tres frentes:

- Como fenómeno creativo
- Como fenómeno estético
- Como fenómeno cultural

La música, *como fenómeno creativo*, puede ser abordada desde dos ámbitos diferenciados: el de la creación propiamente dicho (considerada como una aptitud), y el de la creatividad (considerada como una actitud).

Desde la perspectiva de la creación (como una aptitud), crear música y recrearla se convierte en una vivencia y experiencia lúdica caracterizada como un ámbito de libertad de elección y acción (el juego imaginativo del que se hablaba con anterioridad) y, por supuesto, como un ámbito de libertad de expresión personal capaz de ampliar nuestro universo conceptual y afectivo. Además, la creación musical genera sentimientos gratificantes de dominio y competencia, debido a que posee un orden y una predictibilidad característicos, en muchos casos.

Desde la perspectiva creativa, más actitudinal, la música como ocio comporta la experimentación de una serie de valores que acaban creando una actitud, un estilo de vivir la vida que busca satisfacer los sentimientos de autoconocimiento y autorrealización.

La música también posee una *dimensión estética* en la que se ve involucrado el disfrute por los sentidos y de la que deriva un estado especial de actitud, un estado más receptivo que trasciende hacia personalidades más perceptivas y

receptivas. El elemento constitutivo de esta dimensión, “lo bello”, es captado por el individuo tanto a través de la inteligencia como de la sensibilidad y acaba siendo interiorizado y transformado en un valor de primer orden. Como consecuencia, el ser humano buscará lo bello de la vida haciendo su vida bella.

Por otra parte, la música se manifiesta como un *elemento cultural* de primer orden, dado que tradicionalmente, y junto con las demás artes, ha sido considerada un instrumento al servicio del conocimiento y del desarrollo de la sensibilidad estética artística, y, también, porque se erige en representante característico de los rasgos del grupo que la produce. La cultura es el modo de representación de una sociedad y conlleva un estilo de vida, una manera de ser y de sentir; y uno de los parámetros socioculturales de esa sociedad es, sin duda, su música. La música se convierte, por ello, en seña de identidad del ser humano.

d) Dimensión ambiental-ecológica

En el caso de la música, su conceptualización física, como energía contenida en las moléculas de los cuerpos que están en movimiento, hace que forme parte del medio ambiente.

En la actualidad, el ecosistema en que vivimos está viendo alteradas sus condiciones acústicas. La exposición al ruido produce una serie de efectos, por lo general a medio y largo plazo, negativos y nocivos tanto a nivel físico (cefaleas, pérdida progresiva de la audición, aumento del colesterol, aumento del ritmo cardíaco, etc.) y psíquico (agotamiento prematuro, irritación, agresividad, estrés) como social (deficiencias en la comunicación oral, dificultad de realización de ciertas tareas, aislamiento personal). Estos efectos nocivos son tan importantes que, necesariamente, se ha de prestar atención a la calidad de vida que se deriva de un mayor control de los mismos.

Una de las consecuencias más graves que traen consigo las alteraciones de las condiciones acústicas se presenta a nivel comunicativo. Resulta paradójico el hecho de que a pesar de estar en la era de la comunicación, cada vez se da más la incomunicación. En este sentido, en el momento en que se interrumpe el proceso de comunicación, debido a la presencia de algún tipo de contaminación sonora, se pierde la capacidad creativa (Del Campo, 1996), lo que constituye un impedimento para el normal desarrollo del ser humano.

e) Dimensión solidaria

La música también goza de esta dimensión social como vivencia altruista y solidaria de ocio en la que se ven comprometidas las interacciones grupales, comunitarias y sociales. Véase el caso de agrupaciones y sociedades tales como las Sociedades Filarmónicas o Corales, que constituyen claros ejemplos de entornos

sociales cuyos intereses se centran en fomentar la vivencia y la práctica de la música. La participación en este tipo de agrupaciones musicales favorece la integración de las personas en el grupo y en el entorno social, además de proporcionar oportunidades de profundización trascendente en la propia cultura y de acercamiento a otras culturas.

Beneficios de la música

Gracias, sobre todo, a su potencial lúdico y creativo, la música se convierte en un proceso mediante el cual podemos explorar nuestro medio externo (interacción con el medio) e interno (autoconocimiento). Además, y debido a que es un fenómeno estructurado (existe sólo en el tiempo) la música se convierte en una experiencia estructurante de los niveles de significación de la persona. La estructuración y ordenamiento de los sentimientos y conocimientos que nos proporciona hacen de ella una fuente generadora de valores que originan una serie de actitudes tendentes a generar un estilo de vida enfocado a una actitud vital creativa, y capaces de satisfacer nuestros deseos de autoconocimiento y autorrealización. Esa actitud de vida creativa será la que nos permita crecer y desarrollarnos como personas en nuestra doble dimensión individual y social. La música adquiere así un papel relevante en la conformación de la personalidad ya que posibilita la configuración de nuevos valores que serán asimilados de forma creativa y se traducirán en actitudes y pautas de conducta creativas.

Los valores que la música transmite surgen de la relación íntima que el individuo mantiene consigo mismo, con la cultura y con el medio en que se desarrolla, y se transforman y maduran conforme se transforma y madura la experiencia personal y musical.

Pero, ¿cuales pueden ser los valores y actitudes que, como realidades, puede ofrecer la música a las personas en general y a los mayores en particular? Proponemos los siguientes:

- Creatividad
- Libertad
- Gratuidad
- Lo lúdico y lo festivo
- Capacidad de asombro
- Conciencia crítica
- Lo estético (lo bello)
- Expresividad
- Comunicabilidad y sociabilidad
- Trascendencia
- Contemplación
- Ecologismo

Ha quedado bien patente que uno de los grandes beneficios de la música viene dado por su aportación al campo del crecimiento personal y de la autorrea-

lización, a través de los valores y las actitudes creativas que promueve. Sin embargo, y debido a las repercusiones tan importantes y saludables que su aplicación en el colectivo de los mayores puede tener, resultan igualmente significativos toda la serie de efectos beneficiosos que, a partir de la práctica y la vivencia musical, se vienen constatando (algunos desde hace ya mucho tiempo) en los campos de la biología, fisiología, cognición, sociología y espiritualidad.

1. Beneficios Biológicos y Fisiológicos

Hay suficientes evidencias para demostrar que la música produce mejoras en los niveles de:

- Los aminoácidos de ciertas proteínas.
- La presión sanguínea.
- El ritmo cardiaco y pulso.
- El ritmo respiratorio.
- La respuesta galvánica de la piel.
- Las respuestas motoras.
- Las respuestas cerebrales.
- El sistema endocrino.

2. Beneficios Físicos

Sobre todo a través de la danza, es posible:

- Mejorar el tono muscular.
- Mejorar la flexibilidad.
- Mejorar la coordinación y el equilibrio.

La música también mejora la calidad del sueño, resultando más reparador y prolongando su duración.

3. Beneficios Intelectuales

- Ayuda a desarrollar la capacidad de atención sostenida: por la inmediatez, la persistencia y la constante variedad del estímulo musical.
- Estimula la imaginación: ya que posee una capacidad sugeridora y evocadora enorme.

- Estimula la capacidad creadora: si la creatividad supone, sobre todo, fluidez, flexibilidad y originalidad, podemos afirmar que no existe mayor fluidez que la que se deriva de algo que es en un momento para dejar de ser al siguiente (recordemos que la música es el arte del tiempo). Por otro lado, la flexibilidad en la música se da en el hecho de que un cambio imperceptible en el sonido, en el ritmo, en el tempo, en el volumen tonal o en la armonía puede dar como resultado un cambio notable en la obra, en su sonoridad y en su significación. Además, ninguna de las demás bellas artes posee como ella la riqueza inagotable de matices (dinámicos, tímbricos, armónicos, melódicos, formales y lingüísticos) que constituyen la originalidad.
- Ayuda a transformar el pensamiento eminentemente pre-lógico en lógico: debido a que la música da conciencia de tiempo y ello sin apagar su afectividad. En este sentido, la música sería superior a las matemáticas.
- Es una fuente de placer semejante al juego: debido sobre todo a la variación constante y no determinada de sonidos.
- Ayuda a desarrollar la memoria: ya que, de acuerdo con la teoría holográfica de Pribram, el enorme placer de la música parece derivarse del hecho de que ésta puede activar gran cantidad de segmentos de memoria.
- Desarrolla el sentido del orden y del análisis: puesto que la música es una experiencia estructurada que se da en el tiempo.
- Ejercita la inteligencia porque habitúa a seguir el curso de varios razonamientos a la vez.
- Promueve una positiva influencia en la organización de las relaciones espaciales.

4. Beneficios Psicológicos

Todos los beneficios producidos por la música a este nivel se explican por el hecho de que la música -fenómeno estructurado- se puede convertir en una experiencia autoorganizadora de los niveles más profundos del ser humano.

- Favorece la comunicación no verbal y, por tanto, muy íntima.
- Favorece la identificación: ya que la música puede expresar características humanas y de personalidad.
- Favorece la asociación: ya que el hombre relaciona la música con estados anímicos reales y con experiencias pasadas (la música es una potente herramienta evocadora).

- Puede provocar en la mente imágenes cinestésicas que parecen reales: por lo que el oyente experimenta la sensación de ejecutar acciones físicas.
- Favorece la sinestesia: o sensación subjetiva propia de un sentido, determinada por otra sensación que afecta a un sentido diferente.
- Favorece la autoexpresión: su poder de evocar, asociar e integrar es un recurso excepcional de autoexpresión y liberación emocional. Además, la adaptabilidad de la música permitiría muchas maneras de canalizar esa autoexpresión sea ejecutándola o escuchándola.
- Ofrece oportunidades de recibir recompensas y castigos socialmente aceptables.
- Eleva la autoestima: porque hace posibles experiencias de éxito; porque hace sentirse necesario para otros y porque es capaz de elevar la estima de los demás hacia uno.
- Permite revalorizar el propio cuerpo.
- Reduce la ansiedad y el stress.

5. Beneficios Sociales

- Es un agente socializante: ya que posibilita que los individuos tengan experiencias como miembros de un grupo. Además se da el hecho importante de que a través de ese grupo al que pertenece, el individuo es capaz de afirmar su identidad. En este contexto:
 - la música ofrece los medios para expresarse de modo socialmente aceptable ya que ésta proporciona diversas formas de expresar las emociones.
 - la música proporciona la oportunidad de asumir responsabilidades para con uno mismo y para con los demás.
 - la música permite la cooperación y la competición de modos socialmente aceptables.
 - la música hace posible el aprendizaje de habilidades sociales y pautas de conducta realistas aceptables.
- Es un vehículo de comunicación interpersonal y de autoexpresión.

6. Beneficios Espirituales y trascendentales

- Tal vez, ninguna de las otras bellas artes puede sugerir o evocar tan claramente sentimientos religiosos, el sentimiento de lo sublime y de lo tras-

cidental, o el goce espiritual. La música parece que permite hablar a la divinidad o, al menos, acercarse a ella. Es por esto que todas las liturgias han considerado a la música como elemento indispensable del culto (en nuestra cultura, el mejor ejemplo de esta espiritualidad y trascendencia lo encontramos, sin duda, en el canto gregoriano).

Hacia una educación musical para el ocio en la vejez

El principal objetivo de la educación, desde una perspectiva general, es desarrollar los valores y actitudes de las personas y ayudarles a conseguir los conocimientos y habilidades con las que podrán sentirse más seguros, llegar a un pleno disfrute y estar más satisfechos de su vida. Esto implica que la educación no es solamente relevante para la economía y el trabajo, sino que también juega un papel fundamental en el proceso de desarrollo de la persona –en su faceta individual y como integrante de un grupo social– y, en última instancia, en la mejora de su calidad de vida. La educación es, por tanto, un concepto amplio y multidimensional que hace referencia a la totalidad de la persona.

Si educar es preparar para la vida y propiciar el desarrollo personal, es difícil entender que esto sea posible sin asomarse a las vivencias y valores que nos ofrece la experiencia de ocio en cualquiera de sus ámbitos, y más en concreto en el musical. Del mismo modo, es difícil entender que esa educación se lleve a cabo, únicamente, durante un período determinado de la existencia vital (desde el nacimiento hasta la edad adulta), obviando la etapa de la vejez, una etapa tan necesitada de experiencias vitales en las que las personas se reencuentren consigo mismas y con la sociedad en la que viven.

La música, desde la perspectiva del ocio, y debido a su capacidad para generar una actitud vital creativa, es capaz de potenciar y revitalizar las principales facultades humanas, como son: la sensibilidad, la inteligencia, la imaginación creadora, la voluntad, el amor, etc.; facultades éstas que en los ancianos suelen presentarse, con cierta frecuencia, mermadas o en proceso de involución, bien a causa del inevitable deterioro fisiológico o bien –y en muchos casos– debidas simplemente al abandono, la desidia y el aislamiento al que son sometidos estos ancianos por parte de nuestra sociedad. Precisamente por ello, porque significa una integración en la vida, porque puede ejercer un dominio decisivo sobre la persona y sobre sus sentimientos, la música debe ser entendida como un factor cultural indispensable y, consiguientemente, educable.

Esto nos lleva a realizar una propuesta educativa para los mayores, enmarcada en el contexto de la educación integral y que ponga en evidencia la necesidad de entender la música, y el arte y la cultura en general, como algo práctico, vivo, en íntima relación con la vida misma, en la que cobran sentido.

Desde esta perspectiva, es necesario desarrollar para nuestros mayores una forma de pedagogía musical centrada en la persona y para la persona, es decir, una pedagogía que tenga su foco en el desarrollo de habilidades y destrezas musicales como medio para experimentar vivencias personales y grupales gratificantes y enriquecedoras desde el punto de vista de los valores y actitudes que ponen en juego y promueven.

Los objetivos que han de plantearse en una intervención educativa con música para la vejez, son los siguientes:

1. Convertirse en un tiempo liberador (de libertad).
2. Favorecer la expresión y la creatividad de la persona.
3. Potenciar la capacidad de comunicación y el crecimiento de las relaciones humanas.
4. Promover la dimensión lúdica y festiva de la música y del ocio.
5. Potenciar y revitalizar la sensibilidad, la inteligencia y la imaginación.
6. Ofrecer un ámbito de trascendencia del propio ser.
7. Facilitar la dimensión ecológica de la persona.
8. Promover la valoración de las acciones y las actitudes gratuitas.
9. Favorecer la toma de conciencia de los problemas sociales y generar una respuesta activa y comprometida.
10. Posibilitar, en suma, la configuración de una personalidad sensible, a través de la asimilación de ciertos valores.

La vivencia de ocio experimentada a través de la música se favorece, educativamente hablando, con la apertura a los lenguajes lúdico, creativo, festivo, ecológico, socializante y solidario de la propia música. Coordinar una aproximación global a todos estos lenguajes y adaptarlos a las necesidades y capacidades de los mayores constituye el gran reto de la educación del ocio por la música en la vejez.

Preparémonos para realizar el viaje de Ulises acompañados por la música.

Bibliografía

- BALTES, P.B. y BALTES, M.M. (1990): "Selective optimization with compensation", en P.B. Baltes y M.M. Baltes (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, Tomo 11 (311-337). New York: Springer.
- CUENCA, M. (1995): *Temas de pedagogía del ocio*. Bilbao: Universidad de Deusto.

- CUENCA, M. (2000): *Ocio Humanista. Dimensiones y manifestaciones actuales del ocio*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- (2004): *Pedagogía del ocio. Modelos y propuestas*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- DEL CAMPO, P. (1996): “Comunicación y creatividad sonora musical”, en *Revista de Música, Arte y Proceso* n° 3.
- KALISH, R. (1983): *La vejez. Perspectivas sobre el desarrollo humano*. Madrid: Pirámide.
- LORENZO, A. (2000): “La música como vivencia de ocio: un camino hacia el desarrollo personal”, en *Papers*, 6º Congreso Mundial de Ocio. Bilbao: Universidad de Deusto.
- MCLEISH, J. (1976): *The Ulysssean adult: Creativity in middle and later years*. Toronto: McGraw-Hill Ryerson.
- MENCHÉN, F. (2006): “La creatividad en el tiempo libre y ocio”, en S. De la Torre y V. Violant (Coord. y Dir.), *Comprender y evaluar la creatividad* (Vol. 1). Málaga: Aljibe.
- NEULINGER, J. (1974): *The psychology of leisure: research approaches to the study of leisure*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- MCGUIRE, F; BOYD, R. y TEDRICK, R. (1999): *Leisure and Aging: Ulysssean living in later life*. Champaign, IL: Sagamore Publishing.
- PIEPER, J. (1962): *El ocio y la vida intelectual*, Madrid: Rialp.
- SWANWICK, K. (1991): *Música, pensamiento y educación*. Madrid: Morata.
- THAYER GASTON, E. (1971): *Tratado de musicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- TEDRICK, R. y MCGUIRE, F. (2000): “Envejecer en el país de Ulises. Desarrollo humano y Ocio”, en Manuel Cuenca Cabeza (Ed.) (2000), *Ocio y desarrollo humano. Propuestas para el 6º congreso mundial de Ocio*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- WEBER, M. (1984): *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Madrid: Sarpe, Grandes Pensadores.

ENVEJECIMIENTO SALUDABLE, MEDICAMENTOS Y HÁBITOS DE VIDA

Francisco Astiazarán Echevarría
Hospital San Millán de Logroño

Las enfermedades asociadas a la edad son aquellas cuya frecuencia aumenta en la senectud. Especialmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, artritis, cataratas, osteoporosis, diabetes tipo dos, hipertensión y enfermedad de Alzheimer¹. No todos los pacientes ancianos padecen estas enfermedades y se debe a la susceptibilidad genética propia de cada uno de los individuos². De la misma forma que existe una susceptibilidad propia para las distintas especies, para padecer un tipo u otro de enfermedades en la senectud, así, los roedores mas viejos tienen frecuentemente cáncer de riñón pero no presentan enfermedades cardiovasculares o Alzheimer.

Desde la perspectiva de la mesa de la consulta de un neurólogo, envejecimiento y saludable, son dos procesos frecuentemente antagónicos ya que muchas de las enfermedades asociadas a la edad recaen en el campo de la neurología, además, cada vez con mayor frecuencia; se observan problemas de salud

1. Guijarro, J. L. (2007): "Las enfermedades en la ancianidad". (Diseases in old age). En *Anales del sistema sanitario de Navarra*, Vol. 22, Suplemento 1.

2. Hayflick, L. (2004): "The not-so-close relationship between biological aging and age-associated pathologies in humans" . En *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* Junio; 59 (6): B547-50; discussion 551-3.

derivados de la Iatrogenia farmacológica; es decir, efectos adversos derivados de los tratamientos por fármacos³.

Cada vez tratamos más enfermos cuyos problemas derivan de la acumulación de remedios “la Polifarmacia⁴”. No son muchos los pacientes que entiendan que algo tan poco complicado como caminar pueda substituir algo tan sofisticado como aquella pastilla tricolor. Los fármacos, pocas veces curan, pero muchas veces actúan disminuyendo la aceleración de ciertas enfermedades, o bien mitigan las consecuencias de la enfermedad como el dolor o la depresión. Los medicamentos mal utilizados agravan los problemas y es una situación habitual; así, el 10% de los pacientes que acuden a una consulta de neurología presentan reacciones adversas medicamentosas. Las personas mayores son las que se afectan con mayor frecuencia⁵ y hay que señalar que la mayoría de las veces se detecta en estos casos la utilización combinada de medicamentos, lo que hemos denominado “Polifarmacia”.

En ciertos ambientes culturales, especialmente en personas más jóvenes, es frecuente dejarlo todo en manos de los hábitos de vida, en una forma de vivir basada en la sobriedad de las costumbres, con alimentaciones parcias y cultivo del ejercicio físico y si bien previenen enfermedades, no siempre son suficientes para hacer frente a factores genéticos o ambientales que determinan muchas enfermedades. Medicamentos y hábitos de vida no son antagonicos, sino elementos complementarios para la salud.

No obstante, en nuestra sociedad el equilibrio necesario se desajusta por el lado del consumo desahorado de medicamentos, por un lado aparentemente gratuitos, por otro lado enmarcados en un acto médico, que no lo es si no se dispensa. Un medicamento, cuya utilización exige poco esfuerzo, frente a una infrutilización de los recursos basados en los hábitos de vida saludables, que requieren del esfuerzo individual, y que en muchas culturas se enfrentan, además, a la costumbre de celebrarlo todo con pan y vino.

En los llamados países desarrollados los pobres son los más gordos, mientras que en los países pobres, los gordos son los ricos. España es un país rico donde

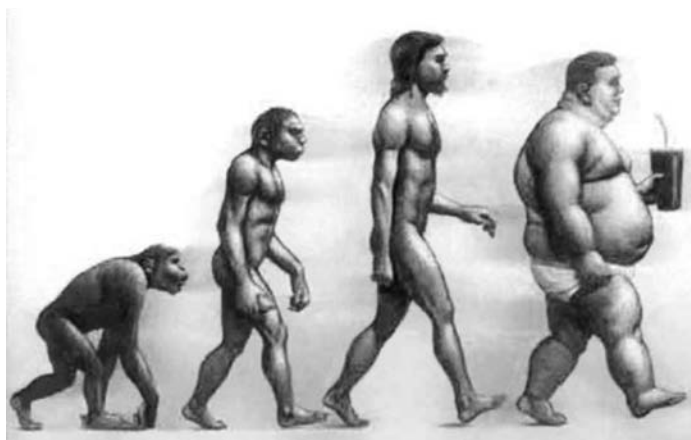
3. O'Mahony, W., Gallagher, P.F (2008): “Inappropriate prescribing in the older population: need for new criteria”. En *Age Ageing*. Marzo; 37 (2): 138-41. MILTON, J. C., HILL-SMITH, S. H., (2008): “Prescribing for older people”. *British medical journal*; Marzo 15; 336 (7644): 606-9.

4. (2005): “El anciano polimedcado. Efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario”. En *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, Vol. 29, N.º. 6, 2005, pags. 152-166.

5. Ortin, A., Castaño, M. J., Otero, J. (2006): “Acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes ambulatorios como motivo de primera consulta en neurología”. *Servicios de 1 Neurología y 2 Farmacia*. Hospital Universitario de Salamanca.

hay muchos gordos, los índices de obesidad en la población infantil son los más elevados de Europa; hemos pasado de ser un país pobre a un país rico con un consumo acelerado en pocos años, donde todavía el peso ancestral del hambre de la postguerra determina aquella conducta de los pobres, del “antes reventar que sobre”; no obstante, son otros los factores, especialmente adaptación al medio, y también culturales, los que determinan dietas hipercalóricas y disminución en consumo energético.

Fig. 1. *Adaptación antropológica al medio y Obesidad*



La iatrogenia en las enfermedades neurológicas/cambios en el estilo de vida para la prevención de enfermedades neurológicas

El objetivo que pretendemos es significar la importante contribución de la Iatrogenia, en los problemas neurológicos de los pacientes los ancianos, y la utilidad de la modificación de los hábitos de vida para mejorar la salud de las personas mayores.

La iatrogenia es muy prevalente en problemas como la confusión, los trastornos del equilibrio y las caídas. La utilidad en la modificación de lo hábitos de vida es muy importante en las llamadas enfermedades cerebro-vasculares o en el insomnio. Todos estos problemas son muy frecuentes en los pacientes ancianos, así como los trastornos de memoria.

En términos generales iatrogenia⁶ se refiere a cualquier reacción adversa dependiente de la aplicación de un tratamiento farmacológico o de otro tipo. Entre las reacciones adversas determinadas por fármacos, existen reacciones que dependen de la propia naturaleza del individuo, poco frecuentes e imprevisibles, y que no podemos controlar; como pueden ser las reacciones alérgicas; sin embargo, hay otras previsible que dependen de una mala utilización de los medicamentos y es a lo que nos referimos cuando hablamos de enfermedades iatrógenas⁷.

La iatrogenia, es mas frecuente en los pacientes ancianos, por distintas razones. Existe un substrato biológico, ya de por si envejecido, que se desequilibra con mas facilidad. El cerebro de las personas mayores va perdiendo peso y las llamadas circunvoluciones cerebrales reducen su tamaño a expensas de un incremento de la profundidad de los surcos que dividen dichas circunvoluciones⁸. Esta situación de involución cerebral, es común a todos los sistemas del organismo.

La “polifarmacia”, es decir, la utilización de varios fármacos combinados de forma simultánea, es muy frecuente en las personas ancianas debido a la multiplicidad de patologías que presentan; por ello es posible la presencia de interacciones entre los distintos fármacos administrados simultáneamente, y es previsible la presencia de efectos iatrógenos derivados de estas interacciones. La posibilidad de interacción se multiplica en función del número de fármacos que se utilizan; así, cuando se utilizan dos fármacos combinados, el riesgo de interacción es de un 6%, pero el riesgo aumenta al 50% si se utilizan cinco fármacos, alcanzando el 100% si se utilizan ocho fármacos⁹. Evidentemente también hay efectos adversos derivados de la mala administración de un solo medicamento.

También contribuye a la iatrogenia, la dificultad para cumplir con las prescripciones de medicamentos, debido a las dificultades operativas que resultan de tomar quince o veinte tomas de pastillas al día, o programas posológicos de administración complejos, como ir aumentando fármacos de forma progresiva mientras se retiran otros también de forma progresiva; limitaciones visuales que impiden una adecuada identificación de los fármacos, o limitaciones de memoria incrementados por la administración de fármacos psicotrópos. Es raro el pa-

6. Musto, D. F., Bull, N. Y. (1985): “Iatrogenic addiction: the problem, its definition and history”. En *Acad Med.* Octubre; 61(8): 694-705.

7. WEBSTERS DICTIONARY (01 Marzo 1998).

8. Bozzali, M., Cercignani, M., Caltignone, T. (2008): “Brain volumetrics to investigate aging and the principal forms of degenerative cognitive decline: a brief review”. En *Magnetic resonance imaging*. C. Neuroimaging Laboratory, Santa Lucia Foundation, IRCSS, 00179.

9. Eldesoky, E. S. (2007): “Pharmacokinetic-pharmacodynamic crisis in the elderly”. En *American journal of art therapy*. Septiembre-Octubre; 14 (5): 488-98.

ciente anciano que no tome un medicamento ansiolítico, antidepresivo o hipnótico, muchos de los cuales empeoran la memoria ya de por sí limitada¹⁰.

Otros cambios biológicos ligados a la edad, están relacionados con la farmacocinética¹¹, los procesos de absorción, distribución, metabolización y eliminación de los fármacos. Durante el proceso de distribución, los fármacos en sangre se unen a las proteínas en mayor o menor medida. La fracción no unida a las proteínas, la llamada fracción libre, es la que ejerce el efecto medicamentoso. Teniendo en cuenta la disminución de las proteínas en los pacientes ancianos, la fracción libre es mayor lo que incrementa la posibilidad de la producción de efectos medicamentosos y también tóxicos.

Los medicamentos, tras ejercer su acción, sufren distintos cambios en el hígado, proceso conocido como metabolización. Para que puedan ser eliminados por el aparato digestivo o por el riñón, uno de los problemas, sino el mayor, para la producción de efectos iatrogénicos, es la metabolización simultánea de varios fármacos en el hígado donde compiten entre sí para su eliminación, o bien unos promueven la eliminación de otros, los fármacos pueden también competir en los llamados órganos efectores, allí donde actúan, y los efectos de unos pueden ser inhibidos por otros.

Los fármacos una vez metabolizados por el hígado y convertidos en sustancias inertes se eliminan por vía digestiva o por el riñón. Hay algunos que se eliminan fundamentalmente por el riñón, y en los que la participación del hígado es menor o incluso nula; situación que hay que valorar en pacientes con enfermedad renal o también en ancianos que por el envejecimiento presentan una disminución en el funcionalismo renal, que puede quedar claramente comprometido por algún desencadenante, como deshidratación, insuficiencia cardíaca o utilización de fármacos analgésicos. Situaciones que no son por supuesto ajenas a los pacientes ancianos. De esa forma, la insuficiente eliminación de estos fármacos originará los efectos tóxicos correspondientes.

10. Kito, S., Koga, J. (2006): "Visual hallucinations and amnesia associated with zolpidem triggered by fluvoxamine: a possible interaction". En *International psychogeriatrics*. Diciembre; 18(4):749-51. Joss, J. D., Burton, R. M., Keller, C. A. (2003): "Memory loss in a patient treated with fluoxetine". En *The Annals of pharmacotherapy*. Diciembre; 37 (12): 1800-3.

11. Gavilán Moral, E., Morales Suarez-Varela, M.T., Hoyos Estebán, J.A., Pérez Suanes, A. M. (2006): "Polimedicación y prescripción inadecuada de fármacos en pacientes ancianos: ¿hacemos lo que podemos?". En *Atención Primaria*; 38: 480-482.

La confusión es un indicador frecuente de iatrogenia en los pacientes ancianos

Desde un punto de vista médico, se entiende como confusión una entidad clínica en la que existe una pérdida de atención, con una menor reactividad, dificultades en la comunicación y alteraciones en el ritmo de vigilia-sueño. La confusión es un indicador común de iatrogenia en los pacientes ancianos y tiene que ver frecuentemente con los llamados efectos anticolinérgicos provocados por muchos de los fármacos que se utilizan. La más frecuente de las demencias de los pacientes ancianos, la llamada enfermedad de Alzheimer, origina alteración de las llamadas funciones cognitivas, memoria, lenguaje, orientación, etc., y se produce por la pérdida de función de las llamadas neuronas colinérgicas, por lo que es fácil entender que los fármacos que antagonizan las neuronas colinérgicas, puedan empeorar las funciones cognitivas¹².

MEDICACIONES ASOCIADAS CON CONFUSIÓN EN LAS PERSONAS ANCIANAS	
Analgésicos (narcóticos y *no nicorcóticos)	Fármacos psicotrópicos
Antihistamínicos*	Ansiolíticos**
Antihipertensivos	Antidepresivos**
Antimicrobianos	Antipsicóticos***
Fármacos antiparkinsonianos*	Hipnóticos
Fármacos para las enfermedades cardiovasculares.	Miscelánea
Hipoglucemiantes	Cimetidina
	Corticodes
	Xantinas

*Acción anticolinérgica leve

** Acción anticolinérgica moderada

*** Acción anticolinérgica importante

Las situaciones clínicas llamadas de confusión, atribuibles a iatrogenia farmacológica, tienen que ver especialmente con el consumo de fármacos psicotrópicos; antidepresivos, antipsicóticos, tranquilizantes y analgésicos narcóticos,

12. Geula, C., Naggyagkery, N., Nicholas, A. (2008): "Cholinergic Neuronal and Axonal Abnormalities Are Present Early in Aging and in Alzheimer Disease". En *Journal of neuropathology and experimental neurology*. Abril; 67(4):309-318.

muchas veces por sus efectos anticolinérgicos. También hay que tener en cuenta otros fármacos utilizados para la incontinencia urinaria o para el tratamiento de enfermedades alérgicas con efectos anticolinérgicos.

En general suele existir una sumación de fármacos, con la consiguiente sumación de efectos farmacológicos, la posibilidad de interacciones medicamentosas, dificultades para la eliminación de los fármacos y, además, se trata de pacientes que trabajan con disminución de su reserva cerebral.

Otro trastorno habitual en las consultas de neurología son los problemas del equilibrio que conllevan la posibilidad de caídas. Muchas veces son “el principio del fin” de los pacientes ancianos y suele ser debido a la utilización de fármacos cuyo uso continuado bloquea las neuronas que utilizan dopamina y que son necesarias para el funcionamiento de algunas estructuras del cerebro denominadas ganglios basales y que están implicados en el mantenimiento del equilibrio. La enfermedad de Parkinson se caracteriza por la disminución de la dopamina; de ahí que a los fármacos que bloquean las neuronas que utilizan dopamina, se les llame fármacos parkinsonizantes¹³.

Un ejemplo muy ilustrativo es el de los pacientes ancianos que acuden al médico por la presencia de sintomatología de mareo continuo, y que refieren no encontrarse seguros cuando caminan, y que si en ocasiones tiene que ver con problemas vertiginosos, es más frecuente que dependa de lo que se ha dado en llamar presbilibrío, término prestado de la presbicia o la presbiacusia, y que depende de una disminución en el rendimiento de los pilares que sustentan el equilibrio, la vista, la perfusión cerebral y el aparato locomotor. Situación que es fisiológica y que no tiene categoría de enfermedad, pero que se trata como tal, frecuentemente con fármacos diseñados para el vértigo, la ansiedad o el riego, y que frecuentemente esconden fármacos con efectos parkinsonizantes. Agravándose el desequilibrio, se origina, una nueva consulta al médico que agrava el problema aumentando la dosis del fármaco. Es un paradigma iatrógeno en el que un mareo se convierte en un Parkinson.

Otro paradigma iatrógeno es el de enfermos, frecuentemente mujeres, y de todas las edades, en el que se presentan episodios esporádicos de Migraña y que poco a poco se van haciendo mas frecuentes, por lo que el consumo de analgésicos es cada vez mayor. Con un substrato depresivo frecuente las pacientes toman analgésicos de forma continua, a veces por causas ajenas al dolor como “despejar la cabeza”, “sentirse mejor”. Aunque es difícil trasladar la información de que el remedio está en la supresión del remedio, los resultados suelen ser buenos al disminuir el consumo de analgésicos. Como explicación, se supone que el consumo continuo de analgésicos disminuye la eficacia de las vías que controlan el dolor.

13. Van Jarpen, J.A. (2002): “Drug-induced parkinsonism”. En *The neurologist* Nov;8(6):363-70.

Modificaciones en estilo de vida para la prevención de las enfermedades cardiovasculares

El factor de riesgo más importante para sufrir enfermedades cardiovasculares es la edad, por lo que si vivimos lo suficiente, casi todos estamos abocados a padecerlas; sin embargo, existen otros factores de riesgo que se pueden modificar y que pueden retrasar la aparición de estas enfermedades. El uso de los fármacos de forma adecuada y la modificación en el estilo de vida, tienen, en ambos casos, un valor incuestionable para modificar estos factores de riesgo; sin embargo, razones de delegación de nuestras responsabilidades en agentes externos, alguien o algo que nos solucione los problemas de forma inmediata, y razones económicas de las grandes compañías farmacéuticas, propician una mayor inclinación por la utilización de los fármacos.

Pese a ello, para el control de la hipertensión arterial, que es el factor de riesgo más importante para el control de las llamadas enfermedades cardiovasculares, y estas son la causa de mortalidad más frecuente en los países económicamente avanzados, así como en los países emergentes (en el resto del mundo las causas más frecuentes de mortalidad siguen siendo el hambre y la miseria), hay estadísticas que señalan que los fármacos son capaces de rebajar las cifras de tensión arterial algo menos de dos puntos, mientras que la combinación de la modificación del estilo de vida, con control en la dieta, abstención de alcohol, realización de ejercicio, etc., más la utilización de fármacos, disminuye las cifras de tensión casi cuatro puntos¹⁴.

La aterosclerosis, por depósito de colesterol en las arterias sobre el que se depositan agregados de plaquetas que obstruyen las arterias, es un factor común denominador en el infarto cerebral, en el infarto de miocardio y también de las arteriopatías periféricas que originan claudicación intermitente de la marcha. Las tres situaciones comparten los factores de riesgo para la arterioesclerosis y afectan a los pacientes de forma que se combinan. Sirva como ejemplo que la causa más frecuente del fallecimiento de una persona que ha tenido un infarto cerebral, y a largo plazo, es el infarto de miocardio¹⁵.

Existen una serie de factores de riesgo no modificable para la aterosclerosis que incluyen la edad como el factor más relevante, además el sexo, el bajo peso al nacer, raza/etnia, y los factores genéticos. Y existen otra serie de factores modifica-

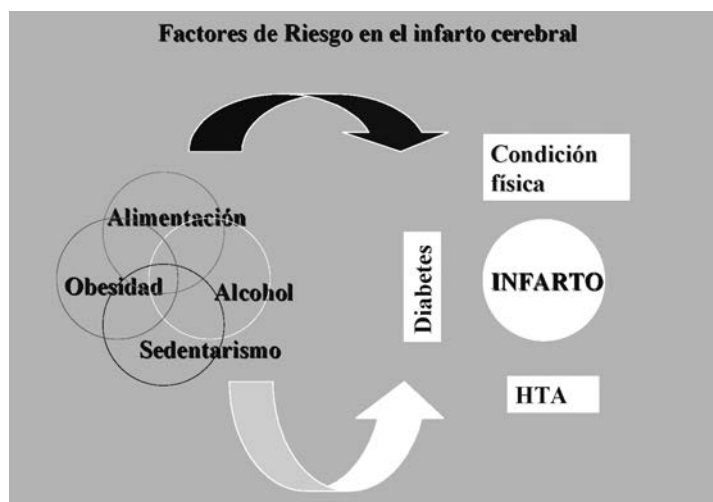
14. Coca, A., Dalfó, A., Estmajer, Listerri, J. L., Ordoñez, J., Gomis, R., Martín-Zurro, A. (2006): "Treatment and control of cardiovascular risk in primary care in Spain". *Medicina Clínica*. Feb 18;126(6):201-5.

15. Doonan, A. L., Karsr, J., Carrigan, T. P., Bavry, A. A., Begelman, S. M., Ellis, S. G., Yadav, J., Bhahaat. (2007): "Presence of carotid and peripheral arterial disease in patients with left main disease". *The American journal of cardiology*. Oct 1;100(7):1087-9. Epub 2007 Jul 18.

bles que incluyen la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia como la inactividad física, la mala alimentación, la obesidad y la distribución de la grasa corporal, la exposición al humo del cigarrillo y el abuso del alcohol, la inflamación y la infección.

Los factores modificables (Fig. 2): ejercicio físico, nutrición, consumo de alcohol y tabaco, interactúan entre sí, de forma que una persona sedentaria que consume calorías en exceso derivadas de la dieta y el alcohol, es fácil que sea obesa. Y es más fácil que una persona obesa sea sedentaria por la limitación de sus capacidades físicas; a la inversa, el sedentarismo propicia la obesidad. Alcohol y tabaco limitan la actividad física y, por el contrario, la actividad física promovería la disminución del consumo de estas sustancias nocivas. En fin, una serie de factores de riesgo en forma de círculos viciosos interactuando entre sí y que empeoran, por otro lado, otros factores de riesgo como hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, y que si bien de forma aislada, contribuyen a la aterogénesis y al infarto, cuando se van añadiendo uno a otro, son factores de riesgo que no se suman sino que se multiplican.

Fig. 2. Factores de riesgo vascular modificables en las enfermedades cardiovasculares



En general, son engañosos los reclamos publicitarios que proponen disminuir el colesterol en función del consumo de un único producto, o las dietas milagrosas que permiten adelgazar rápidamente. Los remedios no son universales para todo el mundo y por otro lado sirve de bien poco realizar un tipo de dieta durante un tiempo y olvidarse posteriormente. Se trata de adoptar una actitud persistente si bien flexible para poder mantenerla.

En términos generales se trata de controlar el sobrepeso evitando el consumo de dietas con exceso de calorías, bien por un aumento en la cantidad, o bien por el consumo de alimentos ricos en calorías; por ejemplo, los hidratos de carbono refinados y grasas que contienen las pastas o la bollería. Controlar el consumo excesivo de sal que implica un mayor riesgo de patología cardiovascular a través del incremento de la tensión arterial, y que lógicamente se origina por el consumo excesivo de alimentos salados o bien por el consumo de platos precocinados. Controlar el consumo de grasas saturadas, presentes en la grasa de las carnes, embutidos y otros productos grasos utilizados en la fabricación de pastelería o bollería, que incrementan el riesgo de enfermedad cardiovascular a través del aumento de las lipoproteínas de baja densidad, el llamado “colesterol malo”¹⁶, indispensable para la formación de las placas de ateroma que obstruyen las arterias.

Por el contrario existen alimentos cuyo consumo convendría promover. Así, hay estudios bien documentados que señalan que un incremento en el consumo de frutas y vegetales, disminuye el riesgo de infarto cerebral. Existe una relación directa, de forma que cada pieza de fruta o plato vegetal consumido disminuye el riesgo de infarto cerebral¹⁷ en un 6%. La evidencia también pone de manifiesto que un incremento en el consumo de potasio a través de la disminución de la tensión arterial (frutos secos y frutas) disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular¹⁸.

Mucho se ha escrito, especialmente en la comunidad de La Rioja, respecto a las bondades del vino ¡qué gran producto gastronómico! Ahora bien, independientemente del fermentado o destilado, existe una gráfica que tiene curva de jota que indica que aquellos que están en la concavidad de la “J”, tienen un riesgo de enfermedad vascular mayor que los que están en el palo corto de la jota; y el riesgo es semejante en la línea transversal que une el inicio del palo corto con el palo largo. A partir de ahí el riesgo de enfermedad cardiovascular se dispara.

16. Sharma, S.V., Busch, J. A., Lorino, A. J., Knoblauch, M., Abuamer, D., Blog, G., Bertman, D. (2008): “Diet and cardiovascular risk in University Marching Band, Dance Team and Cheer Squad Members: a cross-sectional study”. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*. Apr 18;5(1):9.

17. Tobias, T. M., Turley, J., Stefanogiannis, N., Vander Hoorn, S., Lawes, C., Mhuruchu, C.N., Rodgers, A. (2006): “Vegetable and fruit intake and mortality from chronic disease in New Zealand”. *Australian and New Zealand journal of public health*. Feb;30(1):26-31.

18. Burgess, E., Lewanczuk, R., Bolli, P., Choockalingam, A., Cutler, H., Taylor, G., Hamet, P. (1999): “Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 6. Recommendations on potassium, magnesium and calcium”. *Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada*. CMAJ. May 4;160 (9 Suppl): S35-45.

La actividad física regular proporciona beneficios para la reducción del riesgo de muerte prematura y las enfermedades cardiovasculares. Algunos estudios han demostrado una asociación inversa entre una buena condición física y los accidentes cerebrovasculares. Parece que la cantidad y la intensidad de ejercicio no son muy relevantes, aunque debe mantenerse de forma constante; son suficientes treinta minutos de ejercicio de intensidad moderada al día, pues el exceso en la intensidad y prolongación del ejercicio puede tener efectos contrarios a los deseados. El beneficio se relaciona con la disminución de la tensión arterial, el mejor control de la diabetes, la disminución del peso corporal, el aumento de las lipoproteínas de alta densidad, el llamado “colesterol bueno”, así como la disminución de factores que inducen la coagulación de la sangre¹⁹.

Respecto al hábito de fumar cigarrillos, prácticamente todos los estudios de valoración multivariante de los factores de riesgo del accidente cerebrovascular; Framingham 5 Cardiovascular Health Study 94, y el Honolulu Heart Study 95, han determinado el hábito de fumar cigarrillos como un potente factor de riesgo, multiplicándose por dos la incidencia de accidente cerebrovascular isquémico; así mismo, fumar se ha asociado claramente con un riesgo dos a cuatro veces mayor de accidente cerebrovascular hemorrágico. Por otro lado, hay una creciente aceptación de que la exposición al humo de tabaco ambiental (fumadores pasivos), es un factor de riesgo para el infarto cerebral²⁰ y el de miocardio, debido a la dosis de exposición al humo de tabaco ambiental que es, no obstante, sustancialmente menor que el de los fumadores activos. El riesgo parece depender de la magnitud de exposición en función de un umbral determinado.

El tabaquismo contribuye a la génesis de enfermedades cardiovasculares; a través de efectos sobre el riesgo de generación de trombos, por el aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial media, y la disminución de la elasticidad arterial²¹; por el contrario, el abandono del hábito de fumar se asocia con una rápida reducción en el riesgo de accidente cerebrovascular²².

19. Hewitt, J.A., Whyte, G. P., Moreton, M., Van Someren, Levine, T.S. (2008): “The effects of a graduated aerobic exercise programme on cardiovascular disease risk factors in the NHS workplace: a randomised controlled trial”. *J Occup Med Toxicol.* 28; 3:7.

20. García Núñez, C., Molto-Jorda, J. M., Matías-Guiu, J. (2007): “Passive smoking as a cerebrovascular risk factor”. *Revista de Neurología.* Nov; 16-30; 45 (10): 577-81. Spanish.

21. Fernández-Escribano J., Suárez Fernández C., Saez Vaquero L., Blanco, R., F., Alonso L., Rodríguez Salvanés, E., Gabriel Sánchez J., Vega Quiroga, S. (2007): “Relationship between pulse pressure and clinical cardiovascular damage in elderly subjects of EPICARDIAN study”. *Revista Clínica Española.* Jun; 207(6): 284-9.

22. Ramón, J. M. (2003): “Smoking and coronary disease: smoking cessation is the best drug”. *Revista Española de Cardiología.* May; 56 (5): 436-7.

Tradicionalmente las anomalías en el peso se determinan por el índice de masa corporal IMC que se calcula dividiendo el peso en kilogramos, por el cuadrado de la altura en metros. Las personas con un IMC de 25 a 29,9 se clasifican como sobrepeso y aquellos con un IMC de 30 se clasifican como obesos. La obesidad abdominal se define por una circunferencia de la cintura > 102 cm. en los hombres y 88 cm. en las mujeres. Existe un incremento cada vez mas acusado de obesidad, observándose una clara relación entre la obesidad y enfermedades cardiovasculares, y más específicamente con la obesidad abdominal, ya que en el índice de masa corporal intervienen otros factores, como la morfología corporal. La disminución del peso se relaciona con una disminución en las cifras de tensión arterial, tanto sistólica como diastólica, reducción de la tensión que disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular²³.

El Síndrome Metabólico²⁴ está constituido por una constelación de factores que implican riesgo para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, y está claramente relacionado con el envejecimiento. Se define por la presencia de tres o más de las siguientes condiciones: obesidad y obesidad abdominal, aumento de triglicéridos por encima de 150mg/dl y disminución del colesterol HDL por debajo de 40 mg/dl., aumento de la tensión arterial por encima de 130/85mm de Hg., glucemia en ayunas mayor de 110 mg/dl y aumento de insulina en ayunas con unos valores situados por encima del 75% de los valores de las personas no diabéticas.

La obesidad es uno de los componentes del síndrome metabólico y está relacionado con los factores más importantes de riesgo vascular, como diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia. La obesidad abdominal es también característica del síndrome metabólico y la destrucción de esta grasa abdominal aumenta la cantidad de insulina en ayunas y estimula los llamados mediadores de la inflamación que juegan un papel muy importante en la dislipemia y en la hipertensión; los mediadores de la inflamación traducen la presencia en sangre de un indicador de inflamación la PCR (proteína C reactiva) que suele estar en los hallazgos analíticos de los pacientes con factores de riesgo vascular²⁵; sin embargo, no es un indicador muy específico ya que puede asociarse también a diversos fenómenos inflamatorios.

23. Redon, J., Lurbe, T. (2007): "Obesity and hypertension" *Medicina Clinica Barcelona*. Nov; 10; 129 (17): 655-7.

24. Tuomiletho, J. (2005): "Cardiovascular risk: prevention and treatment of the metabolic syndrome. Diabetees". *Research Clinical Practice* ; 68 Suppl 2.S28-35.

25. Rodilla, E., Costa, J. A., Mares, S., Mirallesa, S., Gozáles, C., Sánchez, C., Pascual, J. M. (2006): "Impact of metabolic syndrome on CRP levels" *Revista Clínica Española*. 2006 Sep; (8): 363-8.

Pérdida de memoria

El rendimiento de la memoria, es una queja frecuente en las conversaciones cotidianas de las personas mayores, es un problema cada vez mas frecuente en las consultas de medicina y especialmente en las de neurología.

La disminución de la memoria obedece, a veces, al envejecimiento normal; es decir a una situación fisiológica que progresa muy lentamente a partir de la quinta o sexta décadas de la vida y que en cualquier caso permite satisfacer las necesidades personales o sociales; otras veces ocurre como consecuencia de cambios patológicos que se desarrollan con mayor rapidez: Uno de menor envergadura es el llamado deterioro cognitivo leve²⁶, que se refiere a una situación en la que existe un trastorno de memoria para los acontecimientos recientes, más importante que en el envejecimiento normal, y en el que si se valora la memoria con las pruebas normativas existentes, se aprecia una disminución del rendimiento. Uno de mayor envergadura es la demencia, en la que la pérdida objetiva de memoria se acompaña de la alteración de otras funciones cognitivas como el lenguaje, la orientación visuoespacial, la abstracción mental y otras no propiamente cognitivas como el desinterés o los trastornos del humor.

Muchas veces no es fácil diferenciar el envejecimiento fisiológico, del deterioro cognitivo leve, o este de la demencia; en general, los pacientes con demencia no son conscientes de sus trastorno de memoria, y así se utiliza en el diagnóstico neurológico como un elemento de refuerzo diagnóstico de demencia, el que sean los familiares los que se dan cuenta y fuercen al paciente a acudir a una consulta médica; por el contrario, tanto en el deterioro cognitivo leve como en el envejecimiento normal, los pacientes son conscientes de su problema de memoria y acuden al médico por propia iniciativa.

Otra alteración que frecuentemente origina alteración de la memoria, es la depresión²⁷, y si anteriormente de forma tajante se separaban los pacientes dementes de los pacientes depresivos, acuñándose el término de pseudodemencia depresiva, hoy es una evidencia que la depresión suele ser frecuentemente uno de los síntomas de inicio de muchas demencias, y esto se considera especialmente si no hay evidencia de depresión en periodos mas tempranos de la vida.

26. Karen Bell, M.D. (2007): "Mild cognitive impairment". En BRUST J., *Current Diagnosis and Treatment*, McGrawhill, New York Chapter 9 pag 84.

27. González, J., Galdames, D., Oporto, S. (2007): "Perfiles diagnósticos y epidemiológicos en una Unidad de Memoria". En *Centro de Trastornos de la Memoria*, Departamento de Neurología. Universidad Católica Pontificia de Chile. Hospital San Luis de Buin. Universidad Católica de Chile.

¿Cuál es el tratamiento del síndrome amnésico? En primer lugar, diferenciar los procesos. Si el paciente presenta una depresión habrá que tratar esta y en muchos casos mejora el problema de memoria.

Y si el paciente tiene un trastorno de memoria, bien por envejecimiento, bien por deterioro cognitivo leve o bien por una demencia, ¿cual puede ser el tratamiento? Debemos de hablar mas bien de prevención que de tratamiento ya que las neuronas no se regeneran, pero si se estimulan suficientemente, pueden establecer circuitos neuronales asociaciones con otras neuronas, redes neuronales mas densas; un fenómeno llamado plasticidad neuronal²⁸ que refuerza la capacidad para ejercer una función, debido a su conexión con otras neuronas que contribuyen a ese tipo de función. Es más fácil recordar el contenido de una película si nos situamos en el lugar en que la vimos, con quien la vimos, las escenas visuales, el hilo argumental, las frases mas relevantes, etc, elementos que tienen que ver con el funcionamiento de distintas zonas del cerebro.

Según esta teoría, se puede conseguir una mayor reserva neuronal que permite posteriormente, y aunque haya habido una pérdida neuronal, con una menor cantidad de neuronas pero con mayor número de conexiones, tener una mayor capacidad funcional. El entrenamiento neuronal no prevendría la enfermedad de Alzheimer, pero originaría una mayor reserva neuronal para hacer frente a la disminución de neuronas del llamado sistema colinérgico que es propio de la enfermedad de Alzheimer; la más frecuente de las demencias.

¿Existen otras medidas para prevenir la enfermedad de Alzheimer? Hay factores poco modificables como la genética, la edad, sexo, etc., y otros modificables en mayor medida que son fundamentalmente los que hemos llamado factores de riesgo vascular²⁹: hipertensión, diabetes, sedentarismo. Y una vez más, hay que referir que hasta hace pocos años se separaban de una forma bien definida las demencias originadas por problemas vasculares, de las llamadas demencias degenerativas como la enfermedad de Alzheimer. Lo que no existen son pastillas para prevenir la demencia propiamente.

Se pueden entrenar todo tipo de funciones cognitivas³⁰, memoria, lenguaje de una forma llamada explícita, en que el proceso de aprendizaje se basa en recibir la información con la mente atenta, en almacenar la información compa-

28. Morgado, I. (2005): "Psicobiología del aprendizaje y la memoria". *Revista de Neurología*; 40 (5): 289-297.

29. Patterson, C., feightner, W., García, A., Hsiung, G. Y., Mc Knight, C., Sadovnick, A. D. (2008): "Diagnosis and treatment of dementia" 1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease". *Canadian Medical Association journal* Feb 26;178(5):548-56.

30. Acevedo, A., Loewenstein, D. A. (2007): "Nonpharmacological cognitive interventions in aging and dementia". *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. Dec;20(4):239-49.

rándola con otras. Por ejemplo, cuando almacenamos la palabra león, la almacenamos en el reino animal y, dentro de los animales, la almacenamos entre los salvajes junto al tigre y al leopardo; posteriormente consolidamos la información recibida. Probablemente relacionemos león con circo y con miedo y posteriormente existe el proceso de recuperación de lo que hemos almacenado.

Sin embargo, en el deterioro cognitivo leve, afectación exclusiva de la memoria o en la demencia con afectación de la memoria y otras funciones cognitivas, fallan en menor o mayor medida la atención, el almacenamiento, la consolidación del recuerdo y la recuperación del recuerdo. En ciertos estadios no se puede aprender de una forma explícita en que el recuerdo se produce mediante un esfuerzo consciente y deliberado. No obstante, mediante la memoria implícita en la que un estímulo provoca una respuesta inconsciente, determina que a base de repetirla, esta pueda aprenderse en un nivel más primario que el consciente. Si repetimos la acción de forma automática, podemos orinar ante un wc, coger una cuchara ante un plato de sopa, o limpiarnos los dientes si vemos el cepillo adecuado.

Existen por lo tanto programas de aprendizaje explícito para crear más memoria, útiles sobre todo para tener mayor reserva neuronal ante la demencia, y en menor medida para mejorarla; y programas de aprendizaje implícito para mejorar las funciones cuando ya existe un problema de memoria importante³¹.

Existen programas de psicoestimulación integral, con técnicas de activación de memoria explícita e implícita, terapias de motivación y autoestima, y que no han demostrado la mayoría de las veces que puedan retrasar el deterioro cognitivo; no obstante, sí se mejoran la adaptación a las necesidades de la vida diaria.

En un intento de mejora farmacológica³² se han diseñado por la industria y se vienen utilizando en las consultas de medicina distintos fármacos antidecencia, especialmente, los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa que impiden la metabolización de la Acetilcolina, neurotransmisor del sistema colinérgico. Habiéndose señalado que en la enfermedad de Alzheimer existe una degeneración de las neuronas colinérgicas, la expectativa generada no se traduce en el día a día de los pacientes dementes y los estudios estadísticos para valorar el beneficio sólo han podido demostrar una leve mejoría de las capacidades cognitivas en los primeros estadios de la enfermedad de Alzheimer,

31. Morgado, I. (2005): "The psychobiology of learning and memory: fundamentals and recent advances". *Revista de Neurología*. Mar 1-15;40(5):289-97.

32. Gil-Néciga, E., Gobartt, A. L. (2008): "Patrón de tratamiento de la enfermedad de Alzheimer con inhibidores colinesterásicos". *Revista de Neurología*. Apr 16-30;46(8):461-4.

aunque no se ha demostrado que la mejoría sea persistente mas allá de seis meses. La memantina tiene un mecanismo de acción distinto, inhibiendo la acción de aminoácidos excitotóxicos en el interior de las neuronas, observándose una ligera mejoría de la función cognitiva en los estadios moderado y grave de la enfermedad.

No obstante, si se puede observar tanto con los inhibidores de acetilcolinesterasa como con memantina, una mejoría de los aspectos conductuales de la enfermedad, la apatía, el desinterés en los primeros estadios de la enfermedad y la agitación, agresividad o conductas de hiperactividad motora en estadios mas avanzados.

Insomnio

El insomnio es uno de los síntomas mas prevalentes entre los ancianos³³. Desde los años sesenta se utilizan las llamadas benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio y de la ansiedad. Distintos diseños farmacológicos, las estrategias comerciales y el boca a boca, han determinado una mayor popularidad de unas benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio y otras para el tratamiento de la ansiedad. Teniendo en cuenta que todas las benzodiazepinas comparten el mismo mecanismo de acción, es de suponer que una sola podría mejorar ambos síntomas, ansiedad e insomnio; sin embargo, por las razones expuestas anteriormente no es infrecuente que un anciano tome dos benzodiazepinas, con el consiguiente incremento de los efectos adversos iatrógenos.

El insomnio³⁴ se define como un trastorno caracterizado por la dificultad en la capacidad de iniciar o mantener el sueño; además, para hablar de insomnio, la pérdida de sueño nocturno debe de repercutir en las actividades diurnas, de forma que hay personas que cubren sus necesidades durmiendo unas pocas horas. El insomnio tiene distintas causas. Puede ocurrir como un trastorno primario sin causa aparente, como el insomnio psicofisiológico; o bien puede ser secundario, asociado a diversos trastornos psiquiátricos, especialmente la depresión, o asociado a una enfermedad médica que produce dolor o inmovilidad. O por otras circunstancias, como la utilización o la retirada de drogas de recreo, el consumo de alcohol, el síndrome de la apnea obstructiva del sueño. El insomnio derivado del aumento del sueño diurno, bien por fármacos, por siestas prolon-

33. Amatéis, C., Biila, C. (2007) "Insomnia in the elderly". *Reviste medicale suisse* Nov 7; 3 (132): 2537-8, 2540-1.

34. Remmes, A. H. (2007): "Sleep disorders" Abbreviated clasificariion of major sleep disorders". En Brust J., *Current Diagnosis and Treatment*, McGrawhill, New York.

gadas, por las llamadas parasomnias, como los trastornos de conducta en el llamado sueño REM y también por las llamadas disomnias, derivadas de las alteraciones del ritmo circadiano, como el “Jet Lag”; los cambios de turnos en los horarios de trabajo, los trastornos por fase avanzada de sueño o, al contrario, por fase retardada de sueño.

Arquitectura del sueño

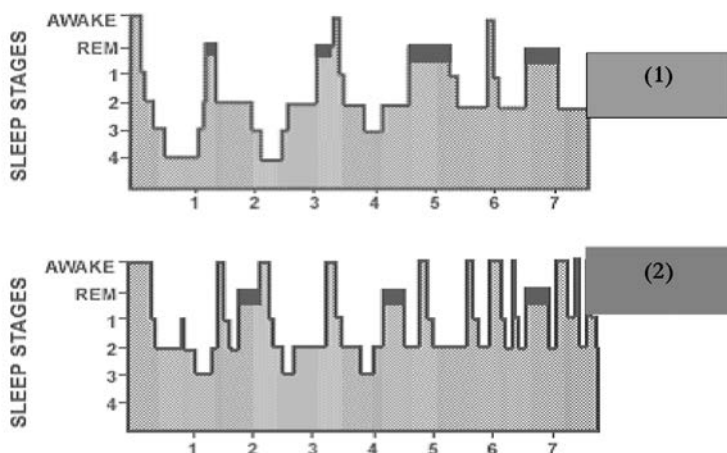
Durante las horas de sueño, no hay una situación homogénea; existen diversas fases o etapas del sueño que se van sucediendo. Fases de sueño superficial que corresponden a los estados 1 y 2, y fases de sueño profundo que corresponden a los estados 3 y 4; entre las diversas fases se intercalan las llamadas fases de sueño REM en las que se desarrolla la actividad onírica y se caracterizan por la presencia de los llamados movimientos rápidos de los ojos “Rapid Eyes Movements” (REM).

En el eje de ordenadas de la Fig.3, la numeración indica la profundidad de sueño, correspondiendo uno al sueño ligero y cuatro al sueño más profundo. En el eje de abscisas se representa las horas que corresponden al inicio del sueño uno y al despertar siete. Las zonas en blanco corresponden a la situación de despierto, el color gris claro corresponde a las distintas fases del sueño y en color gris oscuro los periodos REM.

La arquitectura del sueño es distinta en las personas mayores respecto a las personas más jóvenes. Se produce un retraso en el inicio del sueño y se origina una fragmentación del mismo. La cantidad de sueño profundo es menor y el despertar es precoz, de forma que las quejas de los ancianos respecto al sueño y que son producto de la fisiología del envejecimiento, en determinados casos impulsan a que se trate farmacológicamente una situación fisiológica. Salvando las situaciones puramente fisiológicas, existen por supuesto situaciones de insomnio patológico en los pacientes ancianos. El insomnio de conciliación se refiere a la dificultad para iniciar el sueño. El insomnio de mantenimiento se refiere a la dificultad para mantenerlo de una forma ininterrumpida a lo largo de la noche, y el insomnio con despertar precoz se produce cuando las personas se despiertan pronto y no pueden volver a dormirse. Teniendo en cuenta estos problemas se han diseñado benzodiazepinas inductoras del sueño para el insomnio de conciliación, con un efecto farmacológico de acción corta. Benzodiazepinas de acción intermedia para evitar el insomnio de mantenimiento, y benzodiazepinas de vida media larga, cuando existe un despertar precoz.

Este esquema es simplista sin que se aborden las causas del problema, siendo el tratamiento causal más racional y eficaz. Una de las causas más frecuentes

Fig. 3. *Arquitectura del sueño en persona joven (1). Arquitectura del sueño en persona mayor (2)*



del insomnio en las personas mayores es una depresión que origina frecuentemente un despertar precoz. La tentación es administrar una benzodiazepina de vida media larga, cuando lo razonable es utilizar un antidepresivo que mejora la situación que está provocando el insomnio y, por otro lado, muchos de los antidepresivos, tienen capacidades hipnóticas.

Las benzodiazepinas³⁵ que son útiles para tratar insomnios de corta duración, cuando se utilizan a largo plazo provocan acostumbamiento. Cada vez son menos eficaces y se necesitan dosis de fármacos cada vez mayores que pueden mejorar el sueño pero a costa de una sedación importante en las horas diurnas lo cual crea un círculo vicioso. Además, provocan dependencia de forma que si se retiran, se originan síntomas de abstinencia, con ansiedad, e incremento del insomnio; a la dificultad para dormir se suman los síntomas derivados de la abstinencia siendo necesario tomar benzodiazepinas para evitarlos. Se llega a una situación en la que se toma un fármaco para evitar la dependencia, un problema secundario que se ha creado, quedando además, sin resolver, el problema primario, el insomnio.

En términos generales, para el tratamiento del insomnio son mucho más eficaces los fármacos antidepresivos. Primero porque la causa más frecuente

35. Sim, M.G., Khong, E., Wain, T.D. (2008): "The prescribing dilemma of benzodiazepines". *Aust Fam Physician*. Nov;36 (11):923-6. Dailly, E., Bourin, M., (2008): "The use of benzodiazepines in the aged patient: clinical and pharmacological considerations". *Pak J Pharm Sci*. Apr;21(2):144-50.

del insomnio en los ancianos suele ser la depresión, y en segundo lugar porque no generan los problemas de acostumbramiento y dependencia. Entre los antidepresivos más eficaces, están aquellos que actúan sobre los receptores llamados histaminérgicos como la trazodona o la mirtazapina³⁶. Su mayor problema es la somnolencia matutina que pueden provocar. Por otro lado, para evitar el insomnio, hay que considerar medicamentos o sustancias alertizantes que dificultan el sueño como alcohol, nicotina, anticolinérgicos, antidepresivos, alertizantes, betabloqueantes, cafeína, corticosteroides, levodopa, simpaticomiméticos.

Todos los seres vivos tenemos un reloj biológico, un marcapasos que prepara al individuo para hacer frente a sus necesidades. Durante el día, el hipotálamo, una parte del sistema nervioso, envía señales para activar nuestro corazón, nuestro aparato locomotor, nuestro propio cerebro y nos comportamos activamente, caminamos, trabajamos física e intelectualmente; mientras que por la noche la actividad del corazón es menor, nuestra musculatura está más relajada y nuestro cerebro menos caliente. Estamos preparados para dormir cuando el reloj biológico origina esos cambios cada día, cada veinticuatro horas. Hablamos de ritmo circadiano³⁷. De la misma forma hay un ritmo biológico menstrual cada veintiocho días aproximadamente, o un ritmo que se repite año tras año, en primavera en otoño, etc. que nos hace y sin tener motivos, estar más tristes o más contentos. Existen varios ritmos biológicos circadianos alrededor del día, como la temperatura que es mas elevada por la tarde que por la mañana, o el sueño que tiene un máximo en las horas nocturnas y un mínimo durante las horas diurnas, con un pequeño incremento de la necesidad de dormir en las horas centrales del día, la hora de la siesta.

Todos los ritmos circadianos actúan entre sí. La luz del sol que aparece cada día proporciona energía para trabajar o caminar. El caminar estimula el apetito, y algunas sustancias contenidas en los alimentos se comportan como neurotransmisores que inducen sueño. En definitiva, y en la medida de lo posible, hay que ajustar las conductas alimentarias de actividad física, etc., al ritmo circadiano.

Hay que tomar el sol, hay que realizar ejercicio físico, hay que realizar ejercicio intelectual, hay que comer ni mucho ni poco y de forma regular a lo largo del día. Evitar las siestas prolongadas. La siesta de la llave, esa en que nos sentamos en el sofá con el llavero en la mano, despertándonos con el ruido de las llaves al caer al suelo, se ajusta bien a nuestro ritmo circadiano.

36. Becker, P. M. (2006): "Treatment of sleep dysfunction and psychiatric disorders". *Current treatment options in neurology*. Sep; 8 (5):367-75.

37. Czeisler, C.A., Gooley, J.J. (2007): "Sleep and circadian rhythms in human". *Cold Spring Harbor symposia on quantitative biology*. ;72:579-97.

El último fin de los ritmos circadianos es preparar al ser humano para la supervivencia Necesitamos energía durante el día y reposo para dormir.

Bibliografía

- ACEVEDO, A., LOEWENSTEIN, D. A. (2007): "Nonpharmacological cognitive interventions in aging and dementia". *Journal of geriatric psychiatry and neurology*. Dec;20(4):239-49.
- AMATÉIS, C., BIILA, C. (2007): "Insomnia in the elderly". *Revisite medicale suisse*, Nov 7; 3(132):2537-8, 2540-1.
- BECKER, P. M. (2006): "Treatment of sleep dysfunction and psychiatric disorders". *Current treatment options in neurology*. Sep;8(5):367-75.
- BOZZALI, M., CERCIGNANI, M., CALTIGNORE, T. (2008): "Brain volumetrics to investigate aging and the principal forms of degenerative cognitive decline: a brief review". En *Magnetic resonance imaging*. C. Neuroimaging Laboratory, Santa Lucia Foundation, IRCSS, 00179.
- BURGESS, E., LEWANCZUK, R., BOLLI, P., CHOCKALINGAM, A., CUTLER, H., TAYLOR, G., HAMET, P. (1999): "Lifestyle modifications to prevent and control hypertension. 6. Recommendations on potassium, magnesium and calcium". *Canadian Hypertension Society, Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control, Laboratory Centre for Disease Control at Health Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada*. *CMAJ*. May 4;160(9 Suppl):S35-45.
- COCA, A., DALFÓ, A., ESTMAJES, LISTERRI, J. L., ORDÓÑEZ, J., GOMIS, R., MARTIN-ZURRO, A. (2006): "Treatment and control of cardiovascular risk in primary care in Spain". *Medicina Clínica*. Feb 18;126(6):201-5.
- CZEISLER, C. A., GOOLEY, J. J. (2007): "Sleep and circadian rhythms in human". *Cold Spring Harbor symposia on quantitative biology*, 72:579-97.
- DAILLY, E., BOURIN, M. (2008): "The use of benzodiazepines in the aged patient: clinical and pharmacological considerations". *Pak J Pharm Sci.*;21(2):144-50.
- DOONAN, A. L., KARSR, J., CARRIGAN, T. P., BAVRY, A. A., BEGELMAN, S. M., ELLIS, S. G., YADAV, J., BHAHAAT. (2007): "Presence of carotid and peripheral arterial disease in patients with left main disease". *The American journal of cardiology*. Oct 1;100(7):1087-9.
- ELDESOKY, E. S. (2007): "Pharmacokinetic-pharmacodynamic crisis in the elderly". En *American journal of art therapy*. Septiembre-Octubre;14(5):488-98.
- FERNÁNDEZ-ESCRIBANO J., SUÁREZ FERNÁNDEZ C., SAEZ VAQUERO L., BLANCO, R., F, ALONSO L., RODRÍGUEZ SALVANÉS, F, GABRIEL SÁNCHEZ J., VEGA QUIROGA, S. (2007): "Relationship between pulse pressure and clini-

- cal cardiovascular damage in elderly subjects of epicardian study". *Revista Clínica Española*. Jun; (6): 284-9.
- GARCÍA NÚÑEZ, C., MOLTO-JORDA, J. M., MATÍAS-GUIU, J. (2007): "Passive smoking as a cerebrovascular risk factor" *Revista de Neurología*. Nov; 16-30; 45 (10): 577-81.
- GAVILÁN MORAL, E., y otros (2006): "Polimedicación y prescripción inadecuada de fármacos en pacientes ancianos: ¿hacemos lo que podemos?", en *Atención Primaria*, nº38, pp.480-482.
- GEULA, C., NAGYYAGKERY, N., NICHOLAS, A. (2008): "Cholinergic Neuronal and Axonal Abnormalities Are Present Early in Aging and in Alzheimer Disease". En *Journal of neuropathology and experimental neurology*. Abril; 67(4):309-318.
- GIL-NÉCIGA, E., GOBARTT, A. L. (2008): "Patrón de tratamiento de la enfermedad de Alzheimer con inhibidores colinesterásicos". *Revista de Neurología*. Apr 16-30; 46 (8): 461-4.
- GONZÁLEZ, J., GALDAMES, D., OPORTO, S. (2007): "Perfiles diagnósticos y epidemiológicos en una Unidad de Memoria". En *Centro de Trastornos de la Memoria., Departamento de Neurología*. Universidad Católica Pontificia de Chile. Hospital San Luis de Buin.
- GUIJARRO, J. L. (2007): "Las enfermedades en la ancianidad". (Diseases in old age). En *Anales del sistema sanitario de Navarra*, Vol. 22, Suplemento 1.
- HAYFLICK, L. (2004): "The not-so-close relationship between biological aging and age-associated pathologies in humans". En *The journals of gerontology*. Series A, Biological sciences and medical sciences Junio;59(6):B547-50; discussion 551-3.
- HEWIT, J. A., WHYTE, G. P., MORETON, M., VAN SOMEREN, LEVINE, T. S. (2008): "The effects of a graduated aerobic exercise programme on cardiovascular disease risk factors in the NHS workplace: a randomised controlled trial". *J Occup Med Toxicol*. 28; 3:7.
- JOSS, J. D., BURTON, R. M., KELLER, C. A. (2003): "Memory loss in a patient treated with fluoxetine". En *The Annals of pharmacotherapy*. Diciembre; 37(12):1800-3.
- KAREN BELL, M.D. (2007): "Mild cognitive impairment". En Brust J., *Current Diagnosis and Treatment*, McGrawhill, New York.
- KITO, S., KOGA, J. (2006): "Visual hallucinations and amnesia associated with zolpidem triggered by fluvoxamine: a possible interaction". En *International psychogeriatrics*. Diciembre;18(4):749-51.
- MILTON, J. C., HILL-SMITH, S. H. (2008): "Prescribing for older people". *British medical journal*; Marzo 15;336(7644): 606-9.
- MORGADO, I. (2005): "Psicobiología del aprendizaje y la memoria". *Revista de Neurología*; 40 (5): 289-297.

- MUSTO, D. F., BULL, N. Y. (1985): "Latrogenic addiction: the problem, its definition and history". En *Acad Med*. Octubre; 61(8): 694-705.
- O'MAHONY, W., GALLAGHER, P. F. (2008): "Inappropriate prescribing in the older populat. need for new criteria". En *Age Ageing*. Marzo; 37(2): 138-41.
- ORTIN, A., CASTAÑO, M. J., OTERO, J. (2006): "Acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes ambulatorios como motivo de primera consulta en neurología". *Servicios de 1 Neurología y 2 Farmacia*. Hospital Universitario de Salamanca.
- PATTERSON, C., FEIGHTNER, W., GARCÍA, A., HSIUNG, G. Y., Mc KNIGHT, C., SA-DOWNICK, A. D. (2008): "Diagnosis and treatment of dementia" 1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease". *Canadian Medical Association journal* Feb 26; 178(5): 548-56.
- RAMÓN, J. M. (2003): "Smoking and coronary disease: smoking cessation is the best drug". *Revista Española de Cardiología*. May; 56 (5): 436-7.
- REDON, J., LURBE, T. (2007) "Obesity and hypertension", en *Medicina Clínica Barcelona*. Nov; 10; 129(17): 655-7.
- REMMES, A. H. (2007): "Sleep disorders" Abbreviated classification of major sleep disorders". En Brust J., *Current Diagnosis and Treatment*, McGrawhill, New York.
- RODILLA, E., COSTA, J. A., MARES, S., MIRALLESA, S., GOZÁLES, C., SÁNCHEZ, C., PASCUAL, J. M. (2006): "Impact of metabolic syndrome on CRP levels" *Revista Clínica Española*. 2006 Sep; (8): 363-8.
- SHARMA, S. V., BUSCH, J. A., LORINO, A. J., KNOBLAUCH, M., ABUAMER, D., BLOG, G., BERTMAN, D. (2008): "Diet and cardiovascular risk in University Marching Band, Dance Team and Cheer Squad Members: a cross-sectional study". *Journal of the International Society of Sports Nutrition* . Apr 18; 5(1): 9.
- SIM, M. G., KHONG, E., WAIN, T. D. (2008): "The prescribing dilemma of benzodiazepines". *Aust Fam Physician*. Nov; 36(11): 923-6.
- TOBIAS, T. M., TURLEY, J., STEFANOIANNIS, N., VANDER HOORN, S., LAWES, C., MHURUCHU, C. N., RODGERS, A. (2006): "Vegetable and fruit intake and mortality from chronic disease in New Zealand". *Australian and New Zealand journal of public health*. Feb; 30(1): 26-31.
- TUOMILETHO, J. (2005): "Cardiovascular risk: prevention and treatment of the metabolic syndrome. Diabetees". *Research Clinical Practice* ; 68 Suppl 2. S28-35.
- VAN JARPEN, J. A. (2002): "Drug-induced parkinsonism". En *The neurologist* Nov; 8 (6): 363-70.

MEDIACIÓN TRANSFORMATIVA Y RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS: APRECIANDO LA CONVIVENCIA EN LOS CENTROS DE MAYORES

Inmaculada Armadans Tremolosa
Universidad de Barcelona

En este capítulo se describe la aplicación de un programa de mediación, diseñado para transformar las situaciones de conflicto, generadas en la convivencia, en un centro de mayores. Este, fue desarrollado en el marco de una investigación más amplia financiada por Imsero (Ministerio de Asuntos Sociales), dónde se demuestra cómo la mediación puede ser una herramienta de gestión de conflictos en el ámbito de las personas mayores autónomas y dependientes.

Siguiendo a Ury (2005) el conflicto es inherente a la naturaleza humana y, por lo tanto, es inevitable. Es una parte natural de la vida, es generador de cambio y nuestro desafío no debe ser eliminarlo sino transformarlo, cambiar la manera de manejar las diferencias. Recientemente diversos autores ya han planteado la necesidad de utilizar la mediación para ayudar a las personas mayores a adaptarse a los cambios, a los conflictos y a su realidad (Kardasis y Dugan, 2004; Schmitz, 1998), así como a las situaciones de dependencia (Munuera, 2006). En este sentido, se plantea poder apreciar el mundo de diferencias de las personas mayores y su entorno más inmediato (familiar, profesional...) a través de diseñar e implementar una intervención con un enfoque *preventivo* y *educativo* para reducir los comportamientos problemáticos y promocionar las habilidades y recursos para la convivencia pacífica.

Por todo ello y por más cuestiones que desarrollaremos es preciso considerar que el programa se convirtió en un potente instrumento dinamizador de las relaciones sociales a través de ocupar un espacio de tiempo de los participantes

mediante actividades de ocio, las cuales se utilizaron para transformar las relaciones de convivencia. Así, desde una perspectiva psicosocial se consideraron los *factores de contexto* o el lugar donde se aplicó y los *procesos psicosociales* que ocurren en su aplicación, en los que están involucrados las relaciones interpersonales, el papel de las emociones, la comunicación verbal y no verbal, procesos de influencia social, de poder y de status de las partes, entre otros.

Mediación transformativa y resolución de conflictos

La mediación como estrategia o conjunto de técnicas para afrontar o resolver los conflictos tiene sus orígenes remotos en múltiples tradiciones culturales, donde de manera más o menos institucionalizada ha servido como alternativa o como complemento de los procedimientos administrativos o judiciales (Foldberg & Taylor, 1992). La mediación es una nueva forma y un proceso de resolución de conflictos en las sociedades occidentales que implica la creación de una nueva cultura que potencia la responsabilidad y el diálogo como una nueva forma de entendimiento social (Faget, 2001; citado en Villagrasa, 2004). Significa una alternativa a la violencia, a la auto-ayuda o el litigio. Se caracteriza por ser un sistema no adversarial, el cual se basa en una estrategia útil, educativa y preventiva que ha funcionado en diversos contextos y tipos de problemas (Villagrasa, 2004). Es un proceso mediante el cual los participantes, junto con la asistencia de una persona o personas neutrales, aíslan sistemáticamente los problemas en disputa con el objeto de encontrar opciones, considerar alternativas, y llegar a un acuerdo mutuo, que se ajuste a sus necesidades (Foldberg & Taylor, 1992). En nuestro caso consideramos especialmente el potencial de aprendizaje para los participantes y la posibilidad de obtener una vivencia satisfactoria en su aplicación tal como otros estudios ya encontraron (Serrano y otros, 2006). En este sentido, la mediación tal como ya señaló Vinyamata (2004) puede ser una técnica muy precisa para ayudar en la resolución que ayude a solucionar los conflictos y puede ser un recurso específico que de respuesta a una o varias necesidades biopsicosociales.

Entre los modelos principales de entender y practicar la mediación el programa utilizó el *transformativo de Busch y Folger*, en donde se orientan los esfuerzos para tratar de cambiar los procesos de relación, aumentar el poder y el reconocimiento de las partes. A partir de este modelo se busca transformar la situación social de conflicto al incidir en el manejo de las relaciones y los problemas. En nuestro caso se consiguió a través del diseño de la realización de actividades basadas en el diálogo, en dinámicas grupales y de ocio, las cuales permitieron a los participantes la obtención de recursos para la transformación de la situación de conflicto.

El enfoque teórico aplicado utiliza los principios de la *mediación apreciativa* basado en una nueva filosofía novedosa, la cual enfatiza el “*apreciar y valorar los aspectos positivos*” más allá de la connotación negativa que comporta el hablar de conflicto o problema en cualquier escenario social. Esta perspectiva ha sido desarrollada fundamentalmente en el ámbito organizacional, empresarial y social. Esta aportación se consideró interesante para compensar el significado y la asociación de declive existente en el ámbito de los mayores. Por otro lado, y más concretamente, los objetivos de este tipo de mediación se basan en ir más allá en la resolución del conflicto, proporcionando a los participantes una forma para transformar su propia definición de la realidad y con ello mejorar los canales de comunicación (Amat, Barreiro y Tatter, 2006; Varona, 2006). En los dos tipos de mediación (transformativa y apreciativa) los aspectos fundamentales descansan en el papel y el acompañamiento ejercido por el mediador para influir en el diálogo y en la transformación de las situaciones, así como en la generación de cambios en las personas y en las relaciones de convivencia a través de las actividades propuestas.

Asimismo, en nuestra investigación la mediación se utiliza con finalidades preventivas y educativas en línea con los planteamientos de Cascón (2000). La metodología propuesta por este autor utiliza el proceso mediador para educar en forma de intervención desde el enfoque “socioafectivo”, el cual se basa en “vivenciar en la propia piel” las situaciones de conflicto, experimentar para entender, sentir y desarrollar actitudes empáticas que puedan cambiar los valores y los propios comportamientos, desencadenando un compromiso personal y transformador. También, el programa permitió adquirir habilidades relacionales y de comunicación para mejorar y aplicar en la convivencia en el sentido preventivo que propone Ury (2005). Por todo ello, el diseño del programa contempló especialmente la satisfacción de las necesidades y la generación de habilidades sociales para la convivencia.

También, se consideró dentro de las aplicaciones novedosas en el contexto familiar según Rodríguez (2005) el modelo de mediación denominado *Mediación Multiparte*, siendo el resultado de la aplicación del proceso mediador en grupos. Rodríguez (2005) lo aplica a la mediación familiar y define el modelo como *el método de comunicación entre tres o más partes, que permite abordar los conflictos a través del respeto mutuo y la comprensión, posibilitando a través del desarrollo del proceso de mediación, la creación de nuevas pautas de interacción que permita a cada parte, salir de sí misma y encontrar conjuntamente, nuevas formas de llegar a acuerdos o soluciones satisfactorias para todas ellas*. En este proceso el papel del mediador es fundamental al conducir el proceso y cabe señalar además que existen tantos tipos de mediación como mediadores y conflictos (Soletto y Otero, 2007).

Mediación y personas mayores

La aplicación de la mediación en el ámbito de las personas mayores ofrece una alternativa necesaria para la gestión pacífica de los conflictos en las relaciones de convivencia. En el marco de la intervención psicosocial, esta puede ser complementaria a la prevención, promoción y educación de la salud, a la vez que puede evitar el escalamiento y los efectos de los conflictos no resueltos (maltratos, violencia...). Desde la educación social, contexto cercano a nuestro propósito la mediación en el ámbito de las personas mayores es entendida como un procedimiento pacífico y pacificador, que genera dinámicas cooperativas centradas en el diálogo (Maños, 2002). Recientemente la mediación en el ámbito de los mayores es vista como la mejor opción (<http://www.mediate.com>). Los centros de gestión y transformación de los conflictos de referencia internacional se encuentran en Estados Unidos, destacando el Baltimore Center y el Montgomery y Mediation County Center. Estos, prestan sus servicios para solucionar conflictos en el contexto familiar y organizacional en los que están involucrados los mayores. Desde conflictos relacionados con el cuidado formal e informal, toma de decisiones sobre multitud de aspectos relacionados con la calidad de vida, conflictos de herencias, relaciones de pareja y de familia, conflictos intergeneracionales, etc. De hecho Schmitz (1998) ya plantea y justifica la necesidad de adaptar el proceso de mediación a la persona mayor al considerar las decisiones que les afectan y son participes de ellas, como son las relacionadas con el consumo en general, las disputas relacionadas con valores (propiedad, familia y responsabilidad) y las que afectan a las relaciones intergeneracionales. Así, estudiar los conflictos y generar mayor convivencia en los mayores incluye centrarse en la interacción que se produce entre éstos y los demás (cuidadores, familiares, profesionales...) y ver como se puede aplicar un proceso mediador para la solución de los conflictos, generando a su vez una experiencia satisfactoria.

En nuestra investigación el programa de mediación resultó ser una técnica y estrategia útil al considerar la participación de los diferentes actores sociales involucrados en los conflictos relacionados con la convivencia en los centros de mayores. Así, los usuarios, los familiares y los profesionales han protagonizado cambios en sus comportamientos y han generado nuevas estrategias en su manera de enfrentarse al conflicto. Es propio del envejecimiento tener que aceptar las pérdidas biológicas, psicológicas, sociológicas y culturales, aunque recientemente también se puede hablar de ganancias en el marco de los estudios que centran su interés en el envejecimiento productivo. La naturaleza del conflicto puede ser negativa y/o positiva y de su gestión se puede construir o destruir las relaciones interpersonales.

También, son inevitables los cambios y los conflictos asociados a situaciones donde se vive una incompatibilidad o una situación contrapuesta de objetivos y necesidades. Por ejemplo, los espacios físicos, una vivienda adecuada y un

entorno seguro y propicio es una necesidad básica para las personas de edad (Giró, 2007) y esto puede estar en la base de diversos conflictos. También, es inevitable que los mayores deban enfrentarse a situaciones problemáticas vinculadas al propio envejecimiento, como las relacionadas con la pérdida de autonomía, la aparición de alguna enfermedad, el trato y las relaciones mantenidas con los demás, entre otros. Los centros de mayores deberían ocupar una función muy importante en la última etapa de la vida. El conflicto es una parte inevitable de la vida de las organizaciones que puede tener consecuencias negativas si no se gestiona adecuadamente (Giebels y Janssen, 2005; Munduate y Martínez, 2004). El conflicto es inherente a la dinámica organizacional y en su contexto se manifiesta como la expresión de insatisfacción o desacuerdo con una interacción, procedimiento o servicio. Por otro lado, el conflicto puede ser la base fundamental para el posible cambio. Así, siguiendo a Lederach (1989) para analizar una situación de conflicto e intervenir en ella debemos considerar: 1) *Las personas* (las directamente y las indirectamente involucradas) sus emociones y percepciones acerca de los problemas; 2) *Los procesos*, referido a cómo se desarrolla y evoluciona el conflicto y 3) *Los tipos de problemas*, referido a los diferentes tipos de asuntos y problemas que enfrentan a las personas. Además, consideramos que la mediación o el concepto del “tercer lado” propuesto por Ury (2005) es el camino más adecuado para tratar de prevenir, resolver o contener una situación de conflicto. En este sentido, Ury (2005) plantea tres oportunidades para canalizar el impulso vertical del conflicto que suele llevar a la destrucción, y convertirlo en un impulso horizontal, que conduce al cambio:

- 1) *Prevenir* el conflicto destructivo e impedir que emerge, abordando las tensiones latentes al adquirir habilidades relacionales y comunicativas;
- 2) *Resolver* el conflicto abierto cuando este se ha manifestado para transformarlo o eliminarlo y
- 3) *Contener* las diferentes escaladas de luchas de poder que a través del tiempo no pueden resolverse. Con ello obtenemos una verdadera alternativa a la pelea o a la falta de entendimiento al relacionarnos con las personas mayores.

Apreciando la convivencia en los centros de mayores

En general, los centros de personas mayores son organizaciones destinadas al cuidado y a la atención de las personas mayores a través de lograr satisfacer las necesidades de sus principales destinatarios y promover su bienestar físico, psicológico y social. No obstante, existe una realidad que no puede eludirse referida a la presencia de conflictos, los cuales más allá de ser inherentes al ser humano (Ury, 2005) impregnan las relaciones personales y sociales propias de

una situación de convivencia. Estas relaciones se expresan y se fundamentan en el conflicto, ocasionando situaciones de incompatibilidad entre las personas mayores, entre éstas y sus familias, entre éstas y los centros, entre éstos y los profesionales dedicados al cuidado y a la atención de los usuarios. Según Giró (2007) cuando las personas envejecen las relaciones intergeneracionales se modifican, así los cambios por la edad tanto a nivel biológico, psicológico como social, y emergen conflictos en los espacios de convivencia. El conflicto ha sido definido desde una perspectiva psicosocial como una divergencia percibida de intereses o una creencia de que las aspiraciones actuales de las partes no pueden ser alcanzadas simultáneamente (Rubin, Pruitt y Hee Kim, 1994). En este sentido, desde un enfoque constructivista (Kelly, 1966) las personas mayores y los demás actores sociales involucrados en el conflicto y en la convivencia, construyen un significado social movidos por su sistema de creencias. Además, esto significa la posibilidad de tener que convivir con situaciones problemáticas y conflictivas emocionalmente negativas, las cuales podrían ser transformadas por situaciones donde existiera la construcción de significados sociales positivos que permitan gestionar adecuadamente las diferencias generadas en la convivencia.

Cabe considerar que la convivencia es una de las nuevas necesidades vinculadas al envejecimiento poblacional y a los cambios acontecidos en los últimos tiempos, en las sociedades occidentales (Sloane *et al.*, 2002). Así, los cambios estructurales vinculados a las relaciones laborales en el sector gerontológico, en la salud, en la educación, en la familia y entre las generaciones señalados por Giró (2007) generan conflictos y problemas de diversa índole que afectan y amenazan la convivencia. Y, en tanto que la convivencia tiene que ver con los cambios, también tiene que ver con la capacidad de adaptación y con la calidad de vida (Giró, 2007; Armadans, Manzano y Soria, 2007). El surgimiento de conflictos generados en un espacio de convivencia, en un centro de personas mayores o en la comunidad, plantea la necesidad de afrontar los cambios del entorno de manera adecuada. En este sentido, se requieren actitudes, habilidades sociales y de comunicación y resultados satisfactorios en las experiencias o buenas prácticas. No obstante, debemos considerar que habitualmente la concepción y vivencia acerca del conflicto y el envejecimiento suele ser negativa. Por consiguiente el reto consiste en potenciar una manera positiva de envejecer (Bass, Caro y Chen, 1993; citado en Pinazo *et al.*, 2005), utilizando la fuerza del conflicto. Por otro lado, la manera en cómo las personas mayores se enfrenten al conflicto determinará su calidad de vida. El manejo inadecuado del conflicto afecta al desarrollo de las personas, a la construcción o reconstrucción de sus identidades y a su bienestar. Además, según Giró (2007) la exposición a situaciones conflictivas aumenta el riesgo de enfermedad y de muerte prematura. Las personas mayores para desenvolverse en la vida diaria o en la convivencia en un centro, tanto si son dependientes como autónomas, necesitan apoyo para ajustarse a su medio e

interaccionar con él (Yanguas, *et al*, 2001). Para prevenir la dependencia se deben potenciar aquellos aspectos que mejoran la calidad de vida y favorecen la autonomía de las personas mayores, que siguiendo a Giró (2007) se basan en actuar sobre la seguridad económica y el desarrollo, en el fomento de la salud y en el bienestar y en los entornos propicios y favorables.

¿Así, nos podemos preguntar cuales son los factores y/o condicionantes que afectan a la convivencia en un centro de mayores?

1. Los factores individuales: actitudes, sentimientos, emociones y habilidades.

La actitud negativa hacia el conflicto predispone hacia la negación de la existencia del conflicto o el desconocimiento en la utilización de alternativas pacíficas (diálogo, negociación...) para la convivencia cuando surgen los problemas, en lugar de la pelea. En nuestra investigación algunos participantes puntuaron negativamente antes de la inclusión en el programa y modificaron su actitud hacia el lado positivo después de haber participado en el programa de mediación.

Los sentimientos y las emociones de las personas afectan la interrelación diaria en un centro. En nuestra investigación se pudo constatar que, en general, cuesta reconocer los conflictos como tales, la mayoría de ellos se encuentran en estado latente sin manifestarse abiertamente. Estos, se relacionan con necesidades emocionales y afectivas o con duelos por alguna cuestión personal. Además, estos conflictos se suelen confundir con las necesidades (sobre todo afectivas). Este tipo de conflictos conectan directamente con aquellos conflictos que afectan a las personas mayores y que surgen de la falta de aceptación por parte de los demás, por falta de habilidades de empatía y falta de comunicación.

2. Los condicionantes sociales y culturales: características de los centros, tipos de grupos...

El tipo de centro puede favorecer un tipo de condiciones para que la convivencia se desarrolle en un sentido u otro. Las características del equipo directivo, el tipo de participación de las familias, la implicación y dedicación de los profesionales y la participación de los usuarios en la vida del centro son una fuente de conflictos inevitable. No obstante, cabe recordar tal como sostiene Giró (2007) la idea de que los entornos sociales y/o contruidos pueden contribuir a que las personas mayores satisfagan sus necesidades o pueden contribuir a que se generen conflictos de todo tipo (estructurales, de relaciones personales, etc.). En nuestra investigación se constató la presencia de diversos tipos de conflictos, unos más difíciles que otros para prevenir, tratar o solucionar, generados a partir del aprendizaje del funcionamiento y desarrollo en los centros. Por ejemplo, usuarios y familiares expresan la existencia del trato diferencial por parte de algunos profesionales, siendo esto causa de diversos conflictos y dispu-

tas (básicamente de intereses) motivados por la existencia de valores diferentes y necesidades incompatibles.

Por todo ello, es importante al tratar de diseñar un centro o un servicio para los mayores pensar en la importancia de conocer muy bien las características de las personas que se beneficiarán del recurso que se diseñe y la necesidad de potenciar todas las capacidades e intereses de las personas que los utilicen, para que, en ningún caso coarten sus aptitudes y deseos ya que de lo contrario podemos favorecer la dependencia y aparición de problemas emocionales.

Los conflictos en los centros

¿Cuáles son los tipos de conflictos más habituales surgidos en la convivencia en los centros de personas mayores?

En nuestra investigación se organizaron focus-groups en la comunidad catalana y vasca, y se identificaron y analizaron los siguientes conflictos existentes en los centros de mayores:

- *Conflicto de valores*: se encontraron disputas cuando existen creencias incompatibles y valores en juego, en relación con la pérdida de la autonomía y la intimidad y la aparición de la dependencia, cuando existía la imposibilidad de satisfacer los deseos y de mantener la libertad de decisiones en su forma de vida. Por todo ello, la necesidad de mayor presencia de las familias en el centro o el tipo de cuidados recibidos por los profesionales del centro reflejó esta incompatibilidad. Por ejemplo, los directores de las instituciones, consideran que el conflicto tiende a estar asociado principalmente a las familias que tienen menos presencia en el centro:

“Hay conflictos con las familias, la familia que más se desocupa más conflicto genera...más te exige...quizás movidos por la culpa...”.

También, los directores comentan:

“Tú estás en la cama, que te llega uno, que te abre, te desnuda, te pone en la ducha, te pone el dodotis, te no se qué...la pobre está así que no sabe, y encima “oye abuelo”.

En este sentido, las empresas externas comentan:

“Es que es tu entorno, es que desde el mismo momento que alguien te ducha ya tú empiezas a perder tu autonomía, si ven una chica de blanco, dicen madre mía yo no estoy bien, eso les angustia y te asienta fatal cuando empiezas a perder tu autonomía”.

- *Conflicto de relaciones personales*: Los problemas de comunicación están en la base de este conflicto. Este se manifiesta motivado por los desencuentros en las personas reflejándose en “*roces y discusiones por ser uno como es*”, en las diferencias de percepciones y estereotipos mantenidos hacia personas del centro, por la escasa o falta de comunicación entre las personas, la falta de aceptación de colectivos específicos como son los más dependientes y el trato personal recibido por parte de los profesionales a los usuarios. Por ejemplo, el grupo de profesionales comenta:

“En la convivencia existen conflictos, por la diferencia de perfiles... hay gente de la calle que tiene una posición muy individualista.... Los conflictos que aparecen son de marginación social, muy individualista, el no saber compartir, no hacer tareas en grupo”; “A veces hay conflictos en maneras de trabajar... nunca se harán las cosas como el otro quiere...”.

También, las empresas externas dicen:

“Puntos de vista distintos entre trabajadores, lo que provoca el conflicto de relaciones que hay que solucionar” “A veces se da que las personas mayores no quieren ser atendidas por inmigrantes...”; “Situaciones donde una persona que no lo quieren que los duchen, que los cuide un inmigrante porque es de color: Hay que entender que son personas mayores.”; “Muchas veces son servicios que no están pagados con dinero... Es un arma de doble filo... los nativos tendremos que hacer un esfuerzo en integrarnos a la gente que viene de afuera... a veces no es fácil, ya que hay otra cultura... pero no nos queda otro remedio que convivir...”.

Así, las personas mayores opinan:

“Son personas problemáticas que no saben convivir, si hablas es porque hablas demasiado, si no dices algo es porque no dices nada, después tenemos un señor que se mete en todo”.

Y, los familiares:

“No, no funciona porque te cortas. Por ejemplo, la conversación que estamos teniendo ahora aquí, ellas (la entrevistadora, y nosotras, las transcriptoras) no están implicadas en la residencia y hablas más abiertamente”; “Más abiertamente. Y luego tienes miedo que te traten con rencor”; “De las represalias”; “En los centros donde puedas hablar aunque sea por teléfono con la directora o con la trabajadora social por lo general no se presentan muchos conflictos y en esos casos suele haber una colaboración muy buena”.

- *Conflicto de intereses*: Se producen disputas pues los intereses son abiertamente contrapuestos a los demás por motivos diversos. Existen necesi-

dades, deseos y aspiraciones incompatibles en las relaciones interpersonales al compartir diversos espacios o recursos con otros usuarios, los cuales se producen por la falta de comunicación en la relación. Por ejemplo las personas mayores dicen:

“Destaca un conflicto que se produce con la tele compartida en el comedor por la cuestión de los desacuerdos en encenderla o no y ver una cosa u otra”.

Y los familiares:

“Le vienen a visitar los hijos buscan el espacio de intimidad en la habitación claro intimidad no podían tener porque en la habitación habían más personas”.

- *Conflicto de recursos:* Se originan disputas por algo que no hay suficiente para todos. Estos se localizaron en la necesidad de personal técnico y profesional, en la falta de asistencia, servicios, mobiliario, falta de espacio, falta de dinero, la comida, falta de seguridad, dificultades en acceso y la falta de actividades. Así, los profesionales comentaban:

“Los auxiliares y profesionales tienen una sobrecarga...”

“Hay una sobrecarga física y emocional, pero es importante el trabajo en equipo el equipo tiene una parte importante...”

Entrevistadora: *“O sea que vosotros pensáis que haría falta más gente”.*

Entrevistado nº 1: *“hay sobrecarga de trabajo, que terminas agotada que te duele todo”* *“He trabajado con una sobrecarga emocional...con un costo emocional... porque las deficiencias...”*; *“He trabajado a costa de color emocional...”*.

Entrevistado nº 2: *“Yo, yo no tengo ni mesilla, ni tengo para poner las toallas,... Yo lo que me quejo de la habitación es que es muy bonita, y muy bien preparada que la tienen, lo que pasa es que las luces están altas y desde la cama no puedo encender las luces”.*

Entrevistadora: *“O sea que hay unas actividades de verano y otras de invierno. ¿Y les gustan?”*

Entrevistado nº 4: *“Hay muy poco”.*

Entrevistadora: *“Hay muy poco y a usted le gustaría que hubiera más”.*

Entrevistado nº 6: *“Claro”.*

Entrevistado nº 4: *“Sí”.*

- *Conflicto de poder*: Se originan disputas porque unos quieren mandar, dirigir o controlar más que otros o influir sobre otras personas. Tanto el poder entendido como “autoridad” como responsabilidad en la toma de decisiones genera situaciones de incompatibilidad cuando esto significa adueñarse de espacios o extralimitarse en las funciones del rol asignado. Así, los profesionales comentan:

“Algunos residentes cogen el rol de autoridad y de decir lo que hay que hacer, por lo que se adueñan de espacios destinados a los trabajadores (suelen ser personas mayores que tienen perfil de líder)”.

Y, los directores refieren:

“Conflictos de autoridad de “yo soy más viejo que tú por tanto...”, eso sí, entonces tú tienes que establecer el orden de las cosas y decir que yo no estoy para mandar, sino para organizar un poco aquello y coordinarlo”.

También, la relación de los familiares con el centro provoca en algunas situaciones enfrentamientos de poder para poder conseguir un trato diferencial. Por ejemplo dicen:

“Algunos familiares, que esto lo veo muy mal porque va en detrimento del servicio que se presta, como algunos familiares para que a su familia las gerodotoras le atienda mejor, cosa que ya es su obligación y mas por la cantidad que pagan, le han dado dinero como propina, propina de 20, 50 euros. Esto es lícito, a lo mejor te puede parecer lícito pero si no lo haces, el trato tiene que ser el mismo más con unos importes como los que se pagan en la residencia pero en muchas residencias no lo vienen haciendo bien por falta de personal o hacen que la persona coman en 5 minutos de la peor manera pero han comido, entonces para que atiendan a su familiar 10 minutos, aunque a los demás lo atienda 5 minutos le da igual”; “Y hay otras cuidadoras que no se lo han propuesto y el problema que genera esto es el rebote es el trato o cuidado con los residentes porque como ellas han visto que a la otra le dan dinero a ellas no lo pagan los residentes ya esta de mala, levanta a la persona de mala manera, ruedan a las personas en silla de ruedan mal y esto tu lo hablas con el centro y yo no se si se hacen los desentendidos o realmente es que no lo saben”; “Muchas veces, el personal de los centros se sienten como invadidos pero si tenemos que ir con el hacha de guerra afuera porque estamos defendiendo evidentemente los derechos de las personas mayores que están en las residencias y que en muchas ocasiones lamentablemente cuando ve que las personas mayores no tienen a nadie abusan”; “Hay residencias que muchas veces quieren abusar de las personas sabiendo que no tienen a nadie detrás que las defiendan”.

- *Conflicto de adaptación*: Las disputas se originan por la tensión y la resistencia generada por los cambios. Se manifiestan a través del rechazo a las normas de convivencia impuestas por el centro o a la resistencia a adaptarse a las condiciones de vida del centro. En este sentido una persona mayor comenta:

“Sufrimos el problema de que la gente cada vez más se jubila mas joven y cada vez tiene menos ganas de ir a un casal”.

Y otras personas mayores:

*“Solamente me sentí mal cuando sacaron a mi antigua compañera de la habitación, eso fue un problema pero eso fue todo, aunque la que tengo ahora es una bellísima persona. Lo que sucede que la anterior que compartía habitación conmigo era diferente en carácter; en todo y me acostumbre a ella”.
“Otro problema que tenemos es que por ejemplo uno de los casales tuvo que cambiar de ubicación tres veces y eso deteriora las actividades... la participación...”*

Por otro lado los profesionales comentan:

“Hay leyes de convivencia... no aceptar las normativas genera conflicto... las normas son para todos... hay gente que acepta las reglas...”; *“Los conflictos aparecen cuando no se aceptan las pautas y normativas de intimidad y espacio”.*

Y las empresas externas aluden:

“Hay familiares que tampoco respetan las normas. Pone en un cartel, pero impresionante, prohibido el paso, y les da igual. Se preparan zumos, te he cogido galletas, que quiero un babero... Pero vamos a ver, si estoy yo aquí trabajando, pídemelo a mí ¿no? Hay gente que no respeta eso”.

Y los directores comentan:

“La capacidad de respuesta a los cambios que hay, es muy lenta, tanto por los procesos y de las personas que hay como por parte de la administración” *“Los conflictos son en relación a los cambios... estas en medio y te haces parte del conflicto”.*

- *Conflicto estructural*: Se originan disputas cuya solución requiere un esfuerzo importante de muchos o medios más allá de las posibilidades personales de cada uno. Por la necesidad de mayores recursos económicos, modelos de gestión diferentes o cambios estructurales que afectan a la calidad del servicio. En este sentido, las personas mayores se refieren:

“El otro punto es la falta de ayuda económica”

“En principios son los mismos: y son económicos siempre ha habido pocos recursos”. “Otro problema que tenemos es que por ejemplo uno de los casales tuvo que cambiar de ubicación tres veces y eso deteriora las actividades... la participación...”

También, los directores comentan:

“No me parece justo, los recursos económicos no son suficientes” “No es justo que por dar una actividad de formación, tengas que quitar una actividad de ocio que a ellos ya les gusta, no hay nada más que a las personas mayores les guste más que el baile, lo disfrutaban como enanos, y esto no lo puedes quitar”; “No llega, y el ayuntamiento pone todos los años un montón de dinero, de millones de pesetas, que competencialmente no tiene la obligación, y lo asume. Lo que si me parece, quiero decir, que si diputación asumiera los costes reales, pues de alguna manera todo ese dinero que el ayuntamiento destina a soportar los gastos, digamos, destinado a gasto de personal que puede ser el gasto fundamental, de alguna manera podría revertir en otro tipo de mejoras” “Hay que cambiar el modelo, una de las principales dificultades que tenemos los servicios sociales, es que seguimos con el mismo modelo de antes, y lo que tenemos que mirar es el sistema y el funcionamiento, porque la realidad va cambiando y tenemos que ir adaptándonos a esas nuevas realidades”; “Hay poca capacidad de respuesta a los cambios... creo que hay que cambiar de modelo... formar líderes... y es importante el funcionamiento en equipos... planificar modelos de gestión diferentes...”; “No tengo conflictos con las familias, si con la gerencia...”

También, los profesionales comentan:

“Hubo un momento que ha repercutido en el nivel de estrés del equipo... y es que se ha pasado de una marginación económica a una marginación de enfermos mentales...”

Y los familiares refieren:

“Al cambiar la gestión o al cambiar de dirección surge otro problema y en lugar de tratar bien a los enfermos, lo tratan de una forma que nosotros consideramos mala...”

El programa de mediación: medimayor

Considerando la importancia de lograr los retos planteados por el fenómeno del envejecimiento en cuanto a la prevención de la dependencia y la promo-

ción de la autonomía personal se enmarca el diseño de *medimayor*. Esto supone una acción de intervención psicosocial de promoción del envejecimiento activo y fomento de las relaciones interpersonales. Se busca incidir en el entorno psicosocial de la persona mayor transformando la visión del conflicto (cultura del conflicto) y aceptando la utilización de estrategias de pacificación (cultura de la mediación) en un espacio de ocio y tiempo libre.

RESUMEN DE LAS SESIONES DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE MEDIACIÓN		
CONTENIDO	FICHAS	PROTOCOLOS Y OBSERVACIONES
<p><i>Fase 1 a Presentación del proyecto (por colectivos)</i> <i>(Acción 1 - sesión 1)</i> Presentación del proyecto y la experiencia piloto. Definición del conflicto relacionado con la convivencia a las partes y con las partes. Surgimiento de necesidades. <i>Ficha 1</i> Mapa de necesidades desarrollado por el dinamizador-mediador. <i>(Acción 2 - Ficha 2)</i></p>	Fichas Nº 1, 2, 9	La planificación de las fichas 1-2 será retomado en la ficha 9
<p><i>Fase 1.b Sesión grupal: mapa de necesidades (Acción 3 - sesión 2)</i> Presentación del mapa de necesidades <i>(desarrollado en la acción 2 - ficha 2)</i> a las partes. Debate y reconstrucción del mismo. Técnicas de reformulación y prioridades en la resolución del conflicto. Aportación de elementos para el trabajo sobre conceptos básicos de mediación. <i>(Ficha 3)</i></p>	Fichas Nº 2, 3, 9,	Se utiliza el resultado de la acción 2 (según ficha 2) y la planificación de la ficha 3. Los resultados de esta fase se trabajan en la ficha de trabajo 9
<p><i>Fase 2 Elaboración de las normas de negociación (Sesión 3)</i> <i>(Acción 4 - ficha 4)</i> Juego cooperativo para acercar puntos de vista ante una propuesta lúdica, para <i>(Acción 5 - ficha 5) construir conjuntamente una propuesta de normas</i> que después será interpretada.</p>	Fichas Nº 4, 5, 9	Los resultados de las acciones 4 y 5 (según fichas correspondientes serán tenidas en cuenta en la ficha 9)
<p><i>Fase 3 Análisis Causal (sesión 4)</i> <i>(Acción 6 - ficha 6)</i> Clarificación de los hechos del conflicto. Trabajo sobre la perspectiva de los sentimientos desde un acompañamiento facilitador.</p>	Fichas Nº 5, 6, 9*	* (En las sesiones 4 y 5 podrían usarse los protocolos 1 a 15 para reforzar puntos, según las necesidades emergentes en cada caso)

RESUMEN DE LAS SESIONES DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE MEDIACIÓN (Continuación)		
CONTENIDO	FICHAS	PROTOCOLOS Y OBSERVACIONES
<i>Fase 4 de Resolución (sesión 5) (Acción 7 - ficha 7) De estrategias de resolución, a partir de causas definidas en la sesión anterior.</i>	Fichas N° 7, 9*	*(En las sesiones 4 y 5 podrían usarse los protocolos 1 a 15 para reforzar puntos, según las necesidades emergentes en cada caso)
<i>Fase 5 de acuerdo (sesión 6) (Acción 8 - Ficha 8) De acuerdo. Se intentara llegar a la definición de un acuerdo, o al menos un cambio de posicionamiento de las partes en relación al conflicto y su resolución.</i>	Fichas N° 8, 9	Se tendrá en cuenta la visión acumulativa del proceso
<i>Ficha 9 Preguntas Guía proceso</i>	Ficha 9	

Por todo ello, se desarrolla un programa piloto centrado en trabajar el conflicto y las relaciones de convivencia para desarrollar estrategias que permitan; 1) crear un ambiente de aprecio y de confianza, 2) Tomar decisiones de forma consensuada, 3) Trabajar cooperativamente y 4) Analizar y negociar las soluciones a los conflictos. El objetivo del programa se concreta en *aportar recursos y herramientas de mediación de conflictos para transformar las relaciones de convivencia y de cuidado en las personas mayores.*

El programa de actividades se resume en:

Taller 1: Presentaciones, generación de confianza y establecimiento de mapa de necesidades y situaciones de partida.

Taller 2: Reconstrucción del mapa de necesidades, debate, diálogo y establecimiento de prioridades.

Taller 3: Aprendiendo a cooperar y negociar.

Taller 4: Aprendiendo a clarificar y analizar las causas y los hechos del conflicto.

Taller 5: Aprendiendo a transformar y resolver las situaciones conflictivas.

Taller 6: Establecimiento de nuevas situaciones, cambios y acuerdos.

Metodología y procedimientos

El programa conlleva una planificación dinámica y adaptada al entorno. Se desarrollan de manera diferente dos experiencias en Cataluña, en un centro socio-sanitario y en un grupo del municipio de Molins de Rei y otro en la comunidad vasca. En Cataluña se utiliza la mediación “multiparte” es decir, se realiza una primera sesión por separado con los grupos y en las siguientes se trabaja con todo el grupo conjunto y el otro aplicado en la comunidad vasca (caucus) en el que se trabaja con cada una de las sesiones de los grupos de manera separada.

El programa se desarrolla en seis sesiones de trabajo, conducidas por el mediador, y con la presencia de dos observadores neutrales. En las sesiones se utilizan dinámicas, juegos y técnicas de mediación, ayudados por fichas técnicas, protocolos y observaciones que se van realizando a lo largo del programa.

El programa se dirige a tres tipos de destinatarios: usuarios, familiares y profesionales de los centros.

Discusión y resultados de la aplicación del programa de mediación

El programa, en general, tal como ha sido diseñado y aplicado ha permitido trabajar con los conflictos generados en la convivencia de los centros y de las instituciones (relaciones de familiares y profesionales; descontento con el servicio prestado; malosentendidos entre los usuarios y profesionales...). Ha sido muy útil el abordar los aspectos subyacentes a la situación de conflicto (desconfianza, insatisfacción...) para facilitar la comprensión de las discrepancias, problemas y tensiones que están en la base de todos los conflictos. Además, al favorecer el diálogo, los participantes han podido comprender cual es su realidad interdependiente con los otros y cuales son los aspectos de la situación en los que se reconocen formando parte, respondiendo de este modo a una acción preventiva educativa para la convivencia en los centros y en la comunidad para evitar que se produzcan situaciones de violencia o de maltrato (Giró, 2007).

También, cabe considerar el haber conseguido cambiar la percepción del conflicto y desarrollar habilidades para la convivencia (Munné y Cragh, 2006). Esto, implica incidir en la cultura de la mediación y el conflicto. Además, los participantes han podido analizar su realidad, su experiencia vivida y decidir respecto a su futuro y generar opciones de cambio, incorporando nuevas estrategias en su manera de enfrentarse al conflicto, coincidiendo con los planteamientos de Giralt y Miguel (2004) por lo que se refiere a la prevención al utilizar la mediación como herramienta de intervención psicosocial.

La aplicación del programa mediante el proceso de mediación transformativa logró la expresión o exteriorización de problemas o conflictos latentes, y de esta manera se pudieron construir significados sociales positivos que permitie-

ron a los participantes aprender a manejar mejor sus diferencias. Por ello, se obtuvo una buena puntuación en la satisfacción del programa en los 3 programas pilotos aplicados (ver tabla 1 y 2). Los participantes realizaron un aprendizaje consciente respecto a los cambios acontecidos como consecuencia del programa (comprensión de necesidades, mejora de la comunicación, desarrollo de habilidades y confianza en resolver situaciones difíciles...).

Por tanto, el poder disfrutar de las relaciones interpersonales, vivir el envejecimiento de una manera más activa y productiva, con pensamientos más positivos, sintiéndose las personas mayores, especialmente, “parte” de la sociedad en lugar de sentirse “apartados”, se contribuye de esa manera a mejorar su salud, su calidad de vida y su bienestar.

Así, nuestra investigación se suma a otros trabajos publicados sobre la eficacia de las intervenciones dirigidas a fomentar la independencia de las personas mayores que viven tanto en la comunidad como en centros institucionales (Pinazo y Sánchez, 2005), aunque considerando, en nuestro caso, tanto los actores directamente implicados (los mayores) como los que lo son indirectamente (profesionales, familiares, centros).

En base a lo expuesto anteriormente podemos decir que la mediación como técnica de resolución de conflictos con el enfoque psicosocial adoptado y la metodología utilizada nos ha permitido entender y abordar los conflictos (Giralt y Miguel, 2004) en un espacio de ocio y tiempo libre, y transformar las relaciones de convivencia. Por consiguiente, esto abre un espacio de posibilidades para seguir investigando y demostrar científicamente la utilidad de la mediación para la resolución de los conflictos en múltiples contextos y tipos de problemas en línea con los planteamientos de Villagrasa (2004). Además, para las ciencias sociales y el ámbito gerontológico un incremento de los estudios y la práctica de la mediación puede significar el perfeccionar el instrumento para la solución de conflictos (Serrano y otros, 2006) para envejecer de forma más satisfactoria. También, se podrían solucionar las carencias en la investigación sobre la mediación señaladas en la literatura (Serrano y otros, 2006), analizando los modelos de mediación utilizados, además de estudiar el cómo las intervenciones pueden producir resultados efectivos.

El futuro de los programas de mediación

Es importante que en el futuro los programas respondan a un modelo dinámico, adaptado al entorno sociocultural y a los condicionantes estructurales. Estos deben poder ser utilizados con la suficiente flexibilidad para poder ir ajustando la intervención psicosocial a las problemáticas de los participantes y a la

realidad de los centros y/o de la comunidad. En base a nuestro modelo los objetivos de los programas deberían centrarse principalmente en

- Ofrecer un espacio para la expresión de necesidades y sentimientos de cada persona y/o de cada grupo.
- Analizar los problemas y sus causas, los actores involucrados (las relaciones de poder y dependencia) y los factores de la situación, las cuales facilitan o moderan el conflicto.
- Aportar herramientas para apoderar a los participantes y ofrecer propuestas de resolución cooperativa y negociada del conflicto.

La metodología usada en nuestro programa ha sido muy útil, para ir conduciendo el proceso transformativo en las situaciones de conflicto, permitiendo además un mejor ajuste de la acción mediadora. En sucesivas aplicaciones se deberían estructurar diversas fases y aumentar el número de sesiones para conseguir mejores aciertos en el procedimiento y especialmente en la gestión de los conflictos asociados a las personas mayores, las cuales requieren una atención especializada. Así, en un futuro se debería plantear el diseño y la implementación de programas junto con su evaluación sistemática desde los enfoques que han sido propuestos en nuestro trabajo. Con todo ello, estaríamos construyendo las bases necesarias para trabajar en la cultura de la paz y en la prevención de los conflictos, los cuales comportan en la mayoría de los casos, cuando no se gestionan, efectos indeseados (situaciones de maltrato, insatisfacción con los servicios, etc.). De la decisión que tomemos sobre nuestro futuro, dependerán al fin y al cabo nuestros resultados.

A partir de nuestro trabajo visualizamos un horizonte de posibilidades para seguir aplicando la mediación en el ámbito de las personas mayores. En la sociedad actual, atender a la diversidad debería ser fuente de cultura y de riqueza, así como evitar que la persona mayor pueda ser una fuente de desigualdad o de apreciación negativa. Las personas mayores si han añadido “vida a los años” poseen sabiduría para ser utilizada al servicio de la comunidad. Estos, suelen demandar mayor participación social y desean sentirse parte de esta sociedad para construir con ella, sobre la base de la experiencia del pasado, un futuro mejor. Por todo ello, los programas de mediación pueden ser utilizados para fomentar el *envejecimiento activo* y/o como actividades de ocio y tiempo libre, las cuales pueden ir más allá de una mera actividad. También, no se puede olvidar la función de *apoderamiento* de estos programas, que además permiten reconocer el papel de nuestros mayores en la transformación social. La mediación se puede dirigir para responder a los conflictos inevitables que afectan al colectivo de personas mayores, o a los colectivos que forman parte de su entorno más específico. También se podría pensar en la formación de mediadores naturales para poder dar servicio a la comunidad, haciendo que la sociedad fuera más justa e igualita-

ria en la que todos podamos ganar. Es evidente, que con todo ello, además, estaremos contribuyendo a una sociedad en la que se ocupa activamente de una parte del tiempo libre y del ocio, generando salud, calidad de vida y bienestar.

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos de la satisfacción del programa*

ITEM	CORNELLÁ		MOLINS DE REI		PAÍS VASCO		TOTAL MUESTRA	
	Media	Sd.	Media	Sd.	Media	Sd.	Media	Sd.
Comprender las necesidades, deseos y valores de cada uno	8,15	1,864	8,93	1,486	6,56	1,632	7,84	1,916
Mejorar la comunicación y el entendimiento	8,54	1,391	8,47	1,125	6,94	1,731	7,93	1,605
Desarrollar algunas habilidades para la cooperación y la negociación	8,31	1,702	7,87	2,232	7,13	1,586	7,73	1,885
Asumir la responsabilidad de los propios actos y sus consecuencias.	8,69	1,702	8,20	1,781	6,69	1,250	7,80	1,773
Creer en nuestras posibilidades para transformar las situaciones difíciles	8,15	1,908	8,13	2,100	7,00	1,713	7,73	1,945

Tabla 2. *Frecuencias y porcentajes de la pregunta sobre si recomendarían el programa de mediación*

ITEM	CORNELLÁ		MOLINS DE REI		PAÍS VASCO		TOTAL MUESTRA	
	FR.	%	FR.	%	FR.	%	FR.	%
SÍ	13	100,0	14	93,3	15	93,8	42	95,5
NO	0	0	1	6,7	1	6,3	2	4,5
Total	13	100,0	15	100,0	16	100,0	44	100,0

Bibliografía

- ACLAND, A. (1993): *Como utilizar la mediación para resolver conflictos en las organizaciones*. Barcelona: Paidós.
- ALZATE, R. (1998): *Análisis y resolución de conflictos: Una perspectiva psicológica*. Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibersitatea.
- AMAT, P; BARREIRO, A. y TATTER, M. (2004): "Hacia un nuevo paradigma: La mediación apreciativa". *Jornadas de Diálogos apreciativos: el socioconstruccionismo en acción*, Oñati, 10-11 abril.
- ARMADANS, I; MANZANO, J; SORIA, M. (2007): "Envejecimiento y calidad de vida: análisis de los conflictos en personas mayores "activas" y en la convivencia en centros de tiempo libre". *Revista Multidisciplinar de gerontología*, 17 (1) pp.7-12.
- CASCÓN, P. (2000): "Educar para la convivencia en los centros". *Cuadernos de Pedagogía*, 287, pp. 61-66.
- DE DIEGO, R. y GUILLÉN, C. (2006): *Mediación. Procesos, tácticas y técnicas*. Madrid: Pirámide.
- FOLBERG, J. and TAYLOR, A. (1992): *Mediación: Resolución de conflictos sin litigio*. Mexico: Limusa.
- GIRALT, P. y MIGUEL, S. (Coords.) (2004): *Mediació comunitària i transformació social. Conceptualització i pràctiques Europees*. Barcelona: Fundació Pere Tarrés.
- GIRÓ, J. (2007): "Los derechos de las personas de edad en el ejercicio de la ciudadanía", en Giró, J. (coord), *Envejecimiento, autonomía y seguridad*. Logroño: Universidad de la Rioja, pp.17-45.
- MAÑÓS, Q. (2002): "La mediación en l'àmbit de les persones grans", en Sánchez-Valverde (Coord.), *Quadrens d'educació social: Un present a incorporar, un futur a descobrir*, 1, 55-78.
- MUNNÉ, M. y MAC-CRAGH, P. (2006): *Los 10 principios de la cultura de mediación*. Barcelona: Graó.
- MUNUERA, P. (2006): "Mediación en situaciones de dependencia: Conceptos claves y marco jurídico relevante". *Acciones e investigaciones sociales*, 1, pp. 262-263.
- PINAZO, S. y SÁNCHEZ, M. (2005): "Claves para comprender la posición actual de la Gerontología. Justificación de la obra", en J. Pinazo y M. Sánchez (dir). *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. (pp.3-34). Madrid: Paerson Prentice Hall.
- RODRÍGUEZ, C. (2005): "Innovaciones de la mediación: La mediación multiparte. Aplicaciones de la mediación al trabajo con grupos". *Trabajo Social hoy. Primer semestre*, 135-145.
- SCHMITZ, S. (1998): "Mediation and the elderly: What mediators need to know". *Mediation Quarterly*, 16(1), pp.71-84.

- SERRANO, G; LOPES, C; RODRÍGUEZ, D; MIRÓN, L. (2006): "Características de los mediadores y éxito de la mediación". *Anuario de Psicología Jurídica*, vol.16, pp. 75-88.
- SLOANE, P; ZIMMERMAN, S.; WILLIAMS, C.; REED, P; GILL, K.; PREISSER, J. (2005): "Evaluación de la calidad de vida en gente mayor dependiente con demencia". *The Gerontologist*. Vol. 45, pp. 37-49.
- SOLETO, H. y OTERO, M. (2007): *Mediación y Solución de Conflictos. Habilidades para una necesidad emergente*. Madrid: Tecnos.
- URY, W. (1999): *Alcanzar la paz. Resolución de conflictos y mediación en la familia, el trabajo y el mundo*. Barcelona: Paidós.
- VARONA, F. (2006): "La investigación apreciativa: una nueva manera de descubrir, crear, compartir, e implementar conocimiento para el cambio en las organizaciones". *Segunda Jornadas sobre nuevos enfoques de la gestión de RRHH en las Administraciones Públicas. Palacio Congresos Europa*. Vitoria-Gasteiz: 21, 22 y 23 de junio de 2006.
- VILLAGRASA, C. (Cord.) (2004): *La mediación. L'alternativa multidisciplinària a la resolució dels conflictes*. Barcelona: Universidad de Barcelona, Ed. Pòrtic.
- VINYAMATA, E. (1999): *Manual de prevención y resolución de conflictos. Conciliación, mediación, negociación*. Barcelona: Ariel Practicum.
- (2004): *Guerra y paz en el trabajo: conflictos y conflictología en las organizaciones*. Valencia: Tirant lo Blanc.

LAS PERSONAS DE EDAD FRENTE A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y LA PUBLICIDAD

Cristina Olarte Pascual
Universidad de La Rioja

Aproximadamente 16.108 millones de euros se dedican actualmente a publicidad a través de los distintos medios de comunicación. Este hecho se traduce en una media semanal de unos 700 impactos sobre cada adulto español. Estos datos colocan a España en el tercer puesto del ranking mundial de saturación publicitaria, por detrás de Estados Unidos e Indonesia con 789 y 728 anuncios respectivamente (Infoadex, 2008; Initiative, 2006). La *comunicación* es uno de los principales factores que rige la vida de las sociedades modernas, condiciona su progreso y determina, en muchos casos, las condiciones económicas, políticas, sociales e incluso tecnológicas.

Uno de los principales segmentos de población y de audiencia se encuentra actualmente en las personas mayores de sesenta y cinco años. El medio más importante para este segmento es la televisión ya que más del 90% de los individuos mayores de sesenta y cinco años dedican 5,1 horas de media diaria a ver la televisión. El tiempo medio de la sociedad española actual frente al televisor es de 3,6 horas. Este hecho pone de manifiesto que existe un vínculo real entre las personas de edad, la televisión y sus hábitos que resulta preciso analizar ya que es un medio con gran influencia en los comportamientos. La publicidad y la comunicación comercial forma parte de los contenidos de los programas afectando a las audiencias.

La comunicación es el elemento en la mezcla de Marketing más visible. Sirve para informar, persuadir y recordar al mercado sobre la organización, sus

productos y sus ideas. Esta información transmitida es fundamentalmente persuasiva, destinada a facilitar la venta de productos o servicios. Cada vez mayor número de organizaciones públicas y privadas se fijan las personas mayores debido a que es un *target* numeroso que actualmente representan más de la cuarta parte del gasto en productos de gran consumo (alimentación, bebidas y droguería), con mayor nivel cultural, vida más activa y mejor estado de salud. Según Ana Berdié, Directora de Marketing y Desarrollo de Producto en TNS Worldpanel: *Los consumidores que denominamos seniors aportan ya un 26 por ciento del dinero que anualmente se mueve por las cajas registradoras de los establecimientos de gran consumo de nuestro país, en lo que respecta a alimentos envasados y bebidas* (eleconomista.es, 2007)

Para analizar la participación del receptor mayor en el proceso de comunicación de las organizaciones, se toman como referencia dos teorías o tendencias opuestas que centran sus argumentos en el análisis de los efectos de los medios de comunicación, principalmente masivos, en función de la actitud que suscitan en el receptor del mensaje.

- El primer enfoque supone que los mensajes actúan sobre un *receptor pasivo*, que los asimila de modo no crítico.
- El segundo, sostiene que el *receptor es activo* y se comporta de acuerdo con mecanismos principalmente racionales y motivacionales. Este receptor activo actúa de manera selectiva en busca de los contenidos que le permitan satisfacer ciertas necesidades, manteniéndose crítico frente al mensaje y siendo capaz de diferenciar lo real de aquello que ha sido creado por los emisores.

Los planes de marketing dirigidos a personas mayores pueden observarse diariamente en la multitud de campañas de comunicación que se promueven en las sociedades desarrolladas como la nuestra. La comunicación de las organizaciones adquiere su legitimación en la necesidad de transmitir informaciones al público y de recoger del mismo los datos que permitan ajustar su estructura a los requerimientos del entorno, a fin de mantener un funcionamiento óptimo en consonancia con un objetivo que aúne los intereses internos con los sociales. En este sentido, comprender el comportamiento del público objetivo es una tarea esencial para los gestores de Marketing. Se ha realizado un gran esfuerzo para conocer las relaciones entre los estímulos de Marketing y la respuesta de los consumidores. En esta línea se pretende estudiar el comportamiento de los mayores frente a los medios de comunicación partiendo de la *hipótesis* general que sostiene que tanto las actitudes como el comportamiento deben estar estrechamente relacionadas con el esfuerzo de Marketing que realizan las organizaciones y que llega efectivamente a través de los medios de comunicación.

La respuesta de los consumidores depende de factores culturales, sociales, personales y económicos, además de los de Marketing. El estudio se centra en el comportamiento frente a los medios, como elemento de síntesis del esfuerzo de Marketing y estímulo de la respuesta de los consumidores mayores, aunque existen otros muchos factores. En la evolución del pensamiento estratégico, gran cantidad de autores coincide en afirmar que en los años noventa el concepto de valor ha sido predominante para el consumidor (Vantrappen, 1992). Además el enfoque postmoderno de la disciplina resalta, entre otros aspectos, cómo existe una confusión entre el mundo real y el simbólico (Brown, 1995; Firat y Venkatesh, 1995). En este contexto, las organizaciones deben reforzar su cultura para ser capaces de gestionar un intercambio relacional eficaz y eficiente (Grönroos, 1995; Berry, 1995; Sheth y Parvatiyar, 1995; Blois, 1997). Todo ello conduce a la creación de una ventaja competitiva sostenible (Hunt, 1997; Fournier, Dobscha y Mink 1998; Rowe y Barnes, 1998).

En la economía actual, deben intentar implicar a consumidores altamente preocupados por su nivel de vida que compran productos o utilizan servicios para satisfacer tanto sus necesidades funcionales como psicológicas. Las diferencias que existen entre los productos y servicios se fundamentan, en muchas ocasiones, en valores creados por la comunicación y que tan sólo adquieren sentido porque el mercado los acepta pese a que no tengan una consistencia real efectiva. En consecuencia, para valorar una marca o un producto es necesario contemplar este conjunto de intangibles que se intenta sintetizar en la imagen.

La comunicación se convierte en el vehículo esencial de relación entre oferentes-intermediarios-demandantes de tal forma que la respuesta del público depende de la efectividad y frecuencia de la comunicación. En este sentido, las organizaciones cada vez son más conscientes del papel tan determinante que puede desempeñar la comunicación para alcanzar sus objetivos. Hoy en día la mayoría de la población reconocen el papel que desempeñan los medios de comunicación como grupos de presión ante los gobiernos o ante grupos internacionales y, quizás lo más importante, el papel que desempeñan en la movilización y sensibilización de la sociedad. En el ámbito mundial además actúan también como agentes creadores de opinión pública.

En las siguientes páginas se recogen las principales aportaciones que se han realizado desde el campo del comportamiento del consumidor al Marketing, se describen los comportamientos de los mayores frente a los medios denominados convencionales (televisión, prensa, radio e Internet) y se reflexiona sobre el peculiar comportamiento que tienen las personas de edad en sus audiencias frente a la población en general mostrando que buena parte de los hábitos de ocio tienen que ver con ciertos medios de comunicación de masas y en especial la televisión.

Comportamiento de consumo y marketing

Desde los inicios de los estudios sobre los hábitos de las audiencias en España, el público mayor de edad no ha sido objeto de atención sustancial por parte de los investigadores. La comprensión del comportamiento de las personas mayores es fundamental para alcanzar los objetivos de Marketing y ventas de las organizaciones. Para ello resulta necesario identificar los diferentes factores susceptibles de influir en los consumidores mayores, entender el proceso que atraviesan en las decisiones de compra o uso, respondiendo a los interrogantes de cómo las variables psicológicas, los factores sociales y económicos y las diversas situaciones influyen en su comportamiento de compra en general y de consumo de los medios de comunicación en particular, e incluso, cómo utiliza los medios de comunicación para satisfacer sus necesidades. La conjunción de todos estos factores en el proceso de decisión, junto con los efectos y la retroalimentación que provocan pueden conformar el Modelo General de Comportamiento de Consumo de los medios de comunicación de las personas de edad.

El estudio del comportamiento del consumidor en general utiliza los conocimientos multidisciplinares aportados por las Ciencias de la Conducta, como la Economía, la Sociología y la Psicología, que permiten entender mejor por qué y cómo se compra. En su análisis se incluyen, entre otros, aspectos como la dimensión que tienen en el proceso de decisión las fuentes de información comercial y social, la cultura, los grupos de referencia y pertenencia, las actitudes, percepciones, experiencias y motivaciones (Esteban Talaya, 2006: 108-130).

Los diferentes enfoques que han abordado el estudio del comportamiento se centran en la orientación denominada psicosociológica, que incluye principalmente variables psicológicas, íntimamente relacionadas con la satisfacción de las necesidades, y variables externas procedentes del entorno. Ambos tipos de factores se interrelacionan en el Proceso de Aprendizaje, conformado por las diferentes situaciones y la experiencia que ha ido acumulando un individuo y que determinan el comportamiento de compra, tanto presente como futuro.

Para los decisores comerciales que actúan bajo el enfoque de Marketing, el individuo es el integrante fundamental de todas las acciones y debe ser el núcleo central de todas las decisiones que se adopten. La identificación y comprensión de las necesidades y preferencias de las personas mayores son factores determinantes de las oportunidades de negocio y beneficio de las organizaciones. El análisis del comportamiento se deriva, por lo tanto, del enfoque de Marketing, ya que su objetivo básico es satisfacer las necesidades de los consumidores generando valor y fidelidad. Para ello, es preciso anticipar el conocimiento

de los productos que desean y el proceso que siguen para intentar satisfacer esas necesidades y deseos.

Para comprender el comportamiento de las personas mayores se pueden usar tres categorías de variables, según su influencia proceda del mercado, de la empresa o del producto:

Los *factores de mercado* están relacionados con su amplitud y extensión, en nuestro estudio referido a la oferta de medios de comunicación cuya elección se convierte en un acto relevante en la vida del consumidor mayor. La decisión se basa más en la elección o selección para su uso que en la propia acción de compra. El mecanismo de compra es, por lo tanto, un proceso de comprensión asumido por parte de los consumidores en sus experiencias diarias.

Los *factores de las empresas* recogen la utilización por las organizaciones del Marketing orientado hacia el mercado, ya que son conscientes de que la satisfacción de las necesidades y deseos de los usuarios permite, de forma simultánea, la consecución de los objetivos personales y de las organizaciones. La pregunta es qué hacen los distintos medios y soportes para atraer a las personas mayores.

Los *factores del producto* inciden en que el comportamiento de los usuarios de los medios de comunicación es un proceso complejo, que incorpora muchas variables de influencia y cuyas interrelaciones provocan una respuesta no lineal. Entre estos factores destacan:

- Los consumidores simplifican el proceso de decisión agrupando marcas similares por categorías de productos (por ejemplo prensa frente a televisión), por lo que, cuando aparece una nueva marca (una nueva cadena o e incluso un nuevo programa), el usuario ya sabe muchas cosas de ella, al asociarla a una categoría concreta, simplificando su proceso de decisión (Howard, 1993: 19-20).
- En función de la experiencia del público con los distintos medios y soportes.
- La implicación del usuario en el proceso de selección (emisora de radio) o compra (revista, periódico) en función de la importancia e interés que exista en relación al producto, ya que modifica la utilización de la información que recibe y la valoración por parte de los individuos de las alternativas posibles. La elección de una cadena de televisión frente a la compra de una revista no exige gran cantidad de información para decidir y en muchas ocasiones el mecanismo de compra repetitiva suele funcionar (fidelidad).

Junto a los factores señalados, existen importantes tendencias, en la actualidad, que afectan al comportamiento de compra de los consumidores en general

y de las personas mayores en particular que suponen oportunidades para las empresas. Estas tendencias son las siguientes (Esteban Talaya, 2006: 110-113):

- La concienciación de los consumidores en la búsqueda de una justa relación calidad-precio. El cliente quiere obtener lo que paga, comprobar el valor del esfuerzo que supone su desembolso. “Pagar por lo justo”, “lo barato sale caro”, son frases que se han incorporado a la mentalidad del consumidor. Un estudio sobre el sector de la hotelería (Reinares Lara, E. y Esteban Talaya, A., 1996) demostraba que uno de los factores que más consideraba el consumidor en la identificación del hotel ideal era la existencia de una buena relación calidad-precio.
- Existe una actitud ecológica y una preocupación por los efectos que las compras tienen en el medio ambiente natural. Por ello, el consumidor es cada vez más cuidadoso con los productos que pueden dañar las condiciones medio ambientales. Estas tendencias son consideradas por las empresas como oportunidades, destacando en sus acciones de Marketing la preocupación ecológica que les guía.
- Muchas personas encuentran las compras como una pérdida de tiempo y sienten que el acto de compra es frustrante. Esto ha provocado que las empresas desarrollen nuevas formas de venta.
- Los métodos tradicionales de venta y de compra están siendo complementados y en algunos casos incluso sustituidos por otros a medida que penetran las nuevas tecnologías informáticas en el mercado: venta por catálogo, venta por televisión o la red Internet, que están logrando en la actualidad altas cuotas de venta.
- Se están desplazando las compras irracionales a racionales y son mucho más cuidadosos con su desembolso de dinero. Por ello, muchos hipermercados están desarrollando como forma de alcanzar ventajas competitivas, programas de fidelización y recompensa o las marcas de la distribución.
- Los cambios en la familia y en la oferta de trabajo, están haciendo que cada vez más, hombres y mujeres, tengan similares oportunidades en las compras de productos y servicios. Ciertas cadenas de hoteles de negocios se están dirigiendo de manera específica al segmento mayor.
- Los hábitos de consumo de productos dietéticos reflejan una gran preocupación por la salud y el cuidado físico. Por otra parte, la media de edad de las poblaciones es cada vez más alta debido a la mayor expectativa de vida y a la baja tasa de natalidad.

Actualmente, la baja natalidad unida al crecimiento de la esperanza de vida provocará que los españoles de más de sesenta años sean más numerosos que

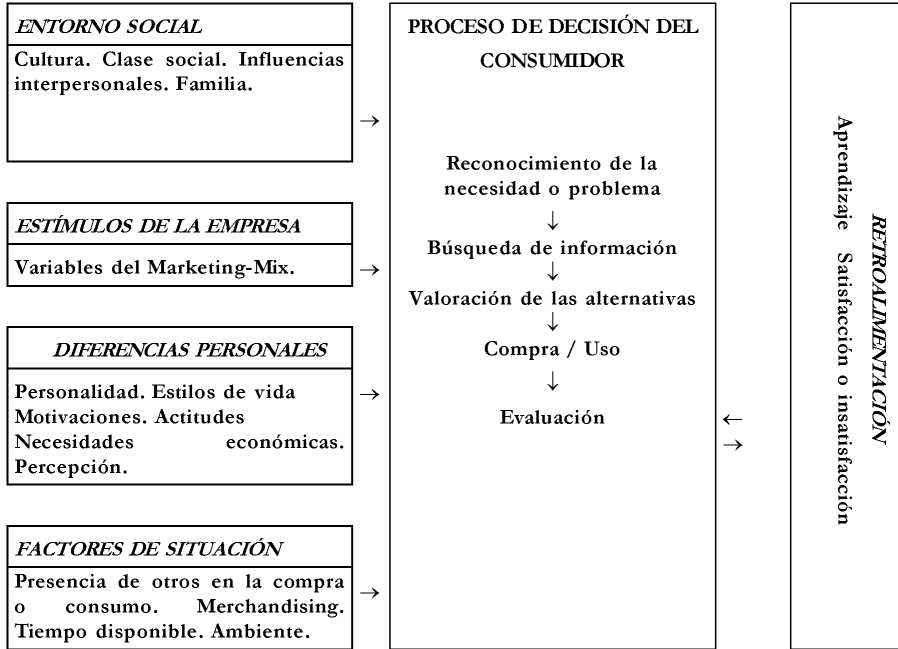
los niños en 2050 y representarán el 32% del total de la población mundial con un gran potencial de consumo (eleconomista.es, 2007). El segmento de personas mayores de cincuenta años tiene gran importancia en el mercado y, aunque tradicionalmente las personas por encima de esta edad eran consideradas por las empresas poco atractivas comercialmente para ciertas categorías de productos, en este momento, muchas organizaciones son conscientes de la potencialidad y atractivo de este segmento. Dos ejemplos de ello pueden extraerse del complejo sector de la alimentación. En los años 70, los productos dietéticos se orientaban a segmentos de mercado muy concretos, como los diabéticos, pero desde los años 80 las grandes marcas incorporaron a su gama los productos light orientados a segmentos muy amplios que proporcionan un elevado volumen de ventas. Por otro lado, el segmento de personas mayores de cincuenta años, con necesidades específicas de alimentación, es atendido con productos probióticos dirigidos a cuidar su salud mediante vitaminas o minerales añadidos, por ejemplo, a la leche.

El proceso de decisión de compra

El comportamiento de compra y consumo varía dependiendo del tipo de producto y de las características de los individuos. No es lo mismo la decisión de comprar del periódico que la de la película de televisión que voy a ver. Por ello, resulta difícil identificar las diferentes situaciones que concurren en el mercado y que provocan elecciones distintas. No obstante, es necesario partir de un modelo que recoja los principios generales de decisión y que permita reducir la incertidumbre de las decisiones de Marketing.

Existen diferentes tipos de modelos que se pueden aplicar en la elección del consumo de medios por parte de los consumidores en general atendiendo a las posibilidades de describir o predecir el comportamiento o de identificar las fases y variables de influencia que intervienen en el proceso, e incluso dependiendo de la dimensión de la unidad de análisis. A continuación se presenta un Modelo General que tiene por objetivo mostrar las diferentes etapas del proceso, las variables que intervienen y sus interrelaciones. Este modelo es el reflejo del estudio de las relaciones entre los estímulos de Marketing y el entorno, filtrados por los condicionantes y respuestas del consumidor. Existen muchos modelos globales que consideran las principales etapas del proceso de decisión de compra y las variables básicas que influyen en el comportamiento del consumidor, como los propuestos por Engel, Kollat y Miniard (1993), Howard y Sheth (1969) y Bettman (1979; 37-53).

Figura 1. *Modelo general de comportamiento del consumidor*



Fuente: Adaptado de Esteban Talaya (2006, 115).

Búsqueda de información

Después de reconocer el problema, el consumidor comienza la búsqueda de información. El individuo realiza un análisis interno de la información disponible que posee, a través de la memoria, cuyo acceso es rápido, aunque en ocasiones es incompleta o inadecuada. El análisis externo implica buscar la información suministrada por las empresas a través de un contacto adecuado con el público objetivo. También se puede obtener información externa por medio de familiares, amigos o artículos en revistas especializadas. La información no proveniente de las acciones de las empresas y, por lo tanto, fuera de su control, puede ser particularmente útil y convincente para el consumidor, porque suele ser más objetiva al no buscar una finalidad concreta, como la venta.

Valoración de las alternativas

Posteriormente a la búsqueda de información por medios internos y externos, se valoran las posibilidades que están a su disposición. Esta evaluación de

alternativas se basa en las creencias individuales sobre las prestaciones o características del medio o soporte y son la base de las actitudes del consumidor que determinan la intención y el comportamiento como audiencia.

Decisión y evaluación

Una vez seleccionada la alternativa más adecuada a juicio del consumidor, se adquiere o se consume dando lugar al concepto de retroalimentación, compuesta por elementos como los sentimientos que produce, la lealtad o rechazo hacia una marca, un soporte o un programa que influyen de nuevo sobre el proceso de decisión y cuyos factores más destacados son el aprendizaje, la satisfacción o insatisfacción y la disonancia cognoscitiva.

Factores del proceso general de decisión de compra

La secuencia del proceso de decisión puede estar influida por un número elevado de variables, entre las que caben destacar: el entorno social, las diferencias personales y los llamados factores de situación. Todos estos factores tienen gran implicación en el diseño e implantación de la estrategia de Marketing.

El entorno social afecta directamente a cada etapa del proceso de decisión de uso, compra y consumo, comenzando por las necesidades experimentadas y las opciones que se consideran para satisfacerlas, hasta la evaluación de las mismas. En muchos casos, las influencias de la familia y amigos pueden ser más persuasivas que cualquier otra fuente de información. Este entorno está formado principalmente por la cultura, la clase social, la familia y las influencias interpersonales.

La familia interviene y condiciona los comportamientos. Las pautas de comportamiento y los valores adquiridos durante la infancia no son fáciles de cambiar. La familia influye en los comportamientos de compra, valores y actitudes de las personas, pero además, los miembros de la familia también influyen en la decisión de compra familiar a través de su interpretación de los diferentes roles, como decisor, influyente, comprador o usuario.

Los líderes de opinión influyen en el comportamiento del consumidor a través de sus opiniones difundidas en los medios de comunicación. Los líderes eran originalmente vistos como intermediarios entre las empresas y el consumidor. Estos líderes o expertos de mercado pueden ser buenos consumidores, conocedores de los productos y los lugares de compra, y comparten esta información con otros consumidores, aunque no necesariamente consumen esos productos. La opinión de los periodistas especializados ejerce una gran influencia para ciertos productos. Por otra parte, los prescriptores también influyen en

el comportamiento del consumidor a través de sus prescripciones de productos, como las medicinas recetadas por un médico.

El comportamiento de los consumidores es complejo, siendo difícil de analizar según el conocimiento que el propio individuo tenga de sus motivos de compra y el interés en reconocerlos u ocultarlos. A veces no se puede explicar por qué se compra una cabecera de un diario o se ve un determinado programa de televisión. Otras veces, no se desea hacer público un determinado comportamiento. El enfoque motivacional propone el estudio del comportamiento averiguando las causas últimas que lo motivan. Por otra parte, una decisión puede ser el resultado de varios motivos conscientes e inconscientes, pudiendo existir incluso motivos contradictorios.

No se pueden olvidar los *condicionantes económicos* que hacen referencia a la forma de gestionar los esfuerzos de tiempo y dinero en la compra de productos. El comportamiento está determinado por sus circunstancias económicas, en la medida en que dispone de unos recursos limitados, y por los esfuerzos de tiempo invertidos en la decisión. Ambos aspectos se evalúan en relación a la utilidad que proporciona el producto. Desde esta perspectiva, las necesidades económicas guían el comportamiento del consumidor, buscando el precio más bajo, una adecuada relación calidad-precio o el producto más accesible en un día muy ocupado.

Todos los factores señalados procedentes del entorno social, las diferencias personales y las situaciones pueden influir de manera diferente en el proceso de decisión dependiendo de aspectos relacionados con la implicación que el sujeto tenga con la compra y el conocimiento que previo que exista de los productos y marcas en el mercado, modificando incluso el proceso mostrado en el modelo general de comportamiento de compra. Existen compras de alta implicación que suelen ser consecuentes con la lógica mostrada en la secuencia del modelo general de comportamiento. Las decisiones de baja implicación son consecuencia de la existencia de un relativo o escaso interés personal hacia la compra. Estas decisiones implican un proceso más simple, donde la búsqueda y evaluación de información se reduce enormemente. Cuando existe poco riesgo en la compra muchas veces actúa o influye la notoriedad de la empresa o la marca en el mercado.

Teniendo en cuenta los objetivos específicos del trabajo, la información necesaria para alcanzarlos tiene que ser obtenida de las numerosas fuentes que analizan las audiencias de los distintos medios. Para ello se han establecido una serie de actividades relacionadas con la captación de información en función de las metas propuestas. Así el trabajo se ha desarrollado en cuatro etapas consecutivas:

1. Revisión de las fuentes secundarias para crear una base con los datos relevantes que permiten identificar los comportamientos de las personas

mayores tomando como referencia de comparación la población en general. La base de trabajo han sido los informes del sector publicados Infoadex (1993-2007), Estudio General de Medios (2000-2007), CIS (2006), Media Edge (2006-2008) y TNS (2007)

2. Elaboración de una matriz de datos en la que se recogen las distintas variables observadas (1979-2000).
3. Transformación de la matriz de datos para poder realizar comparaciones en términos reales.
4. Análisis y explotación de los resultados en función de los objetivos planteados.

La *comunicación* es el proceso de trasmisión de información que pone en contacto al emisor con el receptor al que difunde un mensaje, mediante la utilización de un código y en un contexto, conocido por ambos, y trasferido a través de un canal que lo conduce (Esteban *et al.*, 2006: 626). La Real Academia de la Lengua Española define *medio de comunicación* como el órgano destinado a la información pública (buscon/rae.es); pero pueden tener otros objetivos como comunicar, informar, entretener, formar opinión o enseñar entre otros.

El Plan de Marketing necesita que el mercado conozca, acepte y demande las ofertas de las compañías. Para que los mensajes lleguen a sus destinatarios (público objetivo) los oferentes utilizan los medios de comunicación. Las organizaciones públicas y privadas invierten grandes cantidades en comunicación comercial y los medios de comunicación sirven de canal entre la organización y sus públicos.

Evolución de la inversión publicitaria en España

La inversión publicitaria en España en los últimos 20 años, en términos reales¹, ha pasado de 326.196 millones de pesetas en 1979 a alcanzar la cifra de 1.824.552 millones de pesetas en 2000, lo cual supone un crecimiento de un 460%. Este incremento ha sido seis veces superior al crecimiento de la economía española, en la que el PIB aumentó un 71%. Estos datos revelan la importancia que ha tomado el sector como consecuencia del crecimiento del esfuerzo inversor de los anunciantes como forma de actuar frente a la saturación y globalización de los mercados. Las distintas formas de comunicación publicitaria pa-

1. Para poder comparar los datos de la serie se ha eliminando el efecto inflación, deflactando las series con los números índice del IPC con base en 1999 (fuente INE).

recen revelarse como un instrumento fundamental de gestión en el intento de mantener e incrementar el intercambio de productos, servicios o ideas entre demandantes y oferentes, ya sea en organizaciones con ánimo de lucro o sin él (Alameda *et al.*, 2001).

No obstante, la inversión publicitaria a lo largo de estos años no ha crecido de forma constante. Al contrario, ha sufrido las influencias de los cambios acaecidos en el entorno económico nacional (Figura 2). En este sentido cabe destacar los siguientes aspectos:

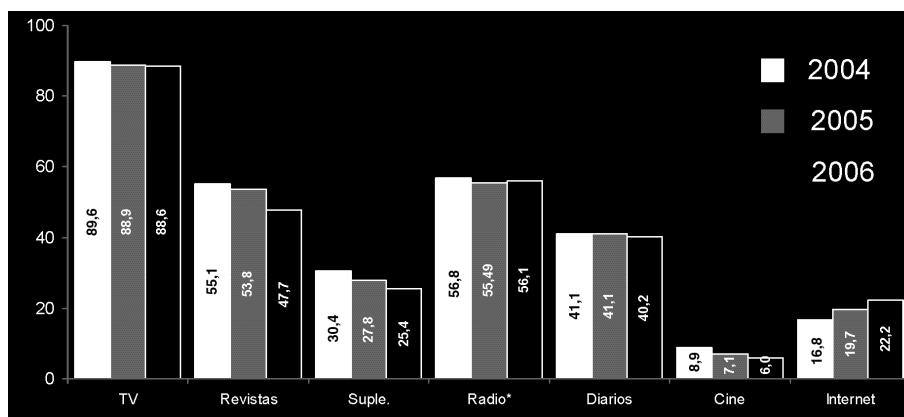
- En el período 1979-1985 hay un crecimiento sostenido que se sitúa por debajo del 11,34%, exceptuando el año 1982 que fue del 20,13%. Este hecho podría explicarse por la celebración de los mundiales de fútbol ya que muchos de los anunciantes aprovecharon la indudable notoriedad de este evento como, por ejemplo, con el agresivo lanzamiento de los distintos sistemas de vídeos.
- De 1986 a 1989 es dónde se observan los mayores crecimientos a lo largo de las dos décadas analizadas, situándose en un intervalo entre un 23,04% y 15,56%. Además es la época en la que se produce mayor diferencia con el crecimiento del PIB. Entre las razones explicativas puede destacarse que en esta época se experimentó el mayor crecimiento económico sostenido de los últimos 20 años en España. Esta fase expansiva se materializa en un mercado receptivo y, consecuentemente, los anunciantes incrementan su presión publicitaria superando la capacidad de la oferta, en cuanto a medios y soportes se refiere, y provocado un encarecimiento de las tarifas.
- El periodo 1990-1996 se caracteriza por un fuerte descenso en la inversión publicitaria con respecto al anterior (Tabla 2). El menor desarrollo durante 1991, 1992 y 1993, unido a la disminución sufrida en 1990, 1994, 1995 y 1996 puede deberse a la influencia de la crisis económica mundial que surge a principios de 1990 y que en la economía española no comienza a notarse, de una forma severa, hasta 1993.

Figura 2. *Inversión publicitaria (1979-2000)*

AÑOS	EVOLUCIÓN DE LA INVERSIÓN PUBLICITARIA ESTIMADA EN MILLONES DE EUROS CORRIENTES			EVOLUCIÓN DE LA INVERSIÓN PUBLICITARIA ESTIMADA EN MILLONES DE EUROS CONSTANTES DE 1999		
	Medios convencionales	Medios no convencionales	Total convencionales	Medios convencionales	Medios no convencionales	Total
2000	5669,0	5.761,9	11.430,9	5.451,0	5.540,3	10.991,3
1999	5.122,0	5.331,6	10.453,7	5.122,0	5.331,6	10.453,7
1998	4.401,3	4.754,5	9.155,8	4.502,9	4.864,4	9.367,3
1997	3.896,5	4.066,7	7.963,2	4.059,6	4.237,0	8.296,6
1996	3.662,0	3.875,2	7.537,2	3.890,5	4.117,0	8.007,5
1995	3.544,4	3.777,2	7.321,6	3.899,6	4.155,7	8.055,3
1994	3.416,6	3.619,6	7.036,2	3.934,7	4.168,4	8.103,1
1993	3.374,4	3.596,8	6.971,2	4.069,5	4.337,7	8.407,2
1992	3.572,9	2.849,4	6.422,3	4.505,7	3.593,3	8.099,0
1991	3.341,6	2.247,0	5.588,6	4.463,7	3.001,5	7.465,2
1990	3.219,3	1.765,1	4.984,3	4.555,4	2.497,7	7.053,1
1989	3.897,6	1.283,1	5.180,7	5.886,1	1.937,8	7.823,8
1988	3.138,6	988,0	4.126,5	5.061,7	1.593,3	6.655,0
1987	2.488,0	765,1	3.253,0	4.206,5	1.293,5	5.500,0
1986	1.909,6	602,4	2.512,0	3.398,2	1.072,0	4.470,1
1985	1.445,8	451,8	1.897,6	2.799,0	874,7	3.673,7
1984	1.198,8	367,5	1.566,3	2.525,4	774,1	3.299,6
1983	1.006,0	289,2	1.295,2	2.358,4	677,9	3.036,2
1982	856,0	238,6	1.094,6	2.251,1	627,3	2.878,4
1981	625,3	171,1	796,4	1.881,4	514,8	2.396,1
1980	506,0	126,5	632,5	1.744,0	436,0	2.180,0
1979	394,0	99,4	493,4	1.569,2	395,9	1.965,0

Fuente: Adaptado de Olarte *et al.* (2001) elaboración propia a partir de los datos de Walter Thompson (1979-1989), Nielsen y Repress (1990-1992) e Infoadex (1993 a 2000). Para deflactar la serie se utiliza el IPC del INE. (1) Datos estimados.

Figura 3. Evolución de la distribución de la audiencia de los medios (datos en %)



Fuente: Adaptado de Estudio General de Medios (2004-2007).

A continuación se describen las principales características respecto al comportamiento de la audiencia de los diferentes medios y soportes, así como su vínculo con las personas de edad ya que existe una relación entre ocio-medios de comunicación-edad que afecta a los hábitos.

Televisión

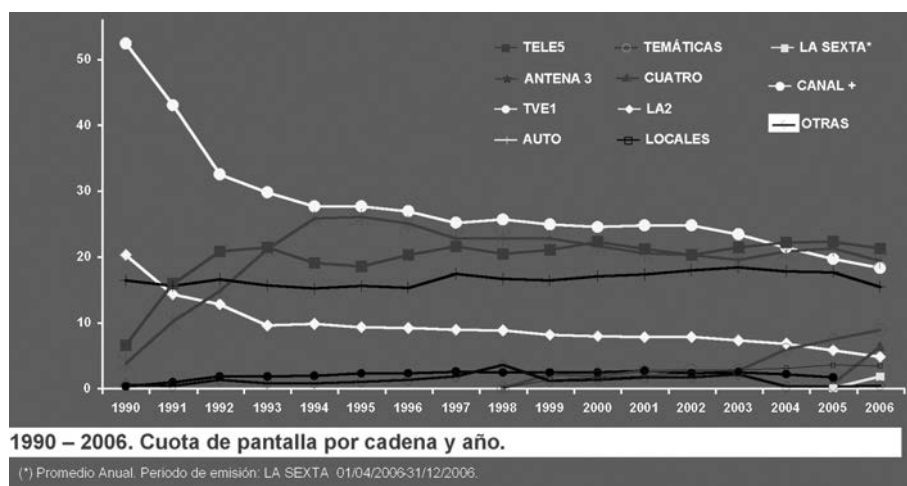
La televisión es un medio de naturaleza audiovisual que puede ser la principal fuente de información y entretenimiento para una amplia audiencia. Más del 90% de las personas mayores declaran ver la televisión todos o casi todos los días (CIS, 2006; 12). La oferta televisiva es variada: cadenas locales, autonómicas, nacionales, internacionales que emiten en formato analógico o digital. Los datos principales del comportamiento frente al televisor son los siguientes:

- Es el medio que más influencia tiene sobre las personas de edad.
- La televisión contiene el 44% de la inversión publicitaria total.
- La preferencia es la televisión tradicional frente al cable, TDT, de pago, satélite, TV móvil o las más 897 televisiones locales.

El crecimiento de la oferta televisiva en diversos formatos ha producido una fragmentación de las audiencias y como consecuencia la eficacia de los anuncios televisivos se ha reducido pero sigue siendo un medio muy eficaz.

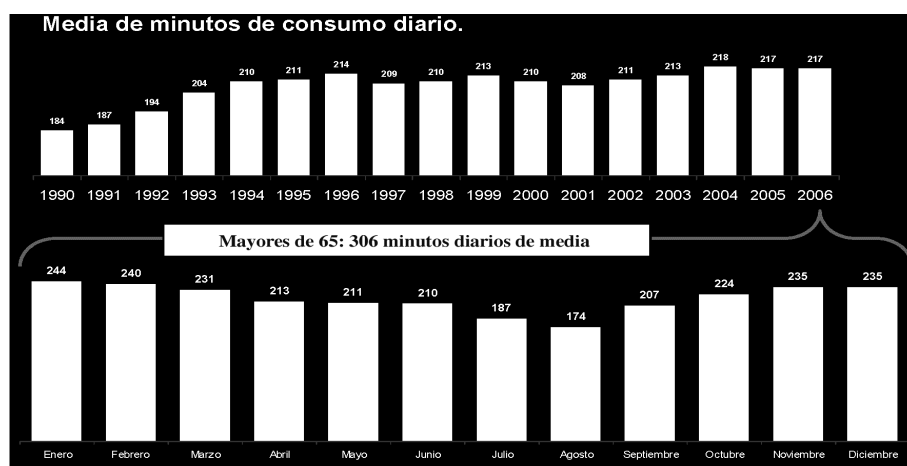
Los mayores dedican diariamente 306 minutos de media frente al televisor. Este habito supone anualmente 1.861 horas o lo que es lo mismo 77,6 días con sus noches por año frente al televisor. Se estima que anualmente se emiten 13.407 horas de publicidad (TNS y Mediaedge, 2007) lo que supone un impacto elevado sobre el grupo estudiado.

Figura 4. Evolución de la audiencia en televisión



Fuente: TNS. Ámbito: ESPAÑA. Individuos 4+.

Figura 5. Evolución de los minutos de visionado de televisión



Fuente: TNS. Ámbito: ESPAÑA. Individuos 4+.

Por franjas horarias las personas mayores sobresalen en todos los intervalos: 87 minutos en *prime time*, 85 minutos por la tarde, 72 minutos en la sobremesa, 35 minutos por la mañana (García Gutiérrez, 2004: 4).

El ranking de las cadenas por audiencia de personas mayores es el siguiente (EGM, 2007):

- Televisión española (27%)
- Antena 3 (18%)
- Tele 5 (16%)
- Canal sur (5%)
- La 2 (5%)
- TV3 (4%)
- Cuatro (3%)
- Sexta (2%)

Actualmente la saturación publicitaria, la contraprogramación (cambios en las programaciones con el objetivo de incrementar la audiencia) o el zapping, han contribuido a la aparición de nuevas formas publicitarias en televisión que transmiten menos sensación de saturación publicitaria y gozan de una buena aceptación por parte de los anunciantes y afectan de forma especial a audiencias con un alto nivel de exposición al medio.

Sorprende que existe una abundante literatura con estudios que relacionan el *consumo de televisión* con la aparición de ciertas *enfermedades y alteraciones del comportamiento* (García Gutiérrez, 2004: 2-3) pero centradas especialmente en el público infantil como síndrome de hiperactividad, déficit de atención, obesidad, malnutrición, falta de sueño o fracaso escolar, entre muchos otros. Estos aparentes efectos dañinos que provocan una dependencia física y emocional apenas han sido estudiados en el grupo de mayores de 65 años pese a los datos de audiencia apuntados.

La *teleadición* es un fenómeno actual entre la población mayor de sesenta y cinco años que exige una explicación más allá del simple dato sociodemográfico.

Prensa

Periódicos, revistas, suplementos y dominicales conforman una amplia oferta de medios en forma escrita, cuya ventaja principal es que permite argumentar y reflexionar. La figura 6 muestra que tan sólo un 33,5 % de las personas mayores de 65 años tienen hábito de lectura con una gran diferencia por sexos

(44,1% de los hombres frente al 27,8% de las mujeres declaran leer todos o casi todos los días) (CIS, 2006).

Figura 6. *Hábitos de lectura*

LEER	TOTAL	SEXO	
		Hombre	Mujer
Todos o casi todos los días	33,5%	44,1%	27,8%
Alguna vez a la semana.	23,7%	22,4%	24,6%
No lee	36,4%	31,5%	40,1%
No contesta, no sabe, otras respuestas	6,4%	2%	7,5%
Total	100	100	100

Fuente: Adaptado de Condiciones de Vida de las Personas Mayores (CIS, 2006).

Este comportamiento tiene su reflejo en los hábitos de lectura de diarios, suplementos y revistas, concretamente (AIMC, 2007):

- Media de lectura de *diarios* (información general, deportivos, económicos y prensa gratuita) se sitúa en 41,3 % de la población pero la penetración en el grupo de mayores de 65 es del 28,1 %. Los diarios preferidos son los gratuitos (20 minutos y Que).

Figura 7. *Ranking comparativo de los diarios más leídos*

MAYORES 65	TOTAL POBLACIÓN
20 Minutos (5 días de 7)	20 Minutos (5 días de 7)
Que (5 días de los 7)	Marca
El Mundo	El País
El País	Que (5 días de los 7)
Metro Directo (5 días 7)	Metro Directo (5 días 7)
ABC	El Mundo
Marca	Adn
La Razón	As
ADN	El Periódico
La Vanguardia	Abc

Fuente: Adaptado de Estudio General de Medios (AIMC, 2007).

- Los suplementos tienen una penetración del 25,2% sobre el total de la población. 17,8 de cada 100 individuos mayores de 65 declaran leer suplementos.

Figura 8. *Ranking comparativo de las preferencias en suplementos más leídos*

MAYORES 65	TOTAL POBLACIÓN
XL Semanal	XL Semanal
Magazine (La Vanguardia)	El País Semanal
Mujer de Hoy	Mujer de Hoy
El País Semanal	Magazine (La Vanguardia)
XL Semanal TV	Magazine (El Mundo)
Dominical	XL Semanal TV
Magazine (El Mundo)	Yo Dona
Yo Dona	La Revista Canaria C7
Plaers d'Avui	Brisas
La Revista Canaria C7	Presencia

Fuente: Adaptado de Estudio General de Medios (AIMC, 2007).

- Las revistas alcanzan al 26% de los mayores de 65 años mientras que su penetración es del 48,2% de la población para el total de la población.

Figura 9. *Ranking comparativo de las preferencias de lectura de revistas*

REVISTAS SEMANALES		REVISTAS MENSUALES	
Mayores 65	Total población	Mayores 65	Total población
Pronto	Pronto	Saber Vivir	Digital +
Hola	Hola	Digital +	Muy Interesante
Semana	Diez Minutos	Ono	Ono
Lecturas	Semana	Muy Interesante	El Mueble
Diez Minutos	Lecturas	El Mueble	Quo
Que me dices	Que me dices	National Geographic	National Geographic
Mía	Interviú	Labores del Hogar	Saber vivir
Teleprograma	El Jueves	RACC Club	Cosas de casa
Sorpresa	Cuore	Telva	Cosmopolitan
Interviú	Sorpresa	Quo	Casa 10

Fuente: Adaptado de Estudio General de Medios (AIMC, 2007).

Radio

La radio es un medio vivo y cercano que se puede escuchar en cualquier momento a la vez que se realizan otras tareas. Alcanza de forma regular al 48 % de las personas mayores de 65 años resultando el segundo medio en importancia tras la televisión. Desde una perspectiva general este medio se puede clasificar en:

- Radio generalista o convencional, que sigue los esquemas tradicionales con un locutor “estrella”, una programación variada y heterogénea.
- Radio temática o fórmula, eminentemente monográfica, musical o informativa.

Figura 10. *Hábito de escuchar la radio*

“OÍR LA RADIO”	TOTAL	SEXO	
		Hombre	Mujer
Todos o casi todos los días	48,0%	51,7%	45,3%
Alguna vez a la semana	21,7%	23,6%	20,3%
No la escucha	27,8%	22,6%	31,6%
No contesta, no sabe, otras respuestas	2,5%	2,1%	2,8%
Total	100	100	100

Fuente: Adaptado de Condiciones de Vida de las Personas Mayores (CIS, 2006).

Hay que destacar la clara preferencia de los mayores por la radio generalista con audiencias muy importantes: destaca la Ser con una media de 878.000 oyentes, le sigue la COPE con 698.000 oyentes, Radio Nacional R1 con 360.000 y Onda Cero con 270 mil oyentes.

Figura 11. *Ranking comparativo de las preferencias de emisoras de radio*

MAYORES 65	TOTAL POBLACIÓN
Ser	Ser
Cope	C40
Rne R1	Cope
Onda Cero	Onda Cero
R5tn	Dial
Punto Radio	Kiss FM
Catalunya Radio	Rne R1
Radio Olé	M80
Radio TeleTaxi	Cadena 100
Radio Euskadi	Europa FM

Fuente: Adaptado de Estudio General de Medios (AIMC, 2007).

Otros medios

El *cine* un medio de entretenimiento de naturaleza audiovisual que desde comienzos del Siglo XXI va perdiendo audiencia. Efectivamente, es el medio con menor crecimiento para el conjunto de la población que tampoco atrae al segmento analizado. Declaran asistir al cine 5,8 % de la población; la penetración en el grupo de mayores de 65 años es de tan sólo 1,3% (AIMC, 2007).

Figura 12. *Hábito de escuchar la radio*

“¿PODRÍA DECIRME SI EN SU HOGAR HABITUAL HAY CONEXIÓN A INTERNET?”	TOTAL	SEXO	
		Hombre	Mujer
Sí	8,9%	9,4%	8,5%
No	90,5%	89,9%	90,9%
No contesta, no sabe, otras respuestas	2,5%	0,7%	0,8%
Total	100	100	100

Fuente: Adaptado de Condiciones de Vida de las Personas Mayores (CIS, 2006).

Mientras el cine decrece constantemente, Internet se muestra como el medio con mayor crecimiento en el conjunto de la población pero lejano para el segmento mayor:

- Media nacional: 26,4 1%.
- Mayores de 65: 1,9 %.

Sin embargo el medio si se ha fijado en los mayores y existen numerosas zonas dedicadas a los mayores.

Conclusiones

A continuación se sintetizan las principales conclusiones organizadas respecto a los medios analizados.

La *televisión* es el medio de información y entretenimiento con mayor poder de influencia sobre las personas mayores de 65 años. De la observación de los datos se puede concluir:

- Las personas mayores de 65 años dedican una media diaria de 306 minutos a la televisión frente a los 217 de media de la población en general en España, es decir 89 minutos diarios más que el resto de la población. De otra forma, 5,1 horas diarias suponen 1.861,5 horas anuales es decir 77,6 días del año frente al televisor (21,25% de año viendo la televisión) en la que se ofertan 13.407 horas anuales de publicidad convencional.
- La televisión es un medio con gran influencia sobre hábitos y comportamientos de consumo (44% de la inversión publicitaria total).
- La publicidad y la comunicación forma parte de los contenidos de los programas afectando a las audiencias.
- Por cadenas, la tres más importantes son Televisión Española, Antena 3 y Tele 5 mientras que para el conjunto de la población el ranking es Tele 5, Antena 3 y Televisión Española. Los programas que prefieren son de entretenimiento (Mira Quién Baila) y telenovelas.

Respecto a la *prensa*:

- La lectura de prensa pasa de 40,2 puntos de media global a 27,4% en los mayores de 65.
- “20 Minutos”, “Que” y El Mundo son los diarios preferidos mostrando un comportamiento diferente a la media de la población.
- El fenómeno de la prensa gratuita ha sido acogido muy bien. De los cinco diarios más leídos por las personas mayores, tres de ellos corresponden a dicha categoría.

- Los *suplementos* han sido creados por la prensa para llegar a perfiles no habituales de la misma. Concretamente la penetración sobre la población española es del 25,4% mientras que los mayores de 65 es 17,8%.
- Las *revistas* tiene una penetración sobre la población española es del 47,7% mientras que los mayores de 65 es 25,2%.
- Existe una clara preferencia por las *revistas semanales* (Pronto con 709 mil lectores mayores) frente a las mensuales (Saber Vivir, 168 mil lectores mayores).

Radio

Tras la televisión se perfila como el segundo medio para las personas mayores con presencia de la radio generalista frente a otros formatos.

Internet

Es el medio con mayor crecimiento en el conjunto de la población pero lejano para el segmento mayor:

- Media nacional: 38,1%.
- Mayores de 65: 1,6%.

Cine

Es el medio con menor crecimiento para el conjunto de la población que tampoco atrae al segmento de edad:

- Media nacional 6,0%.
- Mayores de 65, 1,2%.

Es muy importante analizar la participación del receptor mayor en el proceso de comunicación de las organizaciones así como estudiar sus comportamientos. Se pueden tomar como referencia dos teorías que centran sus argumentos en el análisis de los efectos de los medios de comunicación, principalmente masivos, en función de la actitud que suscitan en el receptor del mensaje: receptor pasivo o receptor es activo. El primer enfoque supone que los mensajes actúan sobre un receptor pasivo, que los asimila de modo no crítico. Mediante un proceso de aprendizaje, el individuo asume los contenidos del mensaje y modifica sus creencias, actitudes o conductas respecto a los productos y servicios y las organizaciones.

El segundo, sostiene que el receptor es activo y se comporta de acuerdo con mecanismos principalmente racionales y motivacionales. Este receptor activo actúa de manera selectiva en busca de los contenidos que le permitan satisfacer ciertas necesidades, manteniéndose crítico frente al mensaje y siendo capaz de diferenciar lo real de aquello que ha sido creado por los emisores.

De todo lo anterior se puede deducir que la implicación comportamental del público nace del aumento de su sensibilidad hacia las distintas organizaciones, manifestándose la comunicación que transmiten los medios como un elemento esencial de relación y posterior fidelización. Los resultados obtenidos a la luz de los objetivos planteados, abren nuevos campos en los que se pretende continuar e intentar completar la línea de trabajo iniciada.

Bibliografía

- ALAMEDA ABEJÓN, P., OLARTE PASCUAL, C., REINARES LARA, E. y SACO VÁZQUEZ M. (2006): "Brand Notoriety And The Communication Media", *Esic Market*, Número 124, pp. 65-116.
- ALONSO RIVAS, J. (1997): *Comportamiento del Consumidor*. ESIC Editorial, Madrid.
- ALONSO RIVAS, J. y GRANDE ESTEBAN, I. (2004): *Comportamiento del consumidor, decisiones y estrategia de Marketing*, Esic, Madrid.
- ALONSO, J.A. (1997): "La cooperación gubernamental: objetivos y medios"; en ANUARIO EL PAÍS (1982-2001): Sociedad/Publicidad. Ediciones El País, Madrid.
- BELCH, G.E. y BELCH, M.A. (1997): *Introduction to Advertising and Promotion an integrated Marketing communications perspective*, Irwin.
- BERRY, L.L. (1995): "Relationship Marketing of Services-Growing Interest, Emerging Perspectives", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 23, otoño, pp. 236-245.
- BETTMAN, J.R. (1979): "Memory Factors in Consumer Choice: A Review", *Journal of Marketing*, Vol. 43, N° 2, pp. 37-53.
- BLOIS, K. (1997): "Are Business-to-Business Relationships Inherently Unstable?", *Journal of Marketing Management*, Vol. 13, pp. 367-382.
- CES (2008): *Los nuevos modelos de consumo en España*, Consejo Económico y Social, Colección Informes, número 2/2008, Madrid.
- CIS (2006): *Condiciones de vida de las personas mayores*, Estudio n° 2647, septiembre, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- EITEL, T. Y DELANEY, B. (2004): "The role of formative research in a mass media social marketing campaign" *Social Marketing Quarterly*, april-june, vol. 10, n° 2, pp. 28-36.
- ELECONOMISTA.ES (2007): ¿Es la tercera edad el futuro?, 17/04/2007, <http://www.economista.es/economia/noticias/198799/04/07/Es-la-tercera-edad-el-futuro-Los-mayores-de-65-anos-representan-ya-el-26-del-gasto-de-consumo.html>

- ENGEL, J.F., KOLLAT, D.T. y MINIARD, P.W. (1993): *Consumer Behavior*, The Dryden Press, Illinois.
- ESTEBAN TALAYA, A., GARCÍA DE MADARIAGA MIRANDA, J., NARROS GONZÁLEZ, M^a.J., OLARTE PASCUAL, C., REINARES LARA, E. y SACO VÁZQUEZ, M. (2006): *Principios de Marketing*, Esic, Madrid.
- ESTUDIO GENERAL DE MEDIOS (2007): "Resumen General", EGM, AIMC, octubre 2006 a mayo 2007, Madrid.
- : "Resumen General", EGM, AIMC, octubre 2005 a mayo 2006, Madrid.
- FIRAT, A. F. y VENKATESHS, A. (1995): "Liberatory Postmodernism and the Re-enchantment of Consumption", *Journal of Consumer Research*, Vol. 22, diciembre, pp. 239-267.
- FISHBEIN, M. (1967): *A Behavioral Theory Approach to the Relations between Beliefs about an Object and the Attitude toward the Object*, John Wiley & Sons, Nueva York.
- FISHBEIN, M. y AZJEN, I. (1995): *Beliefs, Attitudes, Intention and Behaviour: An Introduction to Theory and Research*, Addison-Wesley.
- FOURNIER, S., DOBSCHA, S. y MINK, D. G. (1998): "Preventing the Premature Death of Relationship Marketing", *Harvard Business Review*, enero-febrero, pp. 6-21.
- GARCÍA GUTIÉRREZ, A. (2004): "¿Por qué la televisión incumple su misión de servicio público? La desatención de las personas mayores desde los medios de comunicación de masas", *Red digital: Revista de Tecnologías de la Información y Comunicación Educativa*, n^o 5, páginas 1-10.
- GRANDE ESTEBAN, I. (2002): "La tercera edad: un segmento emergente" *Comunicación y estudios universitarios*, (Ejemplar dedicado a: El consumidor: nuevos escenarios), pags. 67-92.
- (2000): "Marketing para segmentos emergentes: El caso de la tercera edad" *Boletín de estudios económicos*, Vol. 55, N^o 171, 2000, pags. 465-494.
- (2000): "Criterios de elección del establecimiento comercial por los consumidores de la tercera edad: Un estudio empírico" *Esic market*, N^o 105, 2000, pags. 115-127.
- GREENER, T. (1995): *Imagen y Relaciones Públicas*, Ediciones Pirámide, Madrid.
- GRÖNROOS, C. (1995): "Relationship Marketing: The Strategy Continuum", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 23, otoño, pp. 252-254.
- HOWARD, J.A. (1993): *El comportamiento del consumidor en la estrategia de Marketing*, Díaz de Santos, Madrid.
- HOWARD, J.A. y SHETH, J.N. (1969): *The Theory of Buyer Behavior*, John Wiley & Sons, Nueva York.
- HUNT, S. D. (1997): "Competing Through Relationships: Grounding Relationship Marketing in Resource-Advantage Theory", *Journal of Marketing Management*, Vol. 13, pp. 431-445.

- INFOADEX (1996-2001): *La Inversión Publicitaria en España (1995-2000)*, Infoadex, Madrid.
- (2007): *La inversión publicitaria en España*, Infoadex, Madrid.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, Base de Datos Tempus, www.ine.es.
- J. WALTER THOMPSON (1990): *La Inversión Publicitaria en España 1989*, J. Walter Thompson, Madrid.
- KLEPPNER, O.; THOMAS RUSSELL, J.; RONALD LANE, W. (1994): *Publicidad*, Prentice Hall Hispanoamericana, S.A., México.
- KOTLER, P. y ANDREASEN, A. (1991): *Strategic marketing for nonprofit organizations*, 4ª ed., Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- KUEHN, A. (1978): “La elección de marca por el consumidor como un proceso de aprendizaje”, CUPEMA, Vol. 4, Nº 2, pp. 121-131.
- LAMBIN, J.-J. (1995): *Marketing Estratégico*, McGraw-Hill, 3ª Edición, Madrid.
- LOYOLA, M.I., MORALES, S. y VIDAL, E. (1998): “Los consumos de medios de comunicación en los mayores de 50 años: entre el asombro y la nostalgia”, *Revista Latina de Comunicación Social*, Universidad de La Laguna.
- LUCE, M. F., BETTMAN, J. R. y PAYNE, J. W. (2001): *Emotional decisions trade off difficulty and coping in consumer*, University of Chicago Press.
- MEDIAEDGE CIA (2006): *Oportunidades y amenazas para la eficacia de la publicidad en la Televisión Digital 2007*, Mediaedge Cia Active Engagement, Sevilla, 22 seminario AEDEMO de Televisión.
- (2007): “*Panorama de Medios de España 2007*”, Mediaedge Cia Active Engagement.
- OLARTE PASCUAL, C., ALAMEDA ABEJÓN, P., MARCOS S. y JUARROS, D. J. (2002): “Evolución y transformación de la publicidad en España (1979-2000): hechos pasados y retos futuros”, *Investigación y Marketing*, Número 77, Diciembre, pp. 44-49.
- PETER, J. y OLSON, J. (2002): *Consumer Behavior and Marketing Strategy*, McGraw-Hill, New York.
- REINARES LARA, E. y ESTEBAN TALAYA, A. (1996): Comunicación e imagen de los servicios hoteleros, *Instituto de Estudios Turísticos*, Madrid.
- RODRÍGUEZ DEL BOSQUE, I.A. (1995): “La comunicación de la imagen de Empresa”, *Alta Dirección*, mayo-junio, nº 181, pp.79-92.
- RODRÍGUEZ DEL BOSQUE, I.A.; BALLINA BALLINA, J.; SANTOS VIJANDE, L. (1997): *Comunicación Comercial: Conceptos y Aplicaciones*. Editorial Cívitas, S.A., Madrid.
- ROWE, W. G. y BARNES, J. G. (1998): “Relationship Marketing and Sustained Competitive Advantage”, *Journal of Market-Focused Management*, Vol. 2, Nº 3, pp. 281-297.
- SANCHO CASTIELLO, M. T. (2001): “Las personas mayores en España: Algunos indicadores básicos”, *Cuadernos de trabajo Social*, nº 14, pp. 221-254.

- SHETH, J. y PARVATIYAR, A. (1995): "Relationship Marketing in Consumer Markets: Antecedents and Consequences", *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 23, otoño, pp. 255-271.
- TNS (2007): Boletín Mensual TNS audiencias de Medios. TNS.
- VANTRAPPEN (1992): "Creating Customer Value by Streamlining Business Processes", *Long Range Planning*, Vol. 25, N° 1, pp. 53-62.

55 | Biblioteca
de Investigación



UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA