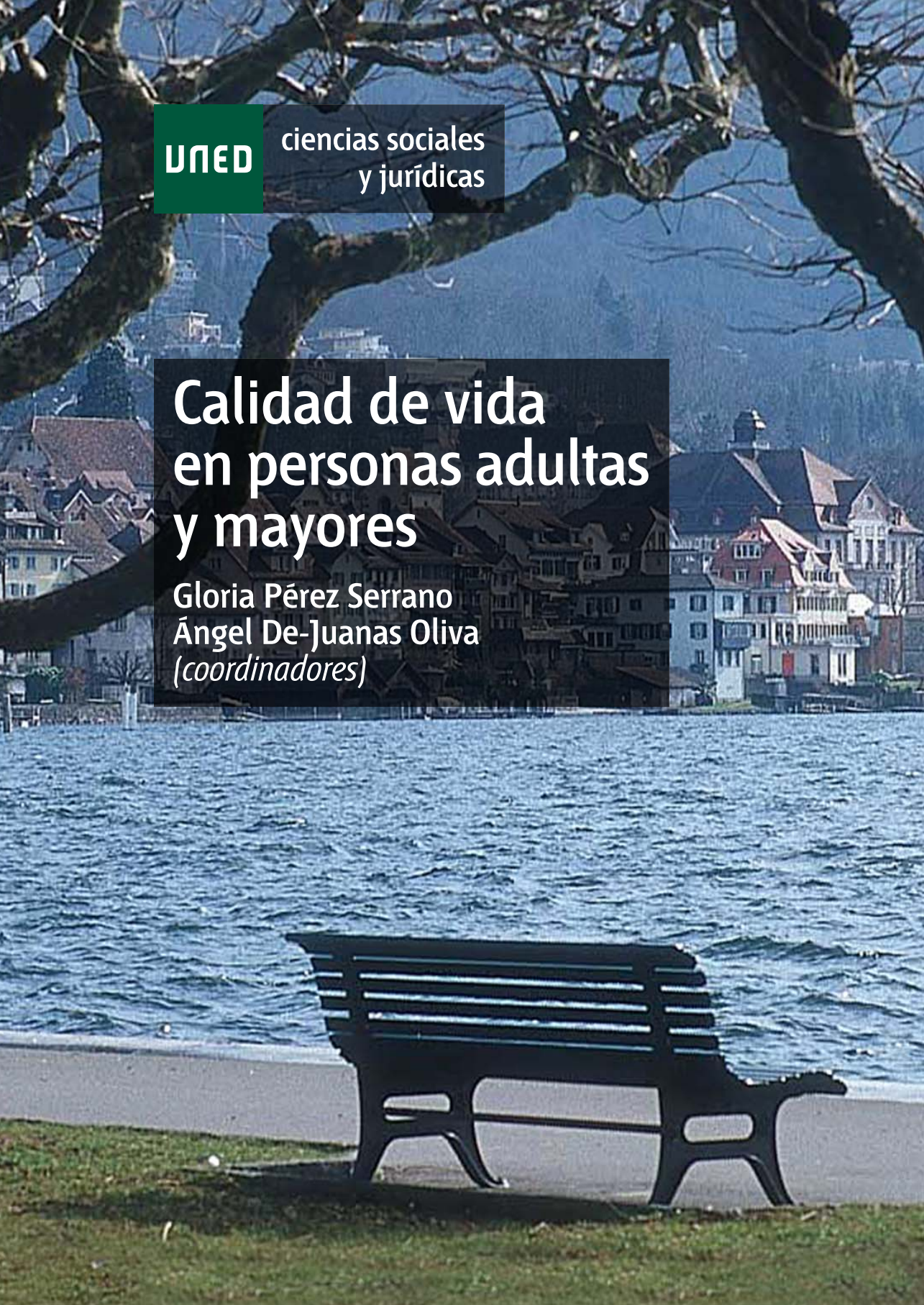




UNED

ciencias sociales
y jurídicas

Calidad de vida en personas adultas y mayores

Gloria Pérez Serrano
Ángel De-Juanas Oliva
(coordinadores)

Calidad de vida en personas adultas y mayores

GLORIA PÉREZ SERRANO
ÁNGEL DE-JUANAS OLIVA
(Coordinadores)

ELENA CUENCA PARÍS
ROSARIO LIMÓN MENDIZÁBAL
JULIO LANCHO PRUDENCIANO
M.^a DEL CARMEN ORTEGA NAVAS
ÁLVARO MUELAS PLAZA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

CIENCIAS SOCIALES Y JURÍDICAS
CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS ADULTAS Y MAYORES

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

© Universidad Nacional de Educación a Distancia
Madrid 2013

www.uned.es/publicaciones

© Gloria Pérez Serrano, Ángel De Juanas Oliva, Elena Cuenca París,
Rosario Limón Mendizábal, Julio Lancho Prudenciano,
M.^a del Carmen Ortega Navas y Álvaro Muelas Plaza

Esta publicación ha sido evaluada por expertos ajenos a esta universidad por el método doble ciego.

ISBN electrónico: 978-84-362-6630-6

Edición digital: abril de 2013

ÍNDICE

Presentación

Capítulo 1. EL APRENDIZAJE DE LAS PERSONAS ADULTAS EN LA SOCIEDAD DEL CONOCIMIENTO

1. El aprendizaje a lo largo de la vida
2. Historia y política de la educación de adultos desde una perspectiva mundial
3. Claves de la educación de personas adultas
4. Cómo aprende el adulto: rasgos específicos
5. Funciones y competencias del educador de personas adultas
6. Síntesis

Capítulo 2. INTERVENCIÓN Y DESARROLLO INTEGRAL EN PERSONAS ADULTAS Y MAYORES

1. Preparación para la jubilación
2. Estimulación cognitiva
3. Terapias alternativas como medidas de prevención y promoción de la calidad de vida
4. Derechos humanos, calidad y ética profesional
5. El perfil de los profesionales y comportamientos éticos
6. Síntesis

Capítulo 3. CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS MAYORES

1. Sociedad del bienestar y calidad de vida
2. Envejecimiento de la población
3. Aspectos psicológicos de las personas mayores
4. Formas de vida en las personas mayores
5. Estereotipos y vejez
6. Síntesis

Capítulo 4. ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE

1. Prevención de la salud en personas mayores
2. Síndromes geriátricos
3. La salud en las personas mayores. Nutrición
4. Higiene en las personas mayores
5. Estilos de vida y medidas preventivas
6. Síntesis

Capítulo 5. CÓMO INTERVENIR EN PERSONAS MAYORES

1. Metodología de acción socioeducativa con mayores
2. Habilidades para la intervención
3. Fisioterapia geriátrica
4. Terapia ocupacional
5. Voluntariado. Un compromiso solidario
6. Síntesis

Referencias bibliográficas

PRESENTACIÓN

El incremento de personas mayores respecto a la población total en la sociedad ha contribuido a que aumente la preocupación por la *calidad de vida* en las últimas décadas, respecto a este grupo de población, formado por personas *adultas y mayores*.

El concepto de *adultez* no es unívoco, está sujeto a interpretaciones y valoraciones diversas. Los estudios realizados, al día de hoy, ponen de relieve que no se puede considerar la *adultez* como una única etapa, ni que ésta pueda sea homogénea. Es preciso delimitar y caracterizar adecuadamente el inicio y proceso de esta etapa, y considerar periodos evolutivos más cortos dentro de la misma, intentando explicar el origen de los cambios relacionados con la edad, tal y como se realizan los estudios en ciclos anteriores. Es una tarea todavía pendiente, en la que está empeñada la Psicología del Desarrollo, en nuestros días.

En general, la larga etapa de la adultez se tiende a dividir en tres grandes períodos que suelen coincidir con las denominaciones de: adultez temprana, adultez media y adultez tardía.

La *adultez tardía* es un período que se inicia con la jubilación como transición evolutiva que identifica el comienzo de este nuevo período de los adultos y mayores y se prolonga en el tiempo, debido al incremento de la esperanza de vida. Por esta razón creemos conveniente dividirlo en dos subperiodos: edad adulta tardía (desde la jubilación hasta los 70-75 años) y vejez (desde los 75-80 en adelante).

En general, este colectivo goza de buena salud por lo que libre de obligaciones laborales y de crianza, es un grupo que participa en actividades de diversa índole, implicándose en tareas sociales y de voluntariado, así como en las recreativas y culturales.

Debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer es importante conocer la calidad de vida en la que se desenvuelve esta etapa de

adulto y mayor. Este conocimiento es de interés en el área no sólo de la salud, sino también en la esfera de lo social, de lo económico y personal.

Un aspecto importante es la consideración de que no todas las personas envejecen del mismo modo, puesto que, su funcionamiento se halla ligado al comportamiento (acciones/omisiones; cuidado/descuido) y modo de vida en períodos anteriores, que tienen su incidencia clara en la vejez. El proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, por lo que es urgente reflexionar sobre la calidad de vida que se quiere llegar a tener y tomar medidas encaminadas a proteger la salud y el bienestar en el futuro.

Garantizar una vida de calidad a los adultos y mayores es un reto que seguirá cobrando importancia en todos los países durante las próximas décadas.

En esta publicación se aborda el tema de la calidad de vida en personas adultas y mayores por un grupo de expertos que ha tenido la osadía de acercarse a esta materia desde una perspectiva pluridisciplinar. Nos encontramos ante una obra colectiva en la que cada especialista desarrolla el tema que le resulta más cercano a su especialidad.

Los estudios sobre personas adultas y mayores se han incrementando progresivamente y se tiene cada vez una mayor conciencia de la necesidad de realizar trabajos científicos en los diversos ámbitos del conocimiento.

El envejecimiento activo y el envejecimiento exitoso aportan elementos de gran interés tanto para la propia persona como para la sociedad. En nuestra cultura existen estereotipos que asocian envejecimiento a improductividad, proyectando una imagen social negativa sobre la persona jubilada.

El Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional –2012–, persigue entre otros objetivos, cambiar la imagen negativa sobre las personas mayores, y contemplarlo como miembro activo y comprometido con la comunidad. Cumplir años no debe considerarse un problema si no más bien una oportunidad.

Los objetivos del Año Europeo se orientan a:

- Sensibilizar a la sociedad sobre el valor del envejecimiento activo. Garantizar una posición preferente en las agendas política, a fin de apreciar la valiosa contribución que las personas de más edad realizan a la sociedad y su economía. Promover el envejecimiento activo, la solidaridad interge-

neracional y la vitalidad y dignidad de todas las personas. Esforzarse más para movilizar el potencial de las personas mayores, posibilitando que lleven una vida independiente.

- Estimular el intercambio de información, identificar y difundir las buenas prácticas, fomentando la cooperación y las sinergias. Desarrollar el aprendizaje mutuo entre los Estados miembros y las partes interesadas a todos los niveles, para promover políticas de envejecimiento activo.
- Asumir compromisos y realizar acciones concretas que permitan buscar soluciones, y estrategias innovadoras, incluidas las relacionadas con el empleo y el trabajo.
- Promover actividades que sirvan para luchar contra la discriminación, superar los estereotipos relacionados con la edad.

Cuando el Parlamento Europeo adoptó, el 7 de julio de 2011, su postura ante el Año Europeo del Envejecimiento Activo, uno de los objetivos clave era no centrarse sólo en la «utilidad de las personas mayores, tal y como propuso la Comisión Europea en su primer borrador», explicó Martín Kastler¹, quien agregó que la meta de la Eurocámara «tiene una perspectiva integral, al igual que la perspectiva adoptada por el Consejo».

Junto a otros eurodiputados, Kastler ha escrito una declaración que pide un fondo europeo «Seniors en acción» que promueva el diálogo transfronterizo entre los mayores y facilite su movilidad en Europa.

En este sentido, se han diseñado múltiples acciones, entre ellas conviene resaltar los programas universitarios para personas mayores que ofrecen un escenario singular para mantener la mente activa. La participación del mayor se hace realidad en la vida universitaria y en la sociedad. Ejercita su derecho a participar en actividades de toda índole, académicas, deportivas, en bibliotecas, comedores y en servicios universitarios, jornadas, foros y otras programaciones culturales y, además, por medio del asociacionismo y del voluntariado.

Hasta épocas recientes se consideraba que existía un período de la vida para aprender, otro para desempeñar un trabajo, y finalmente la tercera etapa del ciclo vital para descansar. Hoy en día, esta teoría se ha descartado puesto que la ciencia ha demostrado que se puede aprender a lo largo de la vida. El aprender

¹ Eurodiputado alemán, nacido en 1974. Ponente del Informe parlamentario sobre el año Europeo 2012.

forma parte de la naturaleza humana, de tal manera que al ser humano se le considera sujeto y objeto del aprendizaje. Sin esta capacidad, no le sería posible la vida, ni su supervivencia. Podemos afirmar también, que cuando un sujeto deja de aprender está poniendo seriamente en peligro su capacidad de vivir. La finalidad es la participación activa del adulto-mayor, dado que actualmente los avances en el campo neuropsicológico y educativo cuestionan las teorías que defendían la disminución de las capacidades en estas edades. Esto no quiere decir que las características intelectuales y personales de cada sujeto, que tienden a mantenerse estables, aun durante la vejez, se deterioren como consecuencia del envejecimiento físico. El envejecimiento se expresa en todos los órganos de forma diferente, según sus funciones, y con distinta aceleración.

No puede negarse que la persona mayor que sufre el deterioro se encuentre en una situación amenazada al sentirse «desde dentro» acosada por las disminuciones fisiológicas y «desde fuera» por la vía de las pérdidas incluso del estatus y de los estereotipos sociales. Los efectos de estas situaciones, acumulados en la experiencia individual, son muy variados y difíciles de inventariar.

En esta obra se presentan diferentes capítulos que abordan dimensiones relativas a las personas adultas y mayores desde una perspectiva global, teniendo siempre presente la dimensión educativa.

El primer capítulo hace alusión al Aprendizaje de las Personas Adultas insertas en una sociedad del conocimiento. El hecho de aprender es una característica propia del ser humano siempre abierto a la adquisición de nuevos conocimientos, valores, destrezas, a partir de los cuales interpreta y actúa en el entorno. De ahí que sea absolutamente necesario profundizar en las claves del aprender y en los rasgos específicos del mismo a lo largo del ciclo vital, así como, en las políticas, estrategias, funciones y competencias del educador de personas adultas.

Al hilo de las consideraciones anteriores es necesario resaltar que el aprendizaje permanente es un elemento imprescindible para adaptarse a las demandas que impone una sociedad en transformación y participar activamente con todos los ciudadanos en la construcción del futuro. Todo el esfuerzo y sentido del proceso se dirige a un aprendizaje autónomo, gracias al cual, el sujeto se desarrolla aprendiendo y aprende desarrollándose.

El segundo capítulo se dedica a la intervención y desarrollo integral de personas adultas y mayores. Hace especial énfasis en el hecho de la jubilación. Este momento implica un cambio substancial a nivel efectivo y simbólico para aque-

llas personas que pasan a esta nueva etapa. Las consecuencias que puede acarrear en la vida de las personas, le «otorga» una categoría relevante. Las personas sólo deberían considerarse mayores, cuando sus condiciones naturales así lo dictasen, no cuando una persona cesa en el mundo laboral.

La estimulación cognitiva desempeña un papel importante según lo ponen de relieve las nuevas aportaciones de la neurociencia y el paradigma del aprendizaje permanente. Conviene tener en cuenta que existen gran variedad de terapias alternativas como medidas de prevención y promoción de la calidad de vida. Otro aspecto que ha de tenerse en cuenta son los derechos humanos, la calidad y la ética profesional. Por último, se estudia el perfil de los profesionales que trabajan con estos colectivos y sus comportamientos éticos.

El tercer capítulo se destina a la calidad de vida en personas mayores. Bajo este epígrafe se presentan algunas de las dimensiones asociadas a la misma. Por una parte, se analiza el constructo calidad de vida y otros términos relacionados (felicidad, bienestar, calidad). Se recogen aquellos indicadores y variables que los investigadores han considerado más pertinentes a lo hora de investigar los elementos objetivos y subjetivos que mejor definen el constructo estudiado.

La inclinación a la búsqueda del bienestar requiere el empleo de recursos humanos y materiales que, por lo general, son, casi siempre, escasos. Europa envejece a un ritmo cada vez más rápido, fenómeno que está trastocando las estructuras demográficas. Este aspecto nos lleva a considerar el envejecimiento como una revolución silenciosa que demanda cambios importantes en nuestra sociedad. Este punto se complementa con el estudio de las formas de vida de las personas mayores, las características psicológicas de este grupo de edad, así como los estereotipos que perviven en la sociedad.

Todo lo indicado pone de relieve la demanda de profesionales competentes para llevar a cabo aquellas acciones que se adecuen a los servicios y apoyos que las personas mayores necesitan, teniendo como referencia el código deontológico y desde él evaluar su comportamiento profesional.

El capítulo cuarto sobre envejecimiento activo y saludable, aborda temas vinculados a la prevención de la salud en las personas mayores. Se presta especial atención a los factores que contribuyen a una mayor longevidad. Analizan los síndromes geriátricos, aspecto de singular importancia en este colectivo. Entre ellos el deterioro cognitivo, la inmovilidad, el síndrome de la caída, la incontinencia, el insomnio, la malnutrición, etc. Se estudia también la nutrición en las

personas mayores y su repercusión en la salud dado que es un aspecto importante que incide en el envejecimiento activo. Un reto de singular importancia en la educación para la salud es la búsqueda constante de un envejecimiento activo. Muy relacionado con lo anterior está la higiene de la persona y del entorno en que desenvuelve su vida cotidiana. Todos somos conscientes que el estilo de vida constituye un indicador de gran importancia para definir la vida saludable. En este sentido es importante cultivar hábitos que contribuyan a la prevención.

Finalmente, el último capítulo, dedicado a la intervención en personas mayores, aporta estrategias y técnicas para llevar a cabo una acción no parcializada, lo que supone un reto para los profesionales que atienden a este colectivo de mayores. El objetivo de la intervención socioeducativa no es otro que el de favorecer que las personas desarrollen sus potencialidades, e incluso las descubran, y participen en la vida del grupo y de la sociedad intentando mejorar la calidad de vida.

El envejecimiento de la población es una situación de creciente actualidad que preocupa sobremanera al conjunto de la ciudadanía. El peso demográfico es cada vez más acusado y la sociedad ha mostrado sus carencias para dar respuesta a este fenómeno del envejecer, que reclama una atención específica. La situación de desequilibrio e inestabilidad social en la que nos encontramos, no se remediará sólo con recursos económicos, es necesario dar un giro a la acción social, buscando más eficacia y eficiencia y poniendo siempre en valor al ser personal.

Debemos advertir que cualquier intervención psicológica, social, educativa que se precie, debe basarse en una teoría que la fundamente, en unos métodos y unas técnicas que le permitan ser eficiente a la hora de solucionar problemas o satisfacer determinadas necesidades humano-sociales.

Este campo de acción demanda actitudes, conductas y comportamientos efectivos, competentes y habilidosos en los profesionales que configuran los equipos multidisciplinares que trabajan en la intervención con el mayor. Los distintos agentes sociales desarrollan su práctica interviniendo en los dominios físico, funcional, psicológico, personal, social, educativo y cultural que pudieran mostrar carencias y mermar la calidad de vida de los sujetos.

Se ejemplifican acciones específicas a través de la fisioterapia geriátrica y la terapia ocupacional. Ambas disciplinas aportan elementos esenciales para fomentar la autonomía, la independencia y el control vital que precisan las personas mayores para desenvolverse en su entorno.

Esta obra destaca algunos de los aspectos más relevantes, vinculados con la calidad de vida de las personas adultas y mayores. Deseamos que abra nuevos horizontes y contribuya a plantear interrogantes sobre el papel que están llamados a desempeñar en esta sociedad cambiante. Por su parte, la sociedad debe tomar conciencia del valor de la experiencia y la riqueza que aportan estos colectivos al sostén, cambio, mejora y transformación de la misma.

Capítulo 1

El aprendizaje de las personas adultas en la sociedad del conocimiento

Ángel De-Juanas Oliva
Álvaro Muelas Plaza

1. El aprendizaje a lo largo de la vida.
2. Historia y política de la educación de adultos desde una perspectiva mundial.
3. Claves de la educación de personas adultas.
4. Cómo aprende el adulto: rasgos específicos.
5. Funciones y competencias del educador de personas adultas.
6. Síntesis.

A finales del siglo pasado la educación de adultos adquirió una gran relevancia al mismo tiempo que las sociedades y los mercados entendieron el valor que tenía la información y el conocimiento. La importancia que se ha otorgado a la educación de adultos para lograr el crecimiento económico y el desarrollo social en los países occidentales ha sido fruto de tomar en consideración dos factores diferenciales: el *desempleo* y el *capital humano*.

El primer factor tiene que ver con el aumento considerable de la tasa de *desempleo* dado que representa un problema tanto económico como social. Desde el punto de vista económico supone un despilfarro de recursos que resultan valiosos para cualquier sociedad. Mientras que desde el punto de vista social, el desempleo representa una fuente de inquietudes y sufrimientos que afectan a las familias y a las personas que se encuentran formando parte de la población activa. Por todo ello, resulta prioritario mejorar la perspectiva de empleo tanto de jóvenes como de adultos.

Junto con el paro, el segundo factor es el *capital humano*. Este término se utiliza en diferentes teorías económicas para hacer alusión a un supuesto factor de producción que depende no tanto de la cantidad, sino de la calidad, de la productividad y de la formación de todas las personas que forman parte del proceso productivo. De tal manera, la productividad de una sociedad depende en alto grado de la formación que reciben los ciudadanos mediante el sistema educativo formal y no formal.

Así pues, con el objeto de ofrecer mayores oportunidades en países y contextos diferentes, la oferta educativa destinada a los adultos se ha potenciado para mejorar el acceso laboral y la participación ciudadana en aras de una formación permanente llevada a cabo a lo largo de la vida.

Precisiones conceptuales sobre la educación de personas adultas

A menudo se desconoce el alcance de la educación de adultos y se la reduce exclusivamente a la alfabetización de quienes por diversas causas no han podido

asistir a los centros educativos durante la infancia. Desde este planteamiento reduccionista, la educación de adultos tendría una finalidad compensatoria que mantendría a los ciudadanos inmersos en un sistema de desniveles formativos. Actualmente, es sabido que la educación de adultos presenta fines mucho más ambiciosos en beneficio de todos los ciudadanos. La idea de educación de personas adultas es abordada de diversos modos y ha ido adquiriendo un sentido más amplio a lo largo del tiempo. En general, las definiciones difieren en función de los autores y organismos que las emiten dado que contemplan diversos objetivos, elementos, escenarios y edades. Tal y como señala Palladino (1984, p.14), la Comisión Internacional sobre el Desarrollo de la Educación en el Informe Faure elaborado por la UNESCO en 1971 ya reflejó esta problemática:

«La educación de adultos responde a múltiples definiciones: es el sustitutivo de la educación primaria para una gran parte de los adultos en el mundo; es el complemento de la educación elemental o profesional para numerosos individuos que sólo han recibido una enseñanza muy incompleta; prolonga la educación de aquellos a quienes ayuda a hacer frente a las exigencias nuevas de su medio ambiente; perfecciona la educación de quienes poseen una formación de alto nivel; constituye, en fin, un modo de expresión individual para todos. Algunos aspectos pueden ser más importantes que otros en tal o en cual país, pero todos tienen su razón de ser por doquier. Ya no es posible limitar la educación de los adultos al nivel rudimentario, ni encerrarla en el marco de una educación “cultural” para uso de una minoría.»

La multiplicidad de definiciones de educación de adultos y de términos afines es un asunto que entraña un gran valor. De tal modo, desde una perspectiva política, la falta de consenso respecto a una definición unitaria de la educación de adultos constituye un problema de primer orden. En este sentido, para la OCDE (2005, p.43), la falta de precisión terminológica conduce a una falta de información comparable entre países e incluso, a veces, dentro de un mismo país. Asimismo, este hecho incide directamente en el impedimento plausible de elaborar políticas aplicables a un conjunto de países.

La existencia de términos afines que tengan una vinculación manifiesta con el término de educación de adultos ha contribuido a generar ambigüedades y enfoques interpretativos diversos. Según Sarrate (2005) encontramos términos que con frecuencia son utilizados como sinónimos, como son: *andragogía*, *educación popular*, *educación recurrente* y *educación continua*, entre otros.

- La *andragogía* es identificada como el componente filosófico y teórico de la educación de adultos (Hanselman, 1951, cit. en Sarrate, 2005, p. 31). Este

término atiende a la educación permanente y se desarrolla mediante una praxis centrada en el hecho educativo de los adultos como problemática claramente diferenciada de la de los niños y jóvenes. Asimismo, se fundamenta en los principios de participación y horizontalidad para facilitar el aprendizaje y promover la autorrealización de los adultos.

- La *educación popular* es una corriente que surge en la década de los sesenta del siglo pasado y que tiene sus raíces en los pueblos indígenas de América Latina. Con frecuencia se vincula a la educación de personas adultas dado que este movimiento reacciona frente a la enseñanza teórica de la escuela que dejaba marginada a la cultura tradicional popular. Este término toma como referencia los planteamientos de Paulo Freire con la pretensión de liberar a los pueblos en defensa de las tradiciones, la autonomía y la educación crítica frente a las desigualdades.
- La *educación recurrente* es un término que aparece por primera vez en la *VI Conferencia de Ministros Europeos de Educación* celebrada en Versalles en 1969. Este término se entiende como una amplia estrategia para la etapa siguiente a la educación básica que propone la alternancia de los procesos formativos con el trabajo. De tal modo, se trata de una vía de acceso que garantiza la educación postobligatoria a lo largo de toda la vida.
- La *educación continua, por extensión o continuada* comprende una serie de acciones formativas y programas para los adultos que han finalizado su formación obligatoria. Tiene como finalidad capacitar para el trabajo y paliar, de este modo, las carencias de todos aquellos que no pudieron desarrollar sus potencialidades con anterioridad mediante la educación básica.

Tras muchos años de debates y de falta de consenso, la UNESCO contribuyó a precisar conceptualmente el término educación de adultos. En la Declaración de Hamburgo sobre la educación de adultos de 1997, resultado de la V Conferencia Internacional de Educación de Adultos (CONFITEA V), se definió a la educación de adultos como:

«El conjunto de procesos de aprendizaje formal o no, gracias al cual las personas cuyo entorno social considera adultos desarrollan sus capacidades, enriquecen sus conocimientos y mejoran sus competencias técnicas o profesionales o las reorientan a fin de atender sus propias necesidades y las de la sociedad. La educación de adultos comprende la educación formal y la educación continua, la educación no formal y toda la gama de oportunidades de educación informal y

ocasional existentes en una sociedad educativa multicultural en la que se reconocen los enfoques teóricos y los basados en la práctica. La educación de adultos se concibe, en términos generales y dinámicos, en el marco de un aprendizaje a lo largo de la vida.»

Esta definición recibió el respaldo de la comunidad internacional dado que según Sarrate (2005:39) resalta tres grandes rasgos:

- Presenta un *carácter holístico y transectorial*, puesto que abarca un conjunto de procesos, modalidades y métodos educativos amplios y plurales. A la vez que integra diversas áreas formativas como: personal, académica, social, cultural, económica, ciudadana y profesional.
- Sus *destinatarios* son aquellos que están en edad post escolar y que no tienen el estudio por ocupación principal.
- Su *meta es la formación integral de la persona* mediante el desarrollo de aptitudes, la adquisición de valores y de conocimientos, así como la optimización de competencias profesionales.

En un sentido similar, también la OCDE (2005:78) define la educación de adultos como aquella que

«(...) incluye todas las actividades educativas y formativas realizadas por adultos, ya sea por razones personales o profesionales. El concepto incluye la formación general, profesional y empresarial efectuada en un contexto de educación permanente a lo largo de la vida».

Ambas definiciones adoptan un enfoque que permite entender la educación de adultos como una parte integrada dentro de un amplio espectro que comprende la educación permanente.

De forma más concisa, la educación de personas adultas podría definirse como los procesos del sistema social que tienen por finalidad favorecer el desarrollo integral de las personas en comunidad a lo largo de toda la vida, mediante actuaciones que promueven la incorporación y desarrollo de competencias que permiten su participación en todas las dimensiones y contextos personales y profesionales.

De acuerdo con este planteamiento, se deben considerar las posibles actuaciones que se pueden llevar a cabo en educación de adultos. Este conjunto de actuaciones se corresponden con los cinco ámbitos de intervención que plantea-

ron Medina y Gento (1995): *educación compensatoria, formación ocupacional, promoción cultural, educación para el ocio y educación socioparticipativa*.

- La *educación compensatoria* tiene que ver con la alfabetización de adultos y la alfabetización funcional. La primera es aquella que se ocupa de la adquisición de mecanismos básicos de lectura, escritura y cálculo de un modo aislado. Mientras que la segunda se encarga de proporcionar estos mecanismos de un modo integrado en relación con las necesidades colectivas e individuales. Asimismo, la alfabetización funcional diferencia su actuación en virtud de los medios y de los objetivos económicos y sociales que se establezcan.
- La *formación ocupacional* tiene un carácter educativo transitorio marcado por la orientación profesional de un mercado laboral en constante cambio y cada vez más exigente. Se dirige a personas que quieren prepararse para acceder o promocionar a un determinado puesto de trabajo. También puede ser entendida como forma de reciclaje profesional.
- La *promoción cultural* tiene que ver con el acceso, producción y disfrute a bienes y objetos culturales de la sociedad.
- La *educación socioparticipativa* se relaciona con la educación en y para la comunidad. Pretende dar respuesta a las necesidades percibidas por nuestra sociedad para contribuir a su mejora y a la de la comunidad a la que se pertenece.
- La *educación para el ocio* que pretende dirigir a los adultos hacia ocupaciones y actividades de provecho que sean beneficiosas para la salud durante el tiempo libre del que disponen.

Globalización, sociedad del conocimiento y educación de adultos

Durante los últimos años del siglo pasado, la educación de adultos se ligó al fenómeno de sociedad de la información y al de la globalización. Por aquel entonces se asistió a una revolución que modificó de un modo generalizado y global la estructura de económico-social de todas las sociedades, con mayor incidencia en las sociedades avanzadas (Alonso, 1995).

Para la Comisión Europea (1995), el fenómeno de la globalización junto con el papel relevante de los conocimientos y las nuevas tecnologías sobre el nivel

productivo resultaron determinantes para desestabilizar la base sobre la que se sustentaba el concepto tradicional de aprendizaje.

La globalización presenta ciertas tendencias sociales que jamás habían tenido ningún precedente en la historia de la humanidad. En el ensayo sobre educación *Las cinco mentes del futuro*, Gardner (2005:16) destaca cuatro direcciones de la globalización que se citan a continuación:

«(...) el movimiento de capital y de otros instrumentos del mercado por todo el mundo; el flujo de seres humanos que atraviesan fronteras; el flujo en toda clase de datos a través del ciberespacio; y el flujo instantáneo y casi invisible de la cultura popular a través de las fronteras en forma de modas, comidas, melodías que iguala cada vez más a los adolescentes de todo el mundo y que también puede provocar la convergencia de los gustos, las creencias y los valores de sus mayores».

En consecuencia, la globalización ha colocado a los sistemas educativos en el punto de mira de la política internacional. Esto se debe a que la información y, sobre todo, el conocimiento pasan a tener un valor destacado dentro de la sociedad global ya que se considera un recurso capaz de producir riqueza (Pedro y Rolo, 1998). Al respecto, Monclús (2006:63) considera que la educación tiene un papel protagonista internacional en los procesos de globalización y la coloca ante el dilema de reproducir la primacía de lo económico financiero en la sociedad actual o por el contrario, ocuparse de transformar la realidad.

La globalización y el conocimiento marcan las tendencias políticas actuales. Más aún si tenemos en cuenta que nos encontramos en tiempos turbulentos, llenos de malos datos económicos y de augurios que vislumbran un futuro incierto. Ante este escenario, cada vez resulta más complejo atender a las demandas y necesidades sociales. De tal manera, el foco de atención se ha desplazado de la llamada *sociedad de la información* a la *sociedad del conocimiento* que requiere una mayor interconexión entre el sistema educativo y otros sistemas, particularmente el productivo. La *sociedad del conocimiento* materializa la necesidad constante de adaptación del ser humano, por medio del aprendizaje, al mundo que le rodea y, por ello, se han de establecer nuevos mecanismos educativos.

El concepto de *sociedad del conocimiento* hace alusión, en primer lugar, a los cambios en las áreas tecnológicas que han evolucionado hasta lo que hoy conocemos como Web 2.0. En segundo lugar, a los cambios en las áreas económicas en estrecha relación con las nuevas tecnologías. En tercer lugar, a los cambios en

el ámbito de planificación de la gestión del conocimiento en educación y formación, e incidiendo, por tanto, en las organizaciones y en el mundo laboral.

La sociedad del conocimiento ha impactado de un modo directo e indirecto en todos los órdenes sociales. Tal y como afirma (López Martínez, 2007), en el orden económico se han creado las condiciones adecuadas para iniciar una nueva era del capitalismo en la que el origen de la riqueza y del poder, se encuentra en la capacidad de generar y manipular conocimiento. En el orden político, el poder del mercado ha afectado a una serie de decisiones que afectan a continentes enteros sin tener en consideración a los estados soberanos. En el orden social, pese a los grandes avances científicos y tecnológicos la gran mayoría de la humanidad se encuentra excluida. Finalmente, en el orden filosófico, el hombre encuentra limitaciones en su libertad por el hecho de desenvolverse en un mundo virtual dominado por los mercados.

A todo ello, habría que añadir la multiculturalidad creciente fruto de los movimientos migratorios, especialmente significativos en la primera década del siglo XXI. Por lo general, estos acontecimientos han provocado que las estructuras propias de los sistemas educativos se hayan visto alteradas produciéndose un desfase entre su funcionamiento institucional y las demandas sociales. En consecuencia, la preocupación por tratar de dar respuesta a la problemática actual exige asumir nuevos retos desde la educación de adultos.

En el presente capítulo se abordan estos temas con mayor profundidad y se presenta una panorámica actual de la educación de adultos atendiendo a cinco grandes ejes temáticos: 1) el aprendizaje a lo largo de la vida; 2) la historia y política de la educación de adultos desde una perspectiva mundial; 3) el aprendizaje de los adultos y sus rasgos específicos; 4) las claves de la educación de personas adultas; y 5) funciones y competencias del educador de personas adultas.

1. EL APRENDIZAJE A LO LARGO DE LA VIDA

El aprendizaje a lo largo de la vida desempeña un papel primordial en la educación de adultos. El derecho a la educación que tienen los adultos está en el núcleo mismo del aprendizaje a lo largo de toda la vida. La capacidad que tiene el aprendizaje de emponderar a las personas abriéndoles las puertas del conocimiento, así como la posibilidad de adquirir y desarrollar competencias, beneficia a los adultos, a sus familias, a las comunidades y a la sociedad en general. Así

queda reflejado en el *Informe Mundial sobre el aprendizaje y la educación de adultos* de la UNESCO (2010:p.15):

«(...) el aprendizaje y la educación de adultos se sitúan en el centro de un cambio necesario de paradigma hacia el aprendizaje a lo largo de toda la vida para todos como marco coherente y significativo para la provisión y práctica de la educación y la formación. El marco de referencia dado por el concepto de “aprendizaje a lo largo de toda la vida” debe generar una educación sin límites. Esto significa oportunidades abiertas, flexibles y personalmente pertinentes para desarrollar el conocimiento y adquirir las competencias y actitudes que los adultos necesitan y quieren en todas las etapas de su vida. Esto implica ofrecer contextos y procesos de aprendizaje atractivos y pertinentes para los adultos como ciudadanos activos en el trabajo, la familia, la vida comunitaria y, no menos importante, como personas autónomas que construyen y reconstruyen sus vidas en culturas, sociedades y economías complejas y rápidamente cambiantes».

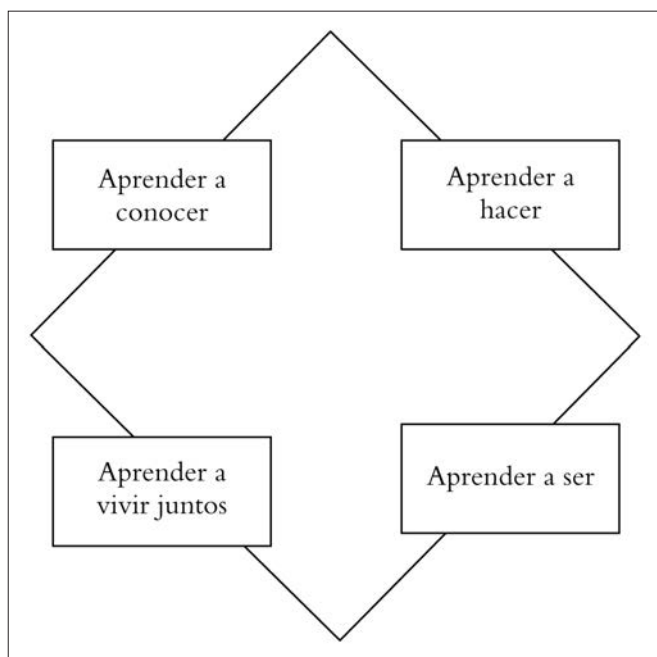
Esta nueva perspectiva de aprendizaje integrador de diferentes formas de educación y formación llamada *aprendizaje a lo largo de toda la vida* (*Life Long Learning, LLL*) tiene sus raíces en el Informe de la Comisión Faure (1972) titulado *Aprender a ser*. En este documento se habló de la educación a lo largo de la vida (con posterioridad ‘aprendizaje a lo largo de toda la vida’). La significación de la expresión ‘aprendizaje a lo largo de toda la vida’ mantiene en primer plano el carácter permanente de la educación como producto y proceso personal que apareció en el Informe Delors (1996).

Tal y como recoge este informe, la educación a lo largo de la vida se basa en cuatro pilares básicos:

- El primero, *aprender a conocer*. Es decir, tener una base de cultura general amplia junto con la posibilidad de poder profundizar en los conocimientos. Esto implica desarrollar necesariamente la capacidad para *aprender a aprender*.
- El segundo, *aprender a hacer*. Esto es, conferir a las personas no sólo del aprendizaje de las capacidades referidas a una determinada cualificación profesional sino, también, de competencias que permitan a los adultos trabajar en diferentes situaciones de manera individual o en equipo.
- El tercero, *aprender a vivir juntos*, a vivir con los demás. Este principio se basa en la comprensión mutua y en el concepto de paz. Con este espíritu,

los adultos han de anclar su existencia en el respeto a la integridad y la dignidad de los otros dentro de un mundo diverso y sostenible.

- El cuarto y último principio, *aprender a ser*. Se pretende que las personas lleguen a ser autónomas y capaces de forjar su propia personalidad en el marco de unos valores positivos. Asimismo, este aprendizaje debe sentar las bases para conferir a la sociedad de la capacidad de juicio crítico y de un sólido sentido de la responsabilidad.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Aprendizajes básicos en los que se basa la educación a lo largo de la vida

1.1. El aprendizaje a lo largo de la vida como derecho de las personas

La educación es universal y se ha de extender a todos los ciudadanos abarcando diferentes niveles, posibilidades, capacidades y edades. Muestra de ello, es la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas que en su artículo 26 recoge el derecho a la educación. Se trata de un derecho fundamental del ser humano, es inherente a la naturaleza de las personas y trasciende de la educación formal

con la finalidad de desarrollar plenamente la personalidad humana y atender a los derechos y libertades fundamentales de las personas.

Por tanto, el acceso a la educación y el aprendizaje de adultos debe ser un derecho que facilite la participación de las personas en la vida política, económica, cultural, artística y científica. El aprendizaje a lo largo de toda la vida está consolidando su papel como parte fundamental del derecho a la educación como quiera que, en la actualidad, se estén generando presiones para que la sociedad se enfrente a retos y problemas cambiantes, así como la llegada de tecnologías de la información que evolucionan a un ritmo vertiginoso.

En este sentido, la UNESCO ha dado un paso al frente y ha elaborado medidas para garantizar el aprendizaje a lo largo de toda la vida. Como muestra, en 2007, cambió el nombre al Instituto de la UNESCO para la Educación, creado en 1951, y pasó a llamarse *Instituto de la UNESCO para el Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida* (UIL, por sus siglas en inglés). El UIL se transformó en un instituto internacional que, desde entonces, se ocupa especialmente de la educación a lo largo y ancho de toda la vida desde una concepción global del aprendizaje de adultos, así como de la alfabetización y de la educación no formal. Asimismo, acuerda diversas actuaciones con el fin de plasmar esta visión del aprendizaje en acciones y estrategias concretas.

1.2. Educación permanente y aprendizaje a lo largo de la vida

La educación de personas adultas ha tenido siempre presente el contexto social y la atención al colectivo de personas con necesidades más acuciantes. Así por ejemplo, se constata en la primera acción educativa realizada en este ámbito en nuestro país (s. XVIII), con la aparición de las Sociedades de Amigos del País bajo el reinado de Carlos III. Por aquel entonces, la formación profesional y la educación general de los más necesitados supusieron el foco de intervención de las primeras escuelas de adultos. También con la aparición de la Ley Moyano del 9 de septiembre de 1857 se trató de fomentar el establecimiento de enseñanzas para adultos con carencias culturales.

Hechos más recientes, confirmaron la incidencia de las políticas culturales y de la producción de servicios en los países occidentales ante las urgencias de los estratos sociales más desfavorecidos. Desde el último cuarto del siglo pasado, la atención prioritaria al fenómeno del analfabetismo marcó el camino a seguir. Las

sociedades democráticas consolidadas comprendieron la importancia de la competencia lectoescritora en la educación de adultos. El analfabetismo pasó de ser una carencia de competencia y se convirtió en uno de los problemas sociales más serios que debía ser afrontado y erradicado por el mundo contemporáneo desde el campo de la educación.

Se entendió que el analfabetismo era causa de grandes complicaciones y carencias tanto para la sociedad como para los propios individuos. De tal modo, al objeto de promover la democratización de la acción educativa y la educación permanente, no podía dejarse al margen la alfabetización de adultos dado que muchos de éstos podían quedarse marginados frente al flujo de información que discurría en la sociedad. Con este propósito surgieron políticas educativas que cristalizaron en instituciones, roles profesionales y acciones educativas cuyos procesos de instrucción se organizaron en beneficio de la aplicación de aquello que se aprendía en un contexto de acción. Estas políticas siguen activas en países no desarrollados y suponen un esfuerzo considerable de la comunidad internacional para paliar la situación de desigualdad en la que se encuentran estas naciones que presentan una elevada tasa de analfabetismo, tal y como muestra el Informe de seguimiento sobre el aprendizaje para todos de la UNESCO (2005) con datos relativos al 2003/2004.

Con todo ello, se extendió el concepto de educación permanente. Tal y como se recoge en la Recomendación relativa al desarrollo de la educación de adultos de la *Declaración de Nairobi* que tuvo lugar en la Conferencia General de la UNESCO de 1976, la educación permanente y el aprendizaje

«(...) designa un proyecto global encaminado tanto a reestructurar el sistema educativo existente, como a desarrollar todas las posibilidades de formación fuera del sistema educativo.

- En ese proyecto, el hombre es el agente de su propia educación, por medio de la interacción permanente de sus acciones y su reflexión.
- La educación permanente lejos de limitarse al periodo de escolaridad, debe abarcar todas las dimensiones de la vida, todas las ramas del saber y todos los conocimientos prácticos que puedan adquirirse por todos los medios y contribuir a todas las formas de desarrollo de la personalidad,

- Los procesos educativos, que siguen a lo largo de la vida los niños, los jóvenes y los adultos, cualquiera que sea su forma, deben considerarse como un todo».

Con el tiempo la educación permanente se ha convertido en una tendencia sociopolítica sostenida en el aprendizaje a lo largo de la vida. Así se refleja en las conclusiones del Consejo Europeo de Lisboa, celebrado en marzo de 2000, que confirman que la educación permanente no es sólo un aspecto educativo y/o formativo si no un principio rector para la oferta de servicios y la participación ciudadana a través de contextos didácticos. De tal modo, los países europeos están firmemente convencidos de que la educación permanente es básica para una transición óptima hacia una economía y una sociedad asentadas en un conocimiento en el que la integración social y la igualdad de oportunidades estén garantizadas.

En este sentido, el Memorándum sobre el aprendizaje permanente de 2000, puso de relieve la importancia de dos objetivos fundamentales para el futuro de Europa: promover la ciudadanía activa y mejorar la empleabilidad.

El término de ciudadanía activa se refiere al modo y oportunidad de participar de los ciudadanos europeos en las diferentes esferas de la vida económica y social, bajo el sentimiento de pertenecer a la sociedad en la que cada persona vive y la responsabilidad de tener voz y voto. Mientras que la empleabilidad atiende a la capacidad de lograr y mantener un empleo. Se entiende que la empleabilidad es una dimensión central de la ciudadanía activa y una condición clave para lograr el pleno empleo y mejorar la competitividad de Europa frente a otros competidores.

En España, la educación permanente también ha tenido una gran vigencia desde hace muchos años. Así se muestra en el Libro blanco de 1969, al recoger el principio de educación permanente tanto en su análisis como en su proyección de futuro. Del mismo modo, el aprendizaje permanente, se incorporó en la Ley General de Educación (LGE) de 1970 y en la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) de 1990. También la educación permanente se recoge en el preámbulo de la Ley Orgánica de Educación (LOE) de 2006.

En otro sentido, los términos de educación permanente y aprendizaje a lo largo de la vida se han mezclado en muchas ocasiones. Ambos guardan una estrecha relación y se vienen utilizando indistintamente. El primero de ellos surge con anterioridad y sirve como un marco de referencia global en el que se tiene en cuenta a la totalidad del conjunto de sistemas educativos, no sólo a la educa-

ción de adultos. Mientras que el aprendizaje a lo largo de la vida pone el acento en la experiencia de aprendizaje de la persona posterior a la educación obligatoria de acuerdo con los planteamientos del nuevo paradigma de aprendizaje. De tal modo, el aprendizaje a lo largo de toda la vida es un término de origen británico que comenzó a utilizarse al principio de la década de los setenta del siglo pasado y se emplea

«(...) de manera bastante genérica para indicar todas las formas de educación posobligatorias, incluyendo la educación familiar, la educación comunitaria, la educación de los adultos tradicional, la educación posescolar y superior (postsecundaria) y la formación profesional continua» (Fieldhouse, 2001:30).

Como se comentó anteriormente, es a partir de los años noventa del siglo pasado con el Informe de Delors y colaboradores cuando esta expresión centra el debate político educativo y se expande por toda la comunidad educativa.

En definitiva, la educación permanente, así como aprendizaje a lo largo de la vida, son dos términos interrelacionados que ahondan en una educación universal y en la «Sociedad del aprendizaje» tal y como recogía Suchodolski en 1976 (cit. por Requejo 2003:13) al referirse a ésta como una opción al «laberinto creado por la producción y el consumo y en la cual la existencia del hombre se centre en la educación».

1.3. Consecuencias del aprendizaje a lo largo de toda la vida

En la línea marcada por el *Informe Delors* y colaboradores, el aprendizaje a lo largo de toda la vida plantea una ampliación del concepto de educación otorgando un papel fundamental al ámbito de la educación no formal. De tal manera, se admite que el aprendizaje no formal puede tener el mismo valor que el aprendizaje en contextos formales, incluso puede llegar a equipararse a los aprendizajes en el ámbito universitario (Ginés Mora, 2005).

Esta consideración no resulta del todo novedosa pues las personas siempre han aprendido a lo largo de la vida en diferentes situaciones y contextos y el valor del conocimiento aprendido no siempre ha coincidido con los planteamientos, objetivos y actuaciones marcadas desde la política y/o el mundo académico, así como con la práctica realidad de los mercados. No obstante, lo novedoso es que, por primera vez, la sociedad hace plausible la necesidad de transformar la educación para hacer frente a las continuas exigencias de los cambios sociales

apostando por la educación formal y no formal. Asimismo, este hecho constituye un inicio plausible del reconocimiento de los aprendizajes no escolares.

A todo esto, se une otro planteamiento que supone un profundo cambio de orientación en lo relativo al proceso de enseñanza-aprendizaje, no es otro que el paso de un enfoque centrado en el enseñante y en los contenidos a otro enfoque centrado en el aprendiz. Según este nuevo planteamiento, son los sistemas de educación y formación los que han de adaptarse a las necesidades y expectativas de los aprendices y no al contrario. Esta propuesta tiene su principal virtud en la comprensión de la individualidad y de la diversidad por parte de los sistemas educativos en aras de propiciar la igualdad de oportunidades. Si bien, el alcance y repercusión de este planteamiento ha sido y es bastante dispar.

En otro sentido, el enfoque del aprendizaje centrado en el aprendiz ha resultado determinante en la manera en la que se ha redefinido el rol del profesorado y en el modo en el que éste es percibido por la sociedad. A tal efecto, se habla de la desvalorización de la figura del docente, de un estado de crisis de identidad que se ha visto influenciado por el impacto de las fuentes de información de fácil acceso que promueven el acceso libre al conocimiento sin límites espaciales ni temporales a través de Internet (Beltrán y Pérez, 2005). También, Lancho (2011) hace mención a una disminución de la jerarquía de los profesores como consecuencia de una progresiva desaparición del modelo piramidal de distribución del poder académico. Según el autor, esto se debe a la influencia de la idea de la interacción en red que se opone frontalmente al modelo tradicional que afecta a la relación interpersonal profesor-alumno.

2. HISTORIA Y POLÍTICA DE LA EDUCACIÓN DE ADULTOS DESDE UNA PERSPECTIVA MUNDIAL

2.1. La educación de adultos a lo largo de la historia

La educación de adultos surge mucho antes del siglo XX. Desde los orígenes de la civilización occidental, los grandes maestros de la antigüedad dedicaron sus esfuerzos a enseñar a los adultos dejando en un segundo plano la instrucción de los niños (ej., Sócrates, Cicerón, Quintiliano, etc.). Estos antiguos maestros utilizaban técnicas y estrategias de gran utilidad para activar los procesos de aprendizaje de los adultos. De tal modo que buscaban promover aprendizajes signifi-

cativos aludiendo a la experiencia previa de los aprendices; rememoraban conocimientos adquiridos con anterioridad para afianzar nuevos aprendizajes; buscaban la transferencia de lo aprendido a nuevas situaciones; y utilizaban la metáfora y los símiles para acercar el conocimiento a los adultos.

Con posterioridad, en la Edad Media, se desarrollaron tres grandes modelos pedagógicos, de los cuales únicamente uno se dirigió exclusivamente a jóvenes y adolescentes (Sanz, 2005a). Se trató del modelo basado en la enseñanza literaria que se llevaba a cabo en los monasterios y, más adelante, en universidades, cuya principal finalidad fue la formación de clérigos.

Los otros dos modelos se dirigieron prioritariamente a la formación de adultos. El primero de ellos fue el denominado *modelo laboral* que se organizó sobre la base de un sistema de gremios profesionales cuya principal actividad económica era generada por los requerimientos del gobierno político feudal. En un sentido similar, dado que también estaba orientado a la enseñanza de un oficio, se encontraba el modelo caballeresco. Si bien, se trataba de una dedicación que ocupaba, legitimaba y significaba a las clases más nobles en la búsqueda del ideal de *buen caballero* y del conjunto de virtudes concernientes al ejercicio de la guerra.

El avance de los siglos dio paso a nuevos planteamientos en los que la educación de adultos ocupó la mente de grandes pensadores. De tal modo, en el siglo XVII, Comenio, filósofo, teólogo y pedagogo, considerado el padre de la Pedagogía como ciencia autónoma, defendió una idea de educación para toda la vida en su *Pampedia* y para todos, hombres y mujeres por igual, en la *Didáctica Magna*.

Otro gran pensador, Concorcet, ha sido considerado históricamente como el promotor político de la educación de adultos gracias a su *Informe y proyecto de decreto sobre la organización general de la instrucción pública* de 1792. En este documento se asientan las bases, medios y recursos para ofrecer una educación extensible a todas las edades de la vida para que los ciudadanos puedan conservar sus conocimientos y/o adquirir otros nuevos.

Asimismo, también se ha de considerar la aportación de la Iglesia Luterana, que en virtud del nuevo orden político establecido tras la Revolución Francesa, suscitó la impartición de clases para adultos en centros escolares por maestros que se encargaban habitualmente de la educación de los niños. Con más voluntad que acierto, la metodología de enseñanza y los textos que se utilizaron resultaron ser los mismos que se empleaban en las clases de los niños. Estos planteamientos

no resultaron ser del todo efectivos pues las necesidades individuales y colectivas de los adultos quedaron en un segundo plano.

Otro hito a tener en cuenta es el *Informe final del Comité para la Educación de Adultos del Ministerio de Reconstrucción Inglés* de 1919. En este manuscrito se explica que la educación de adultos debe ser permanente y asequible a todos los ciudadanos. Esta democratización de la educación de adultos tuvo por objeto conducir al fortalecimiento de la sociedad civil mediante el impulso educativo extensivo a todos los niveles socioeconómicos en contraste con los privilegios sociales de las clases altas existentes hasta entonces.

Más adelante, tras la I Guerra Mundial, se produjo un boom de la demanda formativa de adultos tanto en Europa como en Estados Unidos. Este requerimiento vino motivado, fundamentalmente, por intereses económicos y productivos de la sociedad industrializada. Asimismo, las considerables pérdidas humanas producidas durante el periodo bélico unidas a la bajada tasa de natalidad dibujaron un escenario en el que los adultos se convirtieron en el eje sobre el que reconstruir el mundo occidental. Así pues, los sistemas de enseñanza diseñados para niños y jóvenes fueron adaptados a los adultos. De tal modo, se establecieron diversas formas de educación de adultos como: «la escuela secundaria del pueblo» (folhhögskola) en los países escandinavos; la educación obrera en la extinta Unión Soviética; la educación postsecundaria (further education) en el Reino Unido; la «educación popular» en Francia; y la «educación continua» (continuing education) en Estados Unidos.

Actualmente, los países desarrollados han consolidado un modelo de sociedad del conocimiento en el que el aprendizaje a lo largo de toda la vida es incuestionable. El proyecto de educación permanente ha trascendido lo local para ser una acción global e integrada en las políticas de los estados. Se busca que toda la población tenga acceso al conocimiento y que los aprendizajes se extiendan durante toda la vida. En definitiva, se trata de conseguir que aumente el número de participantes en sus diferentes modalidades, así como de potenciar el impacto de la educación de adultos en el actual contexto socioeconómico y político. Durante los últimos veinte años, la demanda de la educación de adultos ha traído consigo múltiples acontecimientos significativos en los que el aprendizaje a lo largo de la vida se ha visto reforzado mediante diferentes conferencias organizadas por instituciones internacionales de primer orden (tanto sobre el nivel mundial como particularmente europeo). Igualmente, se han elaborado diversos documentos que han servido de sustento para la discusión en esos eventos o que

directamente han surgido de ellos. En próximos apartados se ofrecerán algunas pinceladas sobre estos acontecimientos.

2.2. La educación de personas adultas en España: breve recorrido histórico

Desde hace algo más de dos décadas España vive de lleno en la sociedad de la información. La revolución tecnológica ha predispuesto el terreno para la formación de una economía global que ha devenido en cambios estructurales y culturales. Entre tanto cambio, han surgido nuevas desigualdades sociales fruto de un acceso no igualitario al conocimiento y la información que resulta ser la unidad de funcionamiento de nuestra sociedad actual. En este panorama, la educación mantiene un rol estratégico para el logro de una mayor igualdad social en comunidad. La educación de personas adultas ha venido jugando un papel relevante dentro de Europa y, por ende, dentro de nuestro país, hasta consolidarse un cambio de paradigma que tuvo su auge durante la década de los ochenta y que se ha mantenido activo hasta nuestros días.

Con anterioridad, España se mantuvo bastante distante a los movimientos que se estaban realizando en Europa a lo largo del siglo XIX. El gobierno y otras entidades como las asociaciones obreras, la Asociación de Amigos del País y la Iglesia llevaron a cabo alguna iniciativa para la educación del pueblo a la luz del proyecto Condorcet. De tal modo, se puede afirmar que en España la educación de personas adultas desarrolló su actividad en un marco normativo propio del sistema de enseñanza formal pero también cobró fuerza en distintas organizaciones mediante actuaciones educativas no formales.

Desde el punto de vista legislativo, la administración del estado, desarrolló la educación de adultos en tres grandes etapas en función de los objetivos a lograr (Sanz, 2005a):

- *Primera etapa*, cuyo principal objetivo fue la *alfabetización de las personas adultas*. Básicamente, se buscó que los adultos aprendieran a leer, escribir y hacer cuentas. De tal manera, en 1821, se hizo una de las primeras menciones a la educación de adultos en la legislación española, en el *Reglamento General de Instrucción Pública*. En el art. 120 del citado documento, se señala que: «se establecerán escuelas públicas en que se enseñe a las niñas a leer, escribir y contar, y a las personas adultas las labores y habilidades propias de su sexo». Si bien, este reglamento no llegó a hacerse efectivo dado que

Fernando VII se proclamó rey absoluto y alegó que todo lo que firmó con anterioridad lo había hecho privado de libertad.

Diecisiete años después, se creó la *Ley de Instrucción Primaria* del 21 de julio de 1838, también conocida como «Ley Someruelos». En su art. 37, el Estado se compromete a la conservación y fomento de escuelas de adultos. Estas escuelas eran conocidas como establecimientos dirigidos a compensar la falta de instrucción primaria en aquellos adultos que no la habían adquirido durante su infancia.

Dos décadas más tarde, se presentó la Ley de Instrucción Primaria del 9 de septiembre de 1857 que se conoció como Ley Moyano. Hasta ese momento, no existía ninguna normativa de carácter estatal que implicase al gobierno del estado en obligaciones educativas dirigidas a personas adultas. Con anterioridad, eran los ayuntamientos y diputaciones las encargadas de este sector educativo, y los maestros eran voluntarios y personal diferente del de las escuelas primarias. Con la Ley Moyano, el Estado se obligó a «fomentar establecimientos de lecciones de noche o de domingos para los adultos cuya instrucción fuera descuidada o quienes quisieran adelantar en conocimientos». También, en los arts. 106 y 107, se hizo plausible el compromiso de crear en todos los pueblos de más de 10.000 habitantes enseñanzas de este tipo, a través de las denominadas escuelas de adultos. Pese a la legislación existente, el desarrollo de estas enseñanzas no respetó las condiciones mínimas de calidad de la enseñanza, resultó escaso y desigual. En los años siguientes, el panorama legislativo en relación a la educación de adultos siguió centrado en la alfabetización de adultos hasta la década de los setenta del siglo XX.

- *Segunda etapa*, en la que el objetivo prioritario fue ofertar una nueva oportunidad o *etapa compensatoria* a todos aquellos que por diversas razones no habían tenido la ocasión de acceder a los estudios primarios, secundarios o incluso universitarios que tradicionalmente venía ofreciendo el sistema de enseñanza a niños y jóvenes.

Con la Ley General de Educación y Financiación de la Reforma Educativa de 1970, la educación de adultos comenzó a tener un peso específico dentro de nuestro sistema educativo. De tal manera, se dedicó el capítulo IV a la educación permanente de adultos. Asimismo, se produjo un aumento de órdenes, decretos e incluso, en las comunidades autónomas surgieron leyes

específicas sobre la educación de personas adultas. Todos estos documentos no tuvieron como preocupación prioritaria la alfabetización, y se amplió la oferta formativa para los adultos atendiendo a todos los niveles: enseñanza primaria, secundaria y, por vez primera, de universidad.

Desde este momento, la educación para adultos se entendió como la etapa de una segunda oportunidad educativa y así se consideró tanto en la legislación y administración de la educación presencial dirigida a los adultos como la de la enseñanza a distancia. En esta etapa aparecen y se desarrollan el CENEBAD (Centro Nacional de Educación Básica a Distancia), el INBAD (Instituto Nacional de Bachillerato a Distancia) y la UNED (Universidad Nacional de Educación a Distancia).

- *Tercera etapa*, cuyo objetivo preferente fue ofrecer una oferta educativa específica para las personas adultas. Este periodo se inicia con la *Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)* del 3 de octubre de 1990, en la que se aborda la educación de adultos como una educación particular cuya finalidad es satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje de este colectivo. El título III de la LOGSE, dedicado a la educación de personas adultas, plantea un principio de gran novedad y de gran trascendencia para el futuro de la educación de personas adultas. Se trata de la apertura a un modelo específico de educación, distinto al que la escuela desarrolla con los adolescentes y jóvenes, pero equivalente. No se trata de adaptar la oferta académica a las personas adultas, como se venía planteando hasta ahora, sino de ofrecer una alternativa específica aunque equivalente.

La LOGSE diferenció la educación de adultos de la educación escolar y apuntó que las personas adultas necesitan procesos de aprendizaje diferentes, aunque con un reconocimiento social y académico equiparable al escolar. Según esta ley, la educación de adultos no tiene por objeto el desarrollo de procesos para superar las deficiencias académicas, sino que pretende ofrecer continuidad y estructurar positivamente procesos de aprendizaje iniciados en las experiencias vividas por las personas adultas. Por tanto, se trata de una educación diferente, no es educación compensatoria, sino que tiene como referente las necesidades sociales y las exigencias del futuro.

La Ley Orgánica de Calidad de la Educación (LOCE, 2002), en el título III, continuó con las premisas establecidas en la LOGSE al insistir en que la educa-

ción es proceso que dura toda la vida. En concordancia con esta idea planteó los siguientes objetivos:

- Adquirir o completar capacidades y conocimientos, y facilitar el acceso a los distintos niveles del sistema educativo.
- Desarrollar programas o cursos para responder a las necesidades educativas específicas de los grupos sociales desfavorecidos.
- Mejorar la cualificación profesional o proporcionar una preparación para el ejercicio de otras profesiones.
- Desarrollar la capacidad de participación en la vida social, cultural, política y económica.

Para la consecución de estos objetivos, la oferta dirigida a las personas de más de dieciséis años que no lograban finalizar sus estudios básicos se centró en: la *educación reglada* (implicaba pruebas específicas para lograr el acceso directo), la *formación profesional no reglada* (incluye la formación ocupacional, la formación continua y los programas de iniciación profesional), y los *programas educativos no formales* destinados a la mejora de la capacidad de participación social, cultural y política.

En este mismo año, se dispuso la Ley Orgánica de las Cualificaciones y de la Formación Profesional que seguía la misma idea de la LOCE al promover la formación de las personas a lo largo de la vida. De tal manera, se realizó una ordenación hacia un sistema integral de Formación Profesional, cualificaciones y acreditación articulado en tres subsistemas interrelacionados entre sí: la formación inicial, la inserción laboral y la formación continua en la empresa.

Por otro lado, para favorecer la transparencia de las cualificaciones profesionales en el marco de la Unión Europea y la libre circulación de todos los trabajadores, se creó el Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional que permitió la integración de las diferentes formas de certificación y acreditación de las competencias, así como de las cualificaciones profesionales (Sarrate y Pérez de Guzmán, 2005). Con la transferencia de competencias a las Comunidades Autónomas, se produjo un marco legislativo autonómico que contempló nuevas disposiciones al respecto. En la mayoría de los casos, estas disposiciones insistieron en la idoneidad de elaborar currículos específicos para la educación a distancia, para las personas adultas y los grupos sociales más desfavorecidos.

Cuatro años más tarde con la Ley Orgánica de Educación (LOE) de 2006, la educación de personas adultas mantuvo los planteamientos originales de la LOCE al ofrecer a todos los mayores de dieciocho años la posibilidad de adquirir, actualizar, completar o ampliar sus conocimientos y actitudes para su desarrollo personal y profesional. De tal modo, esta ley consideró que las administraciones educativas podrían colaborar con otras administraciones públicas con competencias en la formación de adultos y, en especial, con la Administración laboral, así como con las corporaciones locales y los diversos agentes sociales.

A continuación se presentan los objetivos relativos a la educación de personas adultas planteados por la LOE:

- Adquirir una formación básica, ampliar y renovar sus conocimientos, habilidades y destrezas de modo permanente y facilitar el acceso a las distintas enseñanzas del sistema educativo.
- Mejorar su cualificación profesional o adquirir una preparación para el ejercicio de otras profesiones.
- Desarrollar sus capacidades personales, en los ámbitos expresivos, comunicativo, de relación interpersonal y de construcción del conocimiento.
- Desarrollar su capacidad de participación en la vida social, cultural, política y económica y hacer efectivo su derecho a la ciudadanía democrática.
- Desarrollar programas que corrijan los riesgos de exclusión social, especialmente de los sectores más desfavorecidos.
- Responder adecuadamente a los desafíos que supone el envejecimiento progresivo de la población asegurando a las personas de mayor edad la oportunidad de incrementar y actualizar sus competencias.
- Prever y resolver pacíficamente los conflictos personales, familiares y sociales. Fomentar la igualdad efectiva de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres, así como analizar y valorar críticamente las desigualdades entre ellos.

Estos objetivos ampliaron la propuesta de la anterior legislación y contribuyeron a flexibilizar el modelo educativo destinado a las personas adultas. En este sentido, la LOE recogió los mecanismos necesarios para el logro de estos objeti-

vos, destacando la potenciación de la conexión existente entre las vías académicas, sociales y laborales para la validación de los aprendizajes adquiridos.

2.3. Acontecimientos históricos en cuestión de educación de personas adultas

La comunidad mundial se muestra cada vez más consciente del papel que ha de desempeñar la educación a cualquier edad para promover el empleo y evitar la exclusión social en la sociedad del conocimiento. La importancia de la educación se ha visto refrendada mediante conferencias mundiales, documentos estratégicos y otras iniciativas. En este sentido, la década de los noventa del siglo pasado resultó decisiva para establecer objetivos mundiales y ampliar horizontes en materia de educación de adultos. Más allá del Informe Delors (1993), ya comentado con anterioridad, existen otros eventos y publicaciones de peso en el ámbito internacional sobre la educación de personas adultas que se presentan a continuación.

En 1990 tuvo lugar la *Declaración mundial sobre la educación para todos y todas* en Jomtien (Tailandia). No fue una declaración que tratara exclusivamente la educación de adultos, sin embargo resultó crucial dado que presentó, en un foro de alcance mundial, el objetivo alcanzable de una educación básica para todos. Se ha de tener en consideración que por entonces, más de 960 millones de personas adultas de todo el mundo eran analfabetas y dos tercios eran mujeres. De tal manera, el documento señaló la necesidad de contemplar una perspectiva más amplia de la educación que asegurase el acceso a los niveles educativos más básicos a lo largo de toda la vida y desarrollo del ser humano, en aras de promover la igualdad social y de género.

Siete años más tarde, tuvo lugar otro acontecimiento relevante, se trata de la CONFITEA, la *V Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas* que organizó la UNESCO en Hamburgo (1997). Con anterioridad, se celebraron cuatro: Elsinore (Dinamarca) en 1949; Montreal (Francia) en 1960; Tokio (Japón) en 1972; y París (Francia) en 1985. Como consecuencia de la conferencia, se elaboró la *Declaración de Hamburgo* en la que se subrayó el papel de la educación a lo largo de la vida como una de las claves del siglo XXI. De tal modo, la educación de adultos pasó a ser reconocida como una consecuencia de la ciudadanía activa y un requisito para la participación plena de los ciudadanos en la sociedad. Asimismo, en esta declaración se reconoce que la educación de adultos debe abarcar tanto los aprendizajes formales como los no formales. También se distingue que las direcciones que tome la educación de adultos en los diferentes

países se han de basar en el patrimonio cultural, los valores y las experiencias previas de las personas. A su vez, se establece que los gobiernos deberán adoptar las medidas precisas que sean menester para atender las nuevas exigencias de aprendizaje surgidas a raíz de la sociedad del conocimiento. Finalmente, se dispone la garantía de que todas las personas puedan adquirir y mantener la capacidad de leer, escribir, calcular y crear.

Estos compromisos dieron lugar, entre otras acciones, a las recomendaciones ofrecidas por la UNESCO en la *Segunda Reunión Intergubernamental del Proyecto Regional de Educación* (PRELAC II) de marzo de 2007. Estas indicaciones atienden al derecho de las personas al aprendizaje a lo largo de toda la vida para promover las diferentes capacidades del ser humano. Para ello, se recomienda: enfatizar políticas de equidad para asegurar la universalización de la educación primaria; ampliar y diversificar la cobertura de la educación y cuidado de la primera infancia; ampliar el acceso y la conclusión de estudios en la educación secundaria, así como mejorar su calidad; potenciar y renovar la educación técnica y profesional promoviendo estructuras más flexibles y la creación de puentes entre diferentes modalidades; ampliar las oportunidades educativas de las personas poniendo en marcha programas de alfabetización y sistemas de certificación de competencias; y, finalmente, promover la inclusión de contenidos y competencias en los distintos currículos que atiendan a la formación ética de los ciudadanos frente a la sostenibilidad, la educación sexual, desarrollo tecnológico, educación artística, entre otros.

Otro acontecimiento a destacar, tras la *VI Conferencia Internacional de Educación de Adultos (CONFITEA VI)*, celebrada en Belém (Brasil) en 2009, se creó un compromiso y acción en materia de educación de adultos que se concretó en tres objetivos:

- Impulsar el reconocimiento del aprendizaje y la educación de adultos como un elemento importante y un factor conducente al aprendizaje a lo largo de la vida.
- Destacar el papel crucial del aprendizaje y la educación de adultos para la realización de las agendas internacionales de educación y desarrollo (en concreto, la Educación para Todos —EPT—. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio —ODM—, el Decenio de las Naciones Unidas de la Alfabetización —DNUA—, entre otros).
- Renovar el impulso y el compromiso político, así como desarrollar los instrumentos para implementar el paso de la retórica a la acción.

Estos objetivos requieren un compromiso firme de políticas de estado con financiación, evaluación y seguimiento para poder ser plenamente asumidos. Asimismo, el marco de acción de Belém trató de reafirmar los compromisos de Hamburgo, especialmente, para los países de América Latina, África y Asia con el fin de convertir las palabras en actos para poder lograr un futuro viable gracias al empuje del aprendizaje de adultos (Charters, 2012). Hasta la fecha, esta ha sido la última *CONFITEA*, a la espera de la próxima reunión que posiblemente se celebrará en 2021 y se llamará Conferencia Internacional sobre aprendizaje a lo largo de la vida.

Otro organismo que ha contribuido, en los últimos años, a promover la política y desarrollo de programas relacionados con la educación de adultos ha sido la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Esta organización internacional publicó el Informe *Educación de adultos, políticas y prácticas: más allá de la retórica*. En este documento se recogen los resultados de una encuesta realizada en nueve países para proporcionar datos fidedignos acerca de lo que cada país entiende por educación de adultos y acerca de su experiencia sobre el tema. El informe tiene un gran valor, al presentar un escenario internacional del estado de la educación de adultos en los países participantes: Suecia, Noruega, Reino Unido, Dinamarca, Portugal, Suiza, Finlandia, Canadá y España.

Según el citado informe, la participación en programas de educación de adultos varía considerablemente en cada país. Mientras que en los países nórdicos al menos uno de cada tres adultos participaba en alguna actividad formativa a lo largo del año, las tasas de participación resultaron inferiores en España y Portugal. Además, son los adultos jóvenes más cualificados los que se benefician en mayor medida a las oportunidades educativas en comparación con los otros adultos. Por lo general, la tasa de participación de personas con edades que comprenden el rango de edad establecido entre 25 y 29 años fue la más alta, entre los 30 y los 50 años la participación se mantiene activa, mientras que más allá de ese rango de edad las tasas disminuyen considerablemente.

Asimismo, la OCDE detectó que existen problemas que impiden la participación en programas de educación de adultos. El más evidente es que la demanda de formación no se satisface, pues en varios países hay listas de espera para realizar cursos de formación de adultos. Este dato no recoge la posible demanda de aquellas personas con baja cualificación y bajo nivel educativo que viven en áreas rurales. Igualmente, no tiene en consideración a aquellos que por sus capacidades no manifiestan sus necesidades.

2.4. Políticas europeas en materia de educación de personas adultas

Los primeros años previos a la formación de la Unión Europea, tal y como la conocemos en la actualidad, se caracterizaron por su opacidad y por la tardanza en el tratamiento de cuestiones relacionadas con la educación. No obstante, a comienzos de los años ochenta, se confirmó un nuevo enfoque de cooperación educativa entre los países europeos. Este enfoque se significó por ser más integrador y tuvo por objeto responder a las nuevas demandas sociales que habían surgido a raíz de la crisis económica que tuvo lugar a finales de los setenta. De tal modo, se confirió a la educación de personas adultas el propósito de completar, continuar y ampliar los niveles básicos educativos y, en especial, la formación profesional.

Más adelante, la década de los noventa constituyó el punto de partida para el verdadero impulso de la formación en el conjunto de países de la Unión Europea. El número de conferencias, documentos e iniciativas que la Unión Europea produjo en esos años ponen de relieve la importancia de este periodo histórico. En este sentido, el Tratado de Maastrich de 1992 significó un considerable avance al establecer explícitamente, en los artículos 126 y 127, las bases jurídicas de la política educativa europea en lo que respecta al desarrollo de una dimensión de educativa. Además, en este tratado se consideró la promoción y mejora de la formación profesional y de la educación permanente para facilitar la inserción ocupacional y la competitividad de los ciudadanos europeos.

A comienzos de los noventa, la Comisión Europea mostró nuevas propuestas para la racionalización y armonización de las acciones educativas comunitarias. En el ámbito de la educación para adultos destacaron las acciones *Sócrates*, *Leonardo* y *Grundtvig*. Estas actuaciones pretendieron promover la innovación, la accesibilidad y la calidad de las actividades dirigidas a este sector poblacional.

Otros hitos importantes durante estos años fueron la I Conferencia de Educación de Personas Adultas celebrada en Atenas (Grecia) en 1994 y la II Conferencia sobre la Educación de Adultos para vivir y trabajar en Europa que tuvo lugar en Dresde (Alemania) ese mismo año. Posteriormente, se celebraron dos conferencias más en cuestión de dos años, una de ellas en Madrid y otra en Florencia. El interés que despertaron estas conferencias se confirmó con la proclamación del *Año Europeo de la Educación Permanente* en 1996 y con la publicación del *Memorándum sobre el Aprendizaje Permanente* (2000). Por vez primera, un año europeo fue dedicado a la educación y, concretamente, a la educación de personas adultas, lo que supuso otorgar un recono-

cimiento explícito a este campo. Asimismo, en ambas iniciativas, la educación a lo largo de la vida se muestra como un concepto en constante evolución.

La importancia creciente de la educación de adultos se comprueba, en el comienzo del nuevo siglo, con motivo de la creación de un Espacio Europeo de Educación, como resultado de la Estrategia de Lisboa establecida en el Consejo de la Unión Europea del 2000. En este acontecimiento se refrendó el papel de la educación de adultos dentro de los sistemas educativos nacionales mediante la constitución de instrumentos adicionales que promovieran el aprendizaje mutuo y los intercambios de buenas prácticas. Desde este momento, los principios de calidad y educación a lo largo de la vida se han mantenido como firmes rectores de los movimientos surgidos en materia política educativa.

Otro hito a tener en consideración fue la creación del programa *Educación y Formación* (2010), aprobado en el Consejo de Barcelona de 2002. En este documento se destaca que «el desarrollo de los sistemas de educación y formación, bajo el ángulo de la educación permanente y a escala mundial, ha venido reconociéndose cada vez más como factor crucial para el futuro de Europa en la era del conocimiento» (Consejo de la Unión Europea, p. 4). Este programa estableció los objetivos estratégicos para conseguir que las personas adultas continúen su formación, facilitar el acceso de todos a la educación, mejorar la calidad y la eficacia de los sistemas de educación, y abrir los sistemas educativos al mundo exterior.

Entre esta iniciativa y los tiempos actuales, diferentes entidades europeas han producido cientos de documentos y han puesto en marcha varios programas. Todos ellos reparan en la necesidad de mejorar la educación y formación en Europa, así como en la condición de recuperar el tiempo perdido. Si bien, existe un programa que por su especificidad es necesario tenerlo en cuenta. Se trata del programa *Life Long Learning* surgido en 2006, al amparo de la decisión del Consejo de Europa. El objetivo general de esta iniciativa es

«(...) contribuir, mediante el aprendizaje permanente, al desarrollo de la Comunidad como sociedad del conocimiento avanzada, con un crecimiento económico sostenible, más y mejores puestos de trabajo y una mayor cohesión social, garantizando al mismo tiempo una buena protección del medio ambiente en beneficio de las generaciones futuras» (Art. 1. Decisión 1720/2006/CE).

Se pretende con ello, fomentar el intercambio, la cooperación y la movilidad entre los sistemas de educación y formación de la Unión Europea, para que se conviertan en una referencia de calidad mundial. Este programa tiene vigencia

desde 2007 hasta 2013, tiene un presupuesto de 7.000 millones de euros y ofrece a personas en cualquier etapa de sus vidas opciones de aprendizaje en toda Europa. El programa pasó a aglutinar cuatro subprogramas centrados en distintas etapas de la educación: Comenius (Educación infantil y primaria), Erasmus (Educación Superior), Leonardo da Vinci (Formación vocacional y profesional) y Grundtvig (Educación de adultos). Asimismo, se completa con otro programa transversal centrado en la cooperación política, idiomas, tecnologías de información y comunicación, la difusión y la explotación de resultados.

A su vez, el programa *Life Long Learning* se encuadra dentro del marco estratégico para la cooperación europea en educación y formación (ET 2020) que comprende cuatro objetivos: 1) aprendizaje permanente y movilidad; 2) calidad y eficiencia; 3) equidad, cohesión social y ciudadanía activa; y 4) creatividad e innovación. Estos objetivos se encuadran dentro de un panorama crítico para las economías de los países de la unión. Para el seguimiento de los compromisos adoptados en virtud de estos objetivos, la Red Eurydice proporciona informes periódicos sobre los sistemas educativos europeos con los datos más relevantes y las principales novedades. A tal efecto, recientemente publicó el informe *Cifras clave de la Educación 2012* en el que se pone de manifiesto que varios gobiernos han adoptado medidas específicas frente a la crisis que garantizan los acuerdos de financiación que aseguran el funcionamiento del sistema y salvaguardan las reformas de la última década.

En suma, en los últimos años, las políticas educativas de la Unión Europea han tratado de responder a las exigencias de la sociedad del conocimiento, planteando iniciativas que procuran potenciar la educación como una fuente de perfeccionamiento continuo para el ser humano, desde el punto de vista personal, social y profesional.

3. CLAVES DE LA EDUCACIÓN DE PERSONAS ADULTAS

Las exigencias actuales, propias de la Sociedad del Conocimiento, han dirigido la atención de los países occidentales hacia el logro de la educación permanente. Las políticas supranacionales han formulado ambiciosos objetivos estratégicos al respecto. A su vez se ha planteado un arduo debate sobre las competencias que, en detrimento de otras, deben adquirir y aumentar los adultos para poder mantenerse activos y formados en estos tiempos.

Sin lugar a duda, la principal competencia que han de desarrollar los adultos en estos momentos es la de *aprender a aprender*. La obligación permanente de estar aprendiendo en un entorno cambiante no permite a las personas dar un aprendizaje por concluido. De ahí que sea absolutamente necesario comprender las claves del aprendizaje y otorgarles un papel fundamental dentro de la educación de personas adultas.

Para poder comprender en qué consisten las claves del aprendizaje en la educación de personas adultas, previamente se ha de hacer alusión a qué significa aprender. La mayor parte de las personas tenemos una idea más o menos clara sobre el significado del término aprender. Una acepción neutra y consensuada es la definición del diccionario de la RAE, en el que figura que aprender es «adquirir el conocimiento de algo por medio del estudio o de la experiencia». No obstante, tomaremos como punto de partida la siguiente definición: «Proceso por el cual ocurren cambios duraderos en el potencial conductual como resultado de la experiencia» (Anderson, 2001).

Esta definición reúne todo aquello que caracteriza al aprendizaje como una habilidad propia de todo ser humano, dado que se refiere al aprendizaje en términos de cambio permanente que surge de la experiencia entendida como práctica. A su vez para este autor, un buen aprendizaje también ha de sustentarse en el principio de transferencia. Este principio tiene en cuenta la validez de los aprendizajes adquiridos para poder transferirlos a nuevas situaciones. Para ello, se requiere dirigir la atención al *saber cómo* y a la enseñanza de estrategias de aprendizaje. Así pues, el buen aprendizaje debe estar dirigido y orientado por un referente de enseñanza. De tal manera que, la enseñanza y el aprendizaje son términos que frecuentemente aparecen unidos en la literatura científica cuando se tratan los procesos a través de los cuáles las personas aprenden. Estos procesos son planteados desde enfoques cognitivos que anteponen la reorganización de las estructuras cognitivas internas de las personas a sus comportamientos observables.

3.1. Procesos de aprendizaje

Desde los modelos del procesamiento de la información, Beltrán (1993) realiza una de las propuestas más reveladoras sobre el hecho de enseñar-aprender. Según este autor, el aprendizaje viene dado por la interacción de un conjunto de procesos mentales que las personas ponen en marcha mientras aprenden, aunque no todos los sujetos conocen ni dominan esos procesos. El interés en estos pro-

cesos está en que el educador los identifique para poder enseñarlos a los aprendices y mejorar la calidad de sus aprendizajes (Beltrán, 2003).

Los procesos tienen la particularidad de hacerse operativos de diversas maneras dando lugar a planes estratégicos que difieren en función de los objetivos que cada aprendiz se marca o que son sugeridos por los educadores como demandas de tarea. En este sentido, es fundamental que los procesos se inicien pero también que se utilicen las estrategias más eficaces para conseguir las metas de aprendizaje. Lo importante es que todos los procesos sean ejecutados por los aprendices, independientemente de que sean ellos o el educador los que asuman la responsabilidad de activarlos (Gagné, 1977).

Los procesos significan sucesos internos que implican una manipulación de la información entrante. Estos procesos constituyen las metas de las diferentes estrategias de aprendizaje y se pueden clasificar de la siguiente manera: 1) sensibilización; 2) atención; 3) adquisición; 4) personalización y control; 5) recuperación; 6) transfer; 7) aplicación; y 8) evaluación.

3.1.1. Sensibilización

La sociedad tiene como una de sus finalidades dotar a los adultos de una serie de competencias en determinadas áreas de aprendizaje, pero para que ese proceso se ponga en marcha las personas deben estar motivadas hacia el aprendizaje. Para lograrlo, se debe sensibilizarlos tratando de motivarles para alcanzar los logros marcados (Beltrán, 1995). En este sentido, se ha de lograr un contexto mental adecuado dentro del adulto de manera que tenga conciencia clara de lo que pretende conseguir (estado de meta), conozca su estado inicial o de partida y se sienta predispuesto para transformar ese estado de partida en estado de meta. Así pues, la conducta motivada juega un papel fundamental en este proceso para iniciar y mantener el deseo de aprender.

Tiempo atrás, Cannon (1932) argumentó que la motivación tenía su origen en una de privación y en la consecuente necesidad que dispone a la persona para buscar alternativas y motivos de cambio. Sin embargo, este procedimiento que entiende la conducta motivada como un funcionamiento fisiológico ha ido dejando paso a otras aproximaciones donde el proceso homeostático como explicación de la conducta ha sido ampliamente superado. El concepto de motivación ha evolucionado hasta lograr un consenso por parte de la comunidad científica.

En la actualidad, se entiende por motivación: *el conjunto de procesos implicados en la activación, dirección y persistencia de la conducta* (Beltrán, 1993).

En este sentido, la *motivación de logro* (Atkinson, 1964) ha sido una de las teorías que más impacto ha tenido en el ámbito educativo. Según esta teoría, se aumenta la probabilidad de aparición y persistencia de una conducta en función de la probabilidad de conseguir un incentivo y del valor del mismo. En consecuencia, una manera de mejorar la motivación sería aumentar el interés por el rendimiento o disminuir el miedo al fracaso.

En las personas adultas la motivación debe incidir en la sensibilización de la persona por y para el aprendizaje. Este hecho supera la proposición por la cual se debe favorecer la motivación a partir de la consecución de un logro o meta determinado. Así, los educadores deben tratar de favorecer la motivación intrínseca, es decir, la satisfacción que tienen los adultos de su actuación o el interés subjetivo que presentan ante una determinada materia o ámbito. La fuerza de la motivación intrínseca se encuentra en los premios intrínsecos que constituyen elementos de alto impacto en el registro de comportamientos de los adultos. En este sentido, la motivación intrínseca más relevante que han de desarrollar las personas debe asociarse al placer de aprender. Sin embargo, el placer de aprender rara vez ofrece una gratificación inmediata, por lo que conviene que los educadores impliquen a los adultos en el aprendizaje, valoren sus intereses y les refuerzen. A su vez, para lograr la motivación intrínseca, los educadores deben predisponer tareas para que los adultos puedan percibir que mediante el esfuerzo y la utilización de estrategias cognitivas adecuadas se consiguen los logros.

Por otro lado, aprender a aprender supone adquirir un plan de aprendizaje de manera autónoma y autocontrolada. Para conseguirlo es necesario motivar a partir de buenos hábitos y actitudes que promuevan el esfuerzo y la autodisciplina. El esfuerzo habita en el desarrollo de una buena capacidad de concentración y aprender a ser independiente frente a los aprendizajes más académicos requiere de constancia y autodisciplina frente a la soledad en el estudio.

Para poder intervenir eficazmente sobre la motivación de los aprendices, se puede recurrir a una serie de estrategias que predisponen hacia el aprendizaje (Beltrán y Pérez, 2004):

1. *La curiosidad*. Se trata de fomentar el apetito de saber, ver y conocer. La curiosidad depende del conflicto conceptual que surge del modo en que las personas se hacen preguntas y se presentan los contenidos.

2. *Desarrollar la confianza en la competencia personal.* Para ello, se requiere maximizar los éxitos y minimizar los fracasos. En este sentido, se sugiere la utilización de la estrategia de refuerzo según la cual los educadores pueden utilizar la alabanza como reforzador puesto que conduce al sentimiento de satisfacción y relajación.
3. *Desafío intelectual.* Ajustar la dificultad de las tareas a las competencias de los adultos. En este sentido, se deben plantear tareas cuyo logro sea ligeramente superior a las habilidades iniciales del adulto para que el problema constituya un reto motivante y capaz de ser conseguido.
4. *Habilidades.* Se deben encontrar nuevas cosas que permitan comprometer las habilidades cuando los desafíos son superados.
5. *Fantasía.* A partir de ambientes de aprendizaje conviene fomentar situaciones en las que los adultos puedan experimentar situaciones de ficción con aplicaciones para la vida real.

3.1.2. Atención

La atención es un proceso básico porque de él dependen el resto de las actividades del procesamiento de la información. La información que proviene del ambiente llega sin limitación alguna, sin embargo el procesamiento en la memoria es limitado y únicamente permite depositar los contenidos informativos de uno en uno en los almacenes de la memoria. Debido a este hecho, las estrategias de atención determinarán la cantidad de información que llegará a la memoria y el tipo de información que va a llegar.

Según Beltrán (1993: 102 y ss.), los procesos atencionales implican cierta selectividad y pueden clasificarse de la siguiente manera:

1. *Atención selectiva:* capacidad del organismo para centrarse en una parte de la información o del mensaje. Se trata de un mecanismo para focalizar la atención que permite seleccionar información sobre la base del interés del propio sujeto por la información, las expectativas y el conocimiento de la tarea.
2. *Atención global:* capacidad para concentrar la atención hacia una totalidad de estímulos permitiendo abarcar una perspectiva general.
3. *Atención sostenida:* se trata de una atención permanente. Esta atención puede ser de carácter intermitente o sostenida.

Desde el punto de vista de la educación de adultos, conviene entrenar los mecanismos atencionales dado que para poder aprender se requiere atender selectiva a ciertos estímulos dentro de una tarea e ignorar otros. Igualmente, para controlar la atención de manera sostenida o intermitente es necesario un entrenamiento metacognitivo que permita desarrollar planes para resolver problemas (Brown, 1978). Por tanto, dar a conocer los determinantes de la atención ayuda a las personas y fomenta la utilización adecuada de una serie de técnicas que contribuyen a controlar y dirigir la atención como por ejemplo: la exploración de textos, el subrayado, la toma de notas, etc.

En relación a captar la atención de los adultos durante las exposiciones que ofrecen los educadores, se ha de tener en cuenta la capacidad atencional limitada de los mismos. Según Davies (1993), la atención aumenta desde el comienzo de una exposición hasta los diez minutos y disminuye progresivamente a partir de ese punto. Algunos recursos que los educadores pueden utilizar durante las exposiciones para aumentar la atención son: efectuar una buena introducción, presentar un esquema guión del tema a tratar, contextualizar la información, utilizar con criterio habilidades de comunicación verbales y no verbales, incluir cuñas de interés, dar pie a la participación en determinados momentos, dar descansos pasado cierto tiempo de exposición, etc.

3.1.3. Adquisición

El proceso de adquisición revela la esencia del aprendizaje, puesto que consiste en transformar la información en conocimiento. Dentro de este proceso, se destacan otros tres subprocesos:

1. *La comprensión.* La adquisición comienza con la selección de la información para más tarde codificarla, es decir darle un sentido e interpretarla de forma significativa. La comprensión implica que el aprendiz se mantiene activo estructurando y organizando la información para almacenarla en la memoria.
2. *La retención.* Gracias a las estrategias de estructuración y organización el sujeto comprende e integra sus conocimientos en el almacén de la memoria a corto plazo y predispone para transferirlos en la memoria a largo plazo.
3. *La transformación.* Una vez que los conocimientos se integran en la memoria a largo plazo sufren diversas modificaciones que transforman las estructuras cognitivas.

Los educadores han de mediar en este proceso facilitando materiales instruccionales que permitan a los adultos seleccionar y codificar información. A su vez, se ha de invitar a los adultos a definir e identificar los problemas y el momento en el que se encuentran durante la realización de una tarea, valorar la eficacia de las estrategias y técnicas utilizadas, trazar planes y revisarlos periódicamente, preguntarles, promover que ellos mismos se pregunten, ayudarles a tomar decisiones de manera consciente, advertir de los posibles errores, etc. En definitiva se trata de que los adultos elaboren la información y le den un sentido personal.

3.1.4. Personalización y control

Mediante este proceso el aprendiz asegura la validez y pertinencia de los conocimientos y explora nuevas fronteras al margen de lo establecido o lo convencional. Desde este proceso, tres instancias dirigen, refuerzan y consolidan el aprendizaje: metacognición, creatividad y pensamiento crítico. La metacognición se ve implicada en el proceso de adquisición pero también en el proceso de personalización y control del aprendizaje. Se trata de que el adulto conozca y autorregule sus propios procesos mentales de tal modo que pueda controlar el proceso de aprendizaje, evaluarlo y detectar posibles errores. Precisamente, esta última posibilidad permite que los aprendices personalicen la información adquirida sobre la base de sus vivencias o conocimientos previos. En definitiva, el hecho de que los adultos conozcan su propio proceso de pensar es fundamentalmente, el resultado de la inferencia del conocimiento personal acerca de cómo aprendemos.

Por otro lado, la creatividad se plantea como la capacidad de resolver problemas no resueltos, plantear nuevos interrogantes, crear obras o crear nuevos productos (Gardner, 2005). Por su parte, Csikszentmihaly (1998) plantea que la creatividad nunca es el logro de una sola persona, sino la aparición esporádica de una interacción entre tres elementos independientes: la *persona*, el *ámbito cultural* dónde esa persona trabaja y el *campo social* o conjunto de personas e instituciones que ofrecen las experiencias educativas que evalúan la creación. Desde esta perspectiva, los educadores de adultos se enfrentan al desafío de mantener vivo el entusiasmo por la exploración y fomentar, a la par que premiar, que el adulto pueda ofrecer diferentes soluciones a un mismo problema.

El problema que comparten aprendices y educadores es la falta o exceso de crítica ante las creaciones. Ante la resolución de un problema, todas las alternativas pueden ser o no válidas, incluso puede que algunas soluciones sean más oportunas que otras, por este motivo se debe fomentar el pensamiento crítico pero con la precaución de evitar el comportamiento hipercrítico ya que puede frustrar la creatividad.

Para el desarrollo del pensamiento crítico resulta fundamental la técnica de la discusión. Una de las formas más conocidas y utilizadas de la discusión es la llamada *discusión socrática*. Esta discusión funciona por medio de preguntas y respuestas que realiza el educador para debatir sobre un tema previamente seleccionado. Otra forma utilizada, es la de los *grupos de discusión*, en ellos el educador propone un debate y los aprendices discuten bajo su guía y orientación. En relación con las anteriores, también está la *discusión evolutiva* (Maier, 1952) cercana a la estrategia de solución de problemas. En esta propuesta, el educador divide un problema en partes de manera que todos los aprendices pueden trabajar al mismo tiempo en el mismo problema sobre la base de sugerir hipótesis o estrategias de solución, conseguir datos relevantes o elegir alternativas de solución para luego aplicarlas.

3.1.5. Recuperación

La recuperación del material informativo almacenado en la memoria del aprendiz puede ser activado y estar disponible con facilidad cuando organizan y estructuran la información con anterioridad. La cuestión de este proceso es articular los pasos anteriores al momento de la recuperación. Si los aprendices han logrado construir los conocimientos de forma ordenada y le han dado una impronta personal, la recuperación del material no tendría por qué presentar ninguna dificultad. Los educadores, en cualquier caso, pueden ayudar a los adultos a buscar indicadores que hayan servido para categorizar la información.

3.1.6. Transfer

Tras aprender conocimientos, los alumnos deben poder generalizarlos a otros contextos. Al respecto, el transfer es definido por Beltrán (1993, p.46) como: «la capacidad del sujeto para trasladar los conocimientos a contextos, estímulos o situaciones

nuevas». La fuerza del transfer supera con creces las expectativas iniciales de todo aprendiz. De hecho, se puede afirmar que el logro del transfer supone un elemento motivador intrínseco del aprender a aprender, puesto que la aplicación de lo aprendido en una situación nueva refuerza el sentido del material aprendido y suscita el interés del aprendiz por continuar aprendiendo a aprender.

Desde la educación de adultos, la transferencia de aprendizajes cobra sentido a partir de la perspectiva de las competencias. Relacionado con la enseñanza y aprendizaje de las mismas, se requiere un aprendizaje situado que considere la práctica profesional inseparablemente de los contenidos instruccionales. Para ellos, existen varias propuestas metodológicas que han de ser tenidas en cuenta:

- El *Aprendizaje por ejemplos*. Esta metodología se basa en la teoría de la resolución de problemas analógicos y mantiene la siguiente estructura (Mayer, 2004): 1) presentación de un problema; 2) se ofrecen posibles soluciones y el porqué de esas soluciones; 3) los alumnos tratan de encontrar el principio que rige al problema y toman decisiones al respecto de forma individual y/o compartida.
- El *estudio de casos*. Se trata de un método interactivo que pretende ser un nexo entre la teoría y la práctica, situando a los aprendices delante de representaciones cercanas a la realidad.
- Metodología de *aprendizaje basado en problemas (ABP)*. Se presenta un problema de índole ficticia o real que logre implicar a los adultos en la resolución del mismo, es decir *tareas auténticas*, en términos de Brown, Ashd, Rutherford, Nakagawa, Gordon y Campione (1993). Después, se identifican las necesidades de aprendizaje, se busca la información necesaria y finalmente se regresa al problema.
- El *Aprendizaje Basado en Proyectos o Project Based Learning (PBL)*. Metodología por la que los adultos pueden aprender aplicando e investigando sobre contenidos interdisciplinares. De tal manera, han de realizar un proyecto previamente diseñado y formulado, instruccionalmente. Se trata de una metodología similar al ABP pero que tiene como principal característica que promueve habilidades de trabajo en equipo cooperativo y colaborativo a la par que fomenta el aprendizaje autónomo y mejora la motivación del alumno (Bottoms & Webb, 1998).

- *Seminarios y talleres (workshop)*. Se trata de escenarios donde se construye con profundidad una temática específica del conocimiento mediante intercambios personales.

3.1.7. Evaluación

Los adultos deben aprender en función del sistema de evaluación acorde a los nuevos tiempos; introducir una innovación pedagógica en la enseñanza y, luego, evaluar de forma tradicional no tiene sentido. Resulta fundamental que exista coherencia entre la metodología de enseñanza y las formas de evaluar el logro de los objetivos.

El logro de los aprendizajes significativos y transferibles debe ser evaluado en consonancia con el nuevo paradigma educativo. La evaluación forma parte del proceso de enseñanza-aprendizaje manteniendo como principal finalidad comprobar que los adultos alcanzan los objetivos propuestos. No obstante, uno de sus principios básicos debe ser evaluar para aprender, una evaluación formadora, es decir, una evaluación centrada en el aprendiz que se asienta sobre la adquisición de contenidos y procesos. En relación con estos últimos, se deberán evaluar los conocimientos sobre cómo se aprende y el control que ejercen sobre estos mecanismos.

En relación al diseño de unidades de medida para valorar el logro de los resultados del aprendizaje, se han de tener en cuenta diferentes formatos para evaluar. Desde evaluaciones directas en las que se le pide a los adultos que demuestren lo que saben o pueden hacer, tales como: tareas, proyectos, trabajos o artículos, exámenes, estudio de casos, entrevista, portfolio, etc. A evaluaciones indirectas de aprendizaje que incluyen medidas de autoinforme (como por ejemplo: encuestas, autocuestionario, etc.) y evaluación entre iguales.

La clave de estas medidas de evaluación es comprender que se pretende con la actividad o tarea evaluadora. Asimismo, en la enseñanza centrada en el estudiante se deben utilizar de manera prioritaria medidas que permitan valorar la capacidad de pensar críticamente y la utilización de su conocimiento a la hora de abordar problemas complejos lo más cercanos a la realidad de sus disciplinas. En este sentido, las valoraciones a partir de trabajos, portfolio, dia-

rios reflexivos, estudio de casos, proyectos, etc. constituyen una buena herramienta educativa.

3.2. Estrategias de aprendizaje

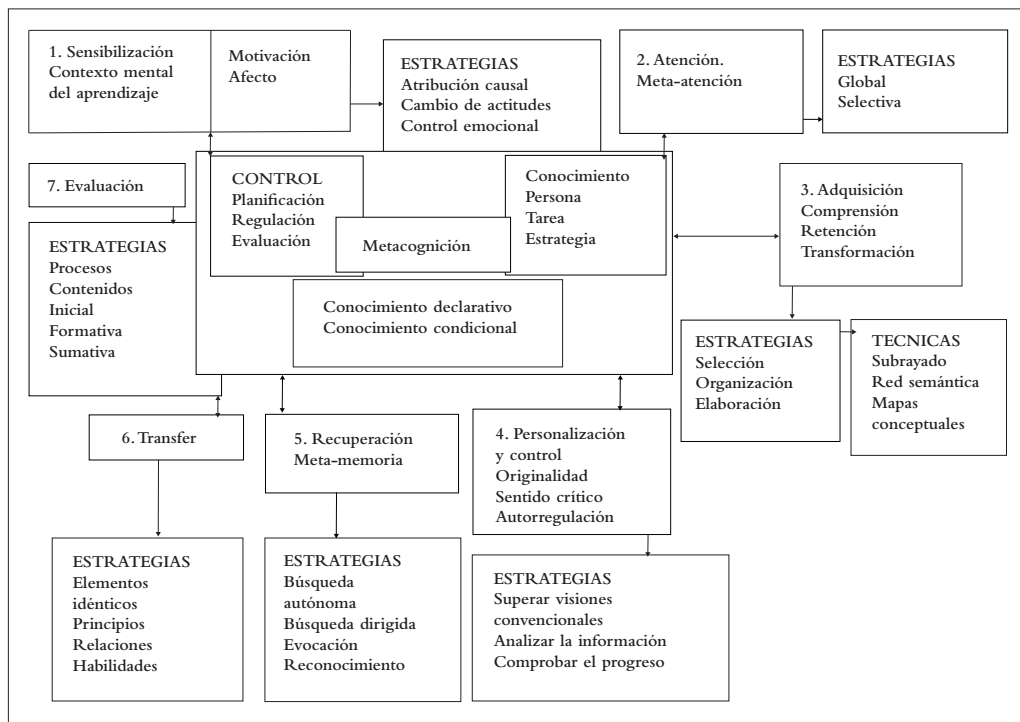
Algunos autores han identificado las estrategias con las habilidades generales de pensamiento, que son capacidades innatas perfeccionadas a través del aprendizaje. Sin embargo, en la actualidad, la mayoría de estudios defienden la tesis acerca de que el conocimiento estratégico es un *conocimiento condicional*. El carácter condicional de las estrategias presupone no sólo el dominio de una habilidad, sino la toma en consideración de una serie de aspectos referidos, tanto a las características del aprendiz, como a la índole de la tarea y su contexto.

3.2.1. Estrategias y técnicas de aprendizaje

Las estrategias se diferencian de las tácticas o técnicas de estudio, en el hecho de que estas últimas son actividades específicas, más ligadas a las materias (Snowman, 1986). Las técnicas están siempre al servicio de una o varias estrategias, pero no al contrario. Un ejemplo centrado en el ámbito académico se refiere a la diferencia entre las estrategias para seleccionar información relevante y las técnicas que puede utilizar un aprendiz para escogerla (subrayado, resumen, idea principal, etc.). Las técnicas serán elegidas tanto en función del dominio que el adulto posee de las mismas como de las características de la actividad concreta a realizar.

3.2.2. Clasificación de las estrategias

Existen múltiples clasificaciones de las estrategias a partir de distintos criterios. Bastantes de ellas las equiparan a las habilidades y algunas otras a las técnicas. Se ha optado por presentar la clasificación de Beltrán (1993) dado que resulta especialmente clarificadora al diferenciar entre los procesos de aprendizaje que se ponen en juego, las estrategias que favorecen dichos procesos y las técnicas específicas al servicio de las estrategias.



Fuente: Beltrán (1999, p.32).

Figura 2. Clasificación de Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje

Aunque hasta ahora, se ha hecho especial mención a los aspectos cognitivos implicados en el conocimiento estratégico, en la caracterización de Beltrán, se destacan también las denominadas estrategias de apoyo, de carácter afectivo y actitudinal. Éstas deben potenciarse por ser el motor que impulsará al estudiante a aprender.

3.3. Estilos de aprendizaje

Existe abundante literatura científica sobre los *estilos de aprendizaje*, en su mayoría se apunta al modelo que utiliza la mente de cada sujeto para procesar la información en función de la determinación de sus percepciones. De un modo más preciso, Kolb (1984: 124) apuntó que los estilos de aprendizaje son «algunas capacidades de aprender que se destacan por encima de otras como resultado del aparato hereditario, de las experiencias vitales propias y de las exigencias del medio ambiente actual».

Algunas de las principales aportaciones de los estilos de aprendizaje para la educación de adultos fueron recogidas por Ruiz Corbella y Sarrate (2005: 139-140):

- Facilitar un diagnóstico de los alumnos con un nivel más técnico y objetivo que la observación asistemática.
- Suministrar a los discentes adultos un mayor autoconocimiento y apoyo para reflexionar sobre su propio proceso de aprendizaje.
- Ofrecer datos sobre cómo prefieren aprender los participantes respecto al nivel de dirección y estructura.
- Ayudar a efectuar un diseño global más adecuado de los cursos.
- Procurar a los docentes la toma de decisiones acerca de diferentes elementos formativos como la presentación de información, la creación de grupos de trabajo, la selección y adaptación de materiales y recursos educativos y los sistemas más apropiados de evaluación, etc.
- Planificar e implementar aplicaciones individuales.

En general, los estilos de aprendizaje resultan fundamentales para garantizar una educación de adultos de calidad pues permiten a los educadores conocer mejor los métodos de enseñanza que han de tener en cuenta en función de las preferencias cognitivas de los aprendices. Los estilos pueden clasificarse de diversos modos, si bien, la catalogación que más incidencia ha tenido en el campo educativo es la del análisis de los estilos *dependientes* e *independientes* (Witkin, 1978). Es decir, existen diferencias individuales en la influencia del contexto en el momento de emitir juicios de percepciones simples. De tal modo, los juicios de percepción que emiten algunas personas adultas se encuentran directamente influenciadas por el contexto, por lo que estas personas manifiestan un estilo dependiente de campo. Mientras que para otras personas la influencia del contexto es mínima o no existe y, por tanto, manifiestan un estilo independiente de campo. Estas últimas suelen obtener mejores resultados en tareas cognoscitivas que los primeros. Por lo que la independencia de campo suele considerarse un rasgo de la inteligencia general. El estilo de aprendizaje de independencia de campo se asocia a personas que aprenden más por motivos intrínsecos y que utilizan de un modo consciente los procesos y estrategias de aprendizaje. En definitiva, considerar los diferentes estilos de aprendizaje en educación de adultos permite ajustar el método de enseñanza en función del aprendiz con el fin de

mejorar su experiencia de aprendizaje e incrementar, de este modo, su nivel de satisfacción respecto a la acción formativa que desempeña.

4. CÓMO APRENDE EL ADULTO: RASGOS ESPECÍFICOS

El aprendizaje de los adultos se comprende desde diferentes enfoques en los que se suele realizar un análisis crítico de las diferentes teorías psicológicas del aprendizaje. A menudo esta posición resulta problemática, pues en la mayoría de los casos, el aprendizaje de adultos sigue siendo observado como una etapa de continuación de la infancia y la adolescencia cuando realmente se trata de un periodo diferenciado. No obstante, aun teniendo en cuenta esta realidad, se requiere tomar un punto de partida fundamentado en la teoría y la investigación psicológica dado que de no ser así, probablemente, la intervención con adultos quedaría desprovista de cualquier sentido crítico que permitiera a los investigadores y profesionales de la educación fundamentar la práctica en la teoría y viceversa. Por este motivo, en el presente apartado se recogen diversas posiciones científicas sobre el modo en que aprenden las personas y, de un modo más concreto, como aprenden en el periodo de vida más largo: la adultez. Asimismo, se presentan los diferentes rasgos del aprendizaje que definen al ser adulto.

4.1. Aprendizaje y adultez

Las personas aprendemos a lo largo de la vida. Sin la posibilidad de aprender no podríamos desarrollar nuestras capacidades, innovar y adaptarnos en el contexto en el que nos encontramos. La posibilidad de aprender promueve nuestra integración de un modo no conclusivo y permanente. Por este motivo, el aprendizaje humano mantiene una relación estrecha con la educación y con el desarrollo de las personas en un determinado medio social, histórico y cultural.

El concepto de aprendizaje ha sido tratado con anterioridad, no obstante cabe señalar que se trata de un término controvertido que se asocia a otras representaciones de un modo confuso. Así por ejemplo, en la literatura científica es frecuente observar que se suele manifestar enseñanza-aprendizaje como dos términos indiferenciados, cuanto menos estrechamente interrelacionados. Del mismo modo, se presenta el binomio aprender y razonar, en el que se entiende al

razonamiento como una entidad cognitiva de primer orden que actúa pareja al aprendizaje. También, otros investigadores profundizan en la relación directa entre el aprendizaje e inteligencia, mostrando como ambas interactúan entre sí de un modo directamente proporcional.

El proceso de aprendizaje de cualquier ser humano sigue diferentes fases. En este sentido, la programación neurolingüística (PNL) aporta un enfoque psicológico pragmático, formal y dinámico del modo en que funciona la mente y la percepción humana. La PNL presenta los procesos y momentos de aprendizaje desde el punto de vista del que aprende, constituyendo un modelo esencial para ser tenido en consideración desde la educación de personas adultas. De tal modo, Bandler y Grinder (1975) establecen cuatro fases del aprendizaje:

- La primera fase es *no saber que no se sabe*. Este momento es propio de la ignorancia de la persona que desconoce la existencia o complejidad que presenta un determinado aprendizaje que no domina.
- La segunda es *saber que no se sabe*. Representa un nivel superior al anterior dado que se reconoce el estado de ignorancia. Es en este momento en el que se puede empezar a enseñar y se puede suscitar el interés por aprender.
- La tercera es *saber que se sabe*. En esta fase aumenta el nivel de complejidad dado que la persona conoce pero no necesariamente domina un aprendizaje.
- La cuarta es *no saber que se sabe*. Se trata del último nivel. En este momento, la persona tiene tal dominio de un procedimiento o un conocimiento que no requiere de un esfuerzo añadido para integrarlo en su quehacer o recuperar información. De un modo sencillo, las personas hacen las cosas de forma natural y se produce la automatización de los comportamientos.

4.2. Teorías de aprendizaje

El aprendizaje que puede analizarse desde diferentes perspectivas, por lo que existen diversas teorías del aprendizaje. Por supuesto, cada teoría tiende a un enfoque distinto que origina, amplía, matiza y/o discrepa sobre los planteamientos de las anteriores. En este apartado se muestran algunas de las teorías más relevantes.

4.2.1. *Aprendizaje asociativo*

Esta teoría atiende a los procesos psicológicos básicos para dar una explicación al modo en que las personas aprenden. Estos procesos configuran la base del comportamiento humano en las dimensiones conductual y cognitiva. La sensación es el proceso psicológico por excelencia. Este proceso permite la detección e identificación de los estímulos del medio. La sensación contempla la cadena estímulo-respuesta que depende, a su vez, de los sentidos y del grado de intensidad, ritmo y frecuencia con el que aparezcan los estímulos.

Desde la teoría del condicionamiento clásico se plantea que el aprendizaje es el resultado de la asociación entre dos estímulos. La fuerza de la asociación se encuentra en función de la frecuencia de la aparición conjunta de los dos estímulos. Si éstos dejan de aparecer juntos, el condicionamiento se atenúa y termina por desaparecer. Las personas pueden establecer relaciones entre dos elementos, en función de criterios tales como la generalización, la proximidad y la pertenencia.

Siguiendo la estela del condicionamiento clásico, nos encontramos con el condicionamiento operante que se basa en la *Ley del Efecto* de Thorndike (1913). Esencialmente, dicha ley postula que «los efectos positivos aumentan la probabilidad de aparición de una conducta». En consecuencia, premiar una determinada conducta a un sujeto conlleva aumentar la probabilidad de que esa persona la vuelva a repetir. Más adelante Skinner (1985) explicó que los actos pasados de un individuo producen variaciones en los actos futuros mediante un proceso cíclico: estímulo-respuesta-consecuencia-respuesta futura.

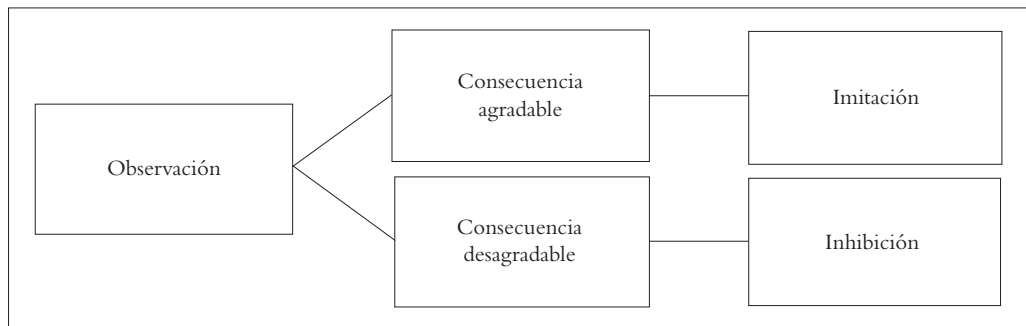
El condicionamiento instrumental u operante sirve para entender el aprendizaje en los casos en que se realizan algunas elecciones conscientes que dan origen al reforzamiento positivo o negativo, así como al castigo positivo o negativo. El refuerzo tiene por objetivo consolidar una serie de respuestas que son aprendidas. Por otro lado, el castigo se produce cuando se da un estímulo aversivo (desagradable) o se quita algo que es agradable.

Las personas se diferencian las unas de las otras, sobre la base de este planteamiento, no todos los refuerzos y castigos tienen el mismo efecto en los adultos que aprenden. Por ello, determinados refuerzos y castigos resultan más impactantes. Así mismo, se debe esperar al momento adecuado para la correcta aplicación del refuerzo y el castigo. Ambos tienen más repercusión si se producen nada

más aparecer el comportamiento a reforzar o castigar. En el caso de la educación de adultos, el refuerzo debe ser el principal instrumento a utilizar para iniciar, consolidar y modificar aprendizajes, dado que aumenta la probabilidad de que se repita un comportamiento.

4.2.2. *Aprendizaje por observación*

El aprendizaje por observación o vicario es un aprendizaje que surge por imitación. Se trata de una propuesta de Bandura (1978) basada en el planteamiento de modelos y en el proceso de imitación. Según esta teoría el adulto que aprende primero observa, segundo valora las consecuencias del comportamiento observado y tiende a generalizar esta situación ante situaciones parecidas por lo que reproduce en función de esas consecuencias observadas. Tiene la ventaja de que no necesita ensayo para valorar la consecuencia (véase Figura 3).



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3. Aprendizaje por observación

4.2.3. *Aprendizaje significativo*

En este modelo el aprendizaje es entendido como un proceso interno que atraviesa una persona desde lo que sabe (conocimientos previos), hasta lo que debe saber con sentido. Para lograrlo, los adultos deben contar con la colaboración de un enseñante que medien y reorganicen sus conocimientos (esquemas cognitivos) hasta que descubran los principios y procesos que explican dicho aprendizaje.

El aprendizaje significativo resulta especialmente interesante para los adultos puesto que considera que la educación es un proceso de construcción en el que participan activamente tanto el docente como el discente (Ausbel, 1968). Asimismo se contrapone al aprendizaje de tipo memorístico pues busca la aplicación de lo aprendido a partir del principio de transferencia. Es decir, la aplicación o el uso de tareas aprendidas en una situación a otra situación nueva o en una circunstancia diferente. Dicho con otras palabras, se trata de que los adultos puedan aprender algo en un contexto y aplicarlo en otro. Existen diferentes tipos de transferencia (Voss, 1987; cit. por Beltrán y Bueno, 1995):

- *Transferencia lateral*: cuando un aprendizaje en un contexto sirve para realizar una tarea en un contexto en condiciones parecidas.
- *Transferencia vertical*: cuando un aprendizaje en un contexto sirve para realizar una tarea en un contexto más complejo.
- *Transferencia positiva*: cuando un aprendizaje en un contexto es útil para otro.
- *Transferencia negativa*: cuando un aprendizaje en un contexto dificulta otro aprendizaje nuevo en otro contexto.
- *Transferencia neutra o ausencia de transferencia*. Un aprendizaje en un contexto no facilita ni dificulta nuevos aprendizajes en otros contextos.

Para poder educar a los adultos en la transferencia se deben considerar las habilidades necesarias para realizar conexiones basadas en situaciones reales del contexto profesional, social o cultural. Del mismo modo, se han de pensar maneras fructíferas en las cuales se pueda transferir el contenido de acuerdo al contexto de un modo flexible.

El aprendizaje significativo se encuentra íntimamente relacionado con el aprendizaje constructivo en el que se pretende un cambio conceptual perdurable mediante la reestructuración del conocimiento del propio aprendiz.

4.2.4. Aprender haciendo («learning by doing»)

Este modelo considera al aprendiz como el centro del proceso de enseñanza-aprendizaje y lo convierte en agente activo de su propio aprendizaje desde la práctica. La metodología del «aprender haciendo» (Schank, 2002) ha tenido una gran repercusión en la edad de adultos pues prima la experiencia como fuente de

conocimiento. Los adultos traen consigo múltiples vivencias que se constituyen en materia prima para poder abordar el aprendizaje de competencias adoptando una reflexión más profunda y fundamentada.

Aprender haciendo mediante dinámicas y simulaciones permite situar al adulto en diferentes escenarios posibles. Los educadores han de propiciar que los adultos trabajen sobre su propia realidad, considerando sus límites y potencialidades lo que promueve una mayor apertura mental y, en consecuencia, una mayor flexibilización al adaptarse a las necesidades y potencialidades de cada aprendiz.

4.2.5. *Aprendizaje cooperativo*

El aprendizaje cooperativo puede entenderse como una organización social para el logro de metas comunes. En consecuencia, es fundamental hacer hincapié en la perspectiva vygostkiana que atiende al valor de los aprendizajes socio-culturales. Estos aprendizajes surgen fruto de la interacción que ocurre entre iguales en la denominada *Zona de Desarrollo Próximo* (ZDP). La ZDP es un espacio de pruebas en el que los avances cognitivos significativos ocurren gracias al andamiaje y a los procesos colaborativos y cooperativos. Los aprendizajes surgen como consecuencia de la utilización del lenguaje que se constituye como el principal vehículo del conocimiento en construcción social (Vygotsky, 1979).

En el caso de los adultos, el aprendizaje debe ser una actividad en colaboración en la que el lenguaje opere de un modo constante. Para ello, se han de plantear propuestas de enseñanza que supongan un reto mediante proyectos, reales o ficticios, que impliquen a varios adultos en un mismo grupo. Estas propuestas habrán de ser dinámicas y han de permitir a los adultos aprender entre sí, compartir experiencias y aprendizajes para tratar de resolver un problema común.

Para Johnson, Johnson y Smith (1991), la cooperación entre aprendices fomenta el desarrollo de un trabajo integrado en el que la toma de decisiones, el juicio crítico, el reparto de responsabilidades entre los miembros y sus intereses interactúan entre sí. Este modelo de aprendizaje incrementa la satisfacción de los aprendices con la experiencia de aprendizaje, promueve actitudes más positivas hacia la materia de estudio y permite acomodar los diferentes estilos de aprendizajes de los estudiantes (Bará y Domingo, 2005).

A su vez, el aprendizaje cooperativo promueve el aprendizaje de competencias transversales que son altamente valoradas en el mercado laboral. De tal modo, facilita el desarrollo de habilidades interpersonales e intelectuales de alto nivel, genera responsabilidad, flexibilidad, autoestima y motivación por aprender, y suscita el aprendizaje profundo frente al superficial (Johnson y Johnson, 1989).

Algunas de los modelos metodológicos de aprendizaje cooperativo más conocidos son:

- *Divisiones*: se trata de asignar tareas a equipos de aprendizaje de cuatro o cinco sujetos en los que cada equipo tiene alumnos de bajo, medio y alto nivel de rendimiento.
- *Torneos* (TGT, «Teams-games-Tournagment»). Consiste en organizar equipos con niveles entre sujetos heterogéneos. Se anima a que los participantes se ayuden entre sí, el educador prepara un torneo en el que se hacen preguntas y los aprendices tienen que responder a ellas de manera individual.
- *Puzzle* («Jigsaw»). Se forman grupos de trabajo en los que se reparte un material de aprendizaje en partes diferentes. Cada sujeto realiza lectura de su parte y se reúne con otros, de grupos diferentes al suyo, que también tienen que leer esa parte. Juntos discuten sobre la temática que se les haya asignado en grupos de «expertos». Posteriormente, los expertos regresan a los grupos originarios para explicar a sus compañeros de grupo original aquella parte que les había tocado.
- *Aprender juntos* («Learning together»). Consiste en organizar equipos y cada uno de ellos ha de realizar un proyecto. Cada equipo tiene miembros asignados con diversos talentos. Se potencia que cada sujeto aprenda de las cualidades de sus compañeros.

4.3. Rasgos específicos del aprendizaje de adultos

Un primer rasgo específico que se ha de considerar ya se ha manifestado a lo largo del capítulo en más de una ocasión. Las personas adultas necesitan y pueden aprender a lo largo de toda la vida. La necesidad de aprender es inherente al ser humano, lo único que difiere son los motivos y necesidades que llevan a las personas a aprender. En el caso de los adultos, las necesidades pueden coincidir con el reto de recuperar los estudios que una vez comenzaron pero que se encuentran inacabados.

También puede ser que otros adultos pretendan aumentar sus competencias o explorar nuevos aprendizajes que enriquezcan su bagaje cultural, artístico, técnico-científico por necesidades laborales o por simple deseo de seguir formándose.

Con relación a este tema, resulta necesario conocer que los adultos, a menudo, no cuentan con entornos favorables para dar el primer paso y otros sucesivos hasta lograr una adherencia hacia un contenido o una actividad. Las circunstancias personales actúan de mediadoras entre las motivaciones de los adultos y el reto de aprender. Incluso cuando los adultos aceptan el desafío de seguir aprendiendo resulta complicado que mantengan su ímpetu en el tiempo. Por sus situaciones personales y por las barreras que a menudo pone la sociedad al considerar que la edad es un factor limitante para poder seguir aprendiendo.

Por ello, desde la comprensión, se ha de procurar que los adultos adquieran una motivación de carácter duradero e interno que fomente la curiosidad por aprender y que vaya más allá de una moda pasajera o de un requisito profesional.

Otro rasgo específico es que las personas adultas aprenden a cualquier edad. De tal manera adquieren y desarrollan competencias aunque puede que pierdan otras. Esta capacidad está asociada a la inteligencia humana. Una de las teorías que más influencia ha tenido en el pensamiento actual sobre el aprendizaje y el desarrollo de la inteligencia es la teoría de las Inteligencias múltiples de Gardner (1993). Esta teoría contribuyó a cambiar los puntos de vista tradicionales sobre la inteligencia humana excesivamente focalizados en el cociente intelectual. La propuesta de Gardner supera la concepción de la inteligencia como una estructura singular, estable e inmodificable desde el nacimiento. Así pues, adopta una posición pluralista que comprende la capacidad cognitiva de las personas como un conjunto de inteligencias definidas que pueden cambiar y desarrollarse en virtud de la experiencia que los sujetos ha tenido durante su vida. En consecuencia, la inteligencia es resultado de la interacción entre los distintos factores biológicos y ambientales y, por tanto, es educable. De ahí la importancia de esta teoría en la educación y el aprendizaje de las personas adultas.

El enunciado más relevante de la teoría de Gardner es su afirmación sobre la existencia de una serie de inteligencias que pueden actuar de un modo relativamente independiente pero en constante interacción. Tal y como señala este autor se pueden considerar, al menos, ocho inteligencias, a saber: inteligencia lingüística, inteligencia lógico-matemática, inteligencia espacial, inteligencia corporal-

kinestésica, inteligencia musical, inteligencia interpersonal, inteligencia intra-personal e inteligencia natural.

Para Gardner en la edad adulta se consolidan las inteligencias y según avanza la persona hacia la tercera edad se produce un declive rápido o graduado. La idea de la consolidación de la inteligencia en la adultez se encuentra en consonancia con la concepción de los adultos como aprendices activos en su desarrollo cognitivo capaces de construir aprendizajes construyendo sobre las experiencias pasadas, a la vez que consideran nuevas necesidades, intereses y realidades.

Finalmente, se ha de considerar que las personas adultas tienen derecho a trazar su propio proyecto de vida adquiriendo aprendizajes válidos para la comunidad siempre y cuando no se impongan. La imposición de los aprendizajes dificulta la tarea de enseñar. Los adultos que inician un proceso de aprendizaje han de decidir qué aprender. Así mismo, la metodología de enseñanza tendrá que ajustarse al adulto, no al revés, para evitar pérdidas de tiempo, desengaños y propuestas desajustadas que toman como referencia el modelo escolar.

5. FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL EDUCADOR DE PERSONAS ADULTAS

El principal objetivo de los profesionales de la educación de personas adultas debe ser ayudar a los adultos a desenvolverse mejor en el mundo que les rodea, potenciar sus capacidades y minimizar sus debilidades. Para lograrlo, en la actualidad se pretende destronar definitivamente al paradigma tradicional vigente en los últimos años y focalizar la atención en un nuevo paradigma en el que lo verdaderamente importante es el aprendizaje que se da en el interior de las personas y no en la enseñanza. Por todo ello, conviene revisar las funciones y competencias de los educadores de adultos.

5.1. Las funciones de los educadores de personas adultas

El acto de enseñar es la primera y más importante de las funciones que han de desarrollar los educadores de adultos que se enfrentan al desafío de entrenar las diferentes alfabetizaciones, inculcarles las distintas disciplinas y ayudar a los educandos a tomar un papel activo en la vida diaria aprendiendo a manejar nuevas tecnologías.

Desde la perspectiva del educador, se han asumido diferentes paradigmas educativos para la formación de adultos (Sanz, 2005b). Cada uno de estos paradigmas que nos encontramos considera que los profesionales de la educación de adultos han de cumplir funciones distintas. En primer lugar, el *paradigma andragógico* considera que la principal función del educador de adultos es la de facilitador de información. Este paradigma se concibe como contrario a la pedagogía infantil. Tuvo su auge en la década de los setenta del siglo pasado y posteriormente fue perdiendo interés, posiblemente, por su excesiva independencia de las teorías del aprendizaje.

En segundo lugar, el *paradigma escolar específico* contempla la función de profesional en el conocimiento pedagógico y de contenidos. Este paradigma, se muestra conforme con las teorías del aprendizaje aunque reconoce particularidades propias del aprendizaje de los adultos. Su intención era promover un tratamiento específico a los adultos dentro de un marco escolar pero esta intervención se redujo a pequeños cambios insatisfactorios en el modo de enseñar de los educadores.

En tercer lugar, el *paradigma social* que considera la función del educador como mediador colaborativo en el aprendizaje de los adultos. Este paradigma surgió como una alternativa diferenciada de los dos anteriores al propugnar que el modelo de aprendizaje no tenía que hacer referencia prioritaria a la escuela sino a las necesidades sociales. El modelo social nace en los años noventa con la Conferencia de la Educación para todos en Jomtien en la que se anunció que la «visión ampliada de la educación» considera tanto la sociedad de todos, como la sociedad de la información y sus demandas.

Con el impulso de la *educación a lo largo de la vida*, un nuevo *paradigma del cambio educativo* ha ido afianzándose entre los profesionales de la educación de adultos. Desde este modelo se pretende que los educadores sean capaces de enseñar estrategias y habilidades para procesar información y promover el *aprender a aprender*.

Los expertos han observado como el aprendizaje de contenidos se suele agotar en el momento de aprenderlos, mientras que el aprendizaje de habilidades para aprender contenidos acompaña a los adultos durante toda su vida y les ofrece soluciones a los problemas reales en consideración con las historias de vida, las motivaciones de partida, los estilos de aprendizaje, etc. Así pues, la educación de adultos debe centrarse en el aprendizaje y, concretamente, en el aprendizaje significativo. Este tipo de aprendizaje confiere un papel activo a los aprendices que construyen sus propias representaciones mentales tratando de dar sentido a sus experiencias (Mayer, 2004).

A su vez, este aprendizaje se encuentra en sintonía con los fundamentos del *paradigma social* puesto que tiene en consideración que el rasgo predominante de nuestra sociedad es la búsqueda de la calidad ante las nuevas exigencias que surgen. Si bien, acentúa la necesidad de potenciar el aprendizaje de una serie de elementos cognitivos, afectivos y sociales que permitan a los adultos dejar de preocuparse por los contenidos y centrarse en controlar su propio proceso de aprendizaje.

5.2. Competencias de los educadores de adultos

El modelo de competencias en educación surgió para tratar de dar respuestas a los presupuestos del nuevo paradigma del cambio centrado en el aprendizaje. Este modelo se ha extrapolado a todos los niveles educativos para orientar el trabajo formativo y atender a las exigencias e intereses de la sociedad del conocimiento.

La concepción de competencias pone énfasis en el conjunto de conocimientos, tareas y resultados que se ponen en marcha para actuar y resolver situaciones problemáticas en diferentes contextos. Los componentes que configuran las competencias son (Cano, 2007): carácter teórico-práctico; carácter aplicativo; carácter contextualizado; carácter reestructurativo; carácter combinatorio; y carácter interactivo.

Se han hecho varios intentos por identificar, definir, clarificar y estructurar las competencias de los profesionales de los diferentes niveles educativos. Así, por ejemplo, en el caso de los maestros estas competencias se recogen en el Libro Blanco de Magisterio que elaboró la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) para estructurar el título de Grado de Maestro en nuestro país. Si bien, en el caso de los educadores de adultos, no se encuentra una normativa específica. No obstante, desde la perspectiva del nuevo modelo del cambio educativo se pueden considerar algunas competencias que implican nuevos roles para desarrollar la ocupación de educar adultos.

5.2.1. Ser capaz de facilitar aprendizajes teniendo en consideración los intereses, la funcionalidad de los aprendizajes y la experiencia de los adultos

El papel del educador de adultos no puede ser el de mero transmisor de conocimientos. Desde el nuevo paradigma, el rol del educador debe ser el de aquel

que facilita una serie de recursos a los adultos y les guía durante el proceso de aprendizaje. Para ello, a la hora de planificar la enseñanza, han de cobrar una gran importancia los intereses y las diferencias personales.

Siguiendo este planteamiento, el profesional de la educación de adultos debe organizar el escenario de enseñanza, planificar adecuadamente los contenidos y estrategias que va a enseñar. Evidentemente, para lograrlo los contenidos curriculares deben ser básicos y actualizados, teniendo en consideración las ocho competencias clave para el aprendizaje a lo largo de la vida².

Por otro lado, se pretende que los aprendizajes sean funcionales, es decir, que puedan ser efectivamente útiles para los adultos en el ambiente en el que se desenvuelven y desde una perspectiva personal. El gran logro de este tipo de aprendizajes se encuentra en el desarrollo de la capacidad para enfrentarse a situaciones cercanas a la realidad profesional. En este sentido, el modelo formativo por competencias contribuye al logro de aprendizajes funcionales.

Finalmente, desde una concepción constructivista para conseguir la autonomía intelectual se requiere considerar las experiencias previas de los adultos ante una nueva situación de aprendizaje. Con frecuencia, la presión de cumplir con los contenidos planificados relega al olvido esta condición, sin embargo es primordial que se tengan en cuenta las vivencias previas para poder lograr aprendizajes perdurables y significativos.

5.2.2. Ser capaz de mediar aprendizajes y alfabetizar tecnológicamente

Desde el nuevo paradigma, los adultos han de construir y comprender los conocimientos que los educadores les presentan. Cuando los conocimientos se adquieren y se logra dar una impronta personal a los mismos, se habla de una personalización del conocimiento (Rogers, 1985). La personalización del conocimiento exige al educador de adultos una mayor complejidad dado que implica nuevos métodos de enseñanza que respeten la individualidad. En este sentido, si los adultos requieren ser alfabetizados, los educadores han de ser capaces de entrenarles en las tres alfabetizaciones elementales: lectura, escritura y cálculo. Cuando hayan personalizado este aprendizaje, podrán ahondar en el estudio de las diferentes disciplinas: ciencias, arte, naturaleza, historia, etc.

² Consultar: http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/lifelong_learning/c11090_en.htm

En otro sentido, cuando los adultos han de actualizar conocimientos o adquirir nuevas competencias, los educadores deben enfrentarlos a la resolución de problemas sin que ésta se oponga a la memorización de información. No obstante, la memorización de información no será excesiva y tendrá un valor para la práctica percibido por los adultos.

A todo ello, se ha de añadir la tecnología. La alfabetización tecnológica es crucial para los adultos que se encuentran inmersos en un mundo en cambio constante y que requiere el manejo de herramientas que poco o nada tienen que ver con las que ellos aprendieron a utilizar cuando eran niños. Aprender a manejar las nuevas tecnologías les permitirá acceder a mucha información por sí mismos, lo que promoverá su curiosidad y afectará a su capacidad de aprendizaje. Podrán encontrar distintos puntos de vista sobre un mismo tema plasmados en diversos soportes (vídeo, audio, texto digital, etc.). Además, la utilización de Internet permite a los adultos interactuar con los educadores, con otros iguales, con familiares, servicios sociales, etc. De tal modo, podrán crear grupos y comunidades virtuales de aprendizaje sobre los que operar en diferentes espacios sin que la distancia y el tiempo constituyan un inconveniente insalvable. Todos estos aspectos deben formar parte del currículum de la educación de adultos.

5.2.3. Ser capaz de mostrar rasgos de personalidad y habilidades favorables a las relaciones interpersonales

Para que los adultos desarrollen sus capacidades es fundamental que los educadores muestren un alto compromiso personal y profesional. Además de estas cualidades, se ha de destacar la autenticidad, naturalidad, equilibrio, etc. Todos ellos, aspectos relevantes y a tener en cuenta por cualquier enseñante. No obstante, existen tres rasgos sobre los que conviene detenerse. El primero es la confianza. Los educadores de adultos deben aparecer como verdaderos modelos profesionales capaces de hacer que los aprendices superen las expectativas negativas que pueden generarse en la sociedad y dentro de un grupo de clase. Para ello, han de reforzar la experiencia de aprendizaje y estar atentos a los estados de ánimo de los adultos.

El segundo es un liderazgo alejado de la imposición de autoridad y del sometimiento. La autoridad no se debe asociar al autoritarismo sino a la capacidad de resolver los conflictos entre iguales, la calma y la negociación dentro de un clima de libertad. El liderazgo tiene que surgir por el crédito que han de lograr los

educadores siendo capaces de influenciar a los adultos gracias a su reconocimiento social, prestigio científico, conocimiento sobre la materia, habilidades comunicativas, buen criterio en el establecimiento de límites, capacidad de desafiar la inteligencia de los alumnos elevando el nivel de esfuerzo y exigencia en su clase, paciencia, representar la conciencia del grupo hacia un bien común, y en definitiva, por su efectividad.

En la educación de adultos, el liderazgo se demuestra en la organización y manejo de los grupos por lo que se debe escuchar activamente, actuar con sensatez y flexibilidad mental, así como establecer límites. La capacidad de liderazgo, también se manifiesta a partir de la honestidad moral de los educadores. Cuando los educadores se muestran justos, equitativos y reconocen sus límites e ideas obtienen mayor credibilidad frente al grupo.

El tercero es la animación o el entusiasmo por enseñar y aprender. Este rasgo ha de ser común a todos los educadores y se relaciona estrechamente con las habilidades de comunicación. Se trata de la capacidad de despertar pasión por aprender. Cuando los educadores enseñan con entusiasmo generan un efecto contagio por aprender. Para ello, son requisitos indispensables la vocación y la firme creencia por la labor que se desempeña.

5.2.4. Ser capaz de dominar los procesos de instrucción y los contenidos en consonancia con la importancia de los valores

Los educadores de adultos deben aproximarse a una condición de agente de calidad mostrando su eficiencia en la instrucción y en el conocimiento de los contenidos. Todo enseñante debe manifestar su competencia en la materia o disciplina que imparte. De este modo, se logrará resolver de manera eficaz problemas que los adultos manifiesten como resultado de la aplicación de conocimientos (Moore y Kearsley, 1996).

El modelo de educador debe responder a un perfil práctico, hábil y experimentado. En este rol, tratará de tomar decisiones bien pensadas y ofrecer soluciones creativas a los problemas que los adultos planteen. De igual manera, demostrará su especial conocimiento sobre la materia estableciendo el nivel adecuado de dificultad de las tareas. En todos los casos, los educadores tendrán que promover que los adultos elaboren juicios críticos que les permitan cambiar

o afianzar sus posturas en relación a unos u otros valores que nos identifican como personas.

Evidentemente, todo este esfuerzo por educar a los adultos debe ir en consonancia con la importancia de los valores. En concreto, el de la responsabilidad y el del respeto. Se trata de lograr que los adultos tengan en cuenta que sus responsabilidades les atañen a ellos mismos, a las personas que les rodean (familia, amigos, compañeros), a la comunidad y a la sociedad a la que pertenecen. A su vez, se ha de favorecer un clima de respeto mutuo en el que se valoren los aprendizajes por encima de otros logros.

6. SÍNTESIS

A lo largo del capítulo se han presentado diferentes aspectos relacionados con el aprendizaje de las personas adultas en la sociedad del conocimiento, tales como *el aprendizaje a lo largo de la vida; la historia y política de la educación de adultos desde una perspectiva mundial; el aprendizaje de los adultos y sus rasgos específicos; las claves de la educación de personas adultas; y las funciones y competencias del educador de personas adultas.*

Todos estos aspectos subrayan el derecho a la educación que tienen los adultos en el marco de la sociedad del conocimiento. A tal efecto, desde su origen, las políticas de educación de personas adultas han tratado de dar soporte de manera progresiva a las demandas propias de un mundo que presenta un flujo constante de diversificación y complejas transformaciones.

En los últimos años, esta tendencia se ha acentuado por lo que los diversos organismos políticos han trabajado en la elaboración de iniciativas educativas más flexibles que extienden su campo de acción para atender a las competencias que afectan al modo de vida de las personas adultas, en un entorno en el que la formación a lo largo de la vida es un requisito elemental. De tal manera, las políticas educativas de adultos no pueden tener solamente una finalidad compensatoria sino tomar como punto de partida las necesidades heterogéneas del colectivo de personas adultas para fundamentar una verdadera formación profesional y personal que incida en de un modo inmediato, profundo y factible en el tejido social.

En este sentido, la educación de adultos contempla la exigencia permanente de estar aprendiendo mediante servicios de formación más o menos instituciona-

lizados que ofrezcan iniciativas de calidad. Para ello, se están considerando nuevas estructuras organizadas conforme al nuevo paradigma educativo que toma como referencia las competencias generales y específicas; y de un modo particular, la competencia de *aprender a aprender*.

De tal manera, el aprendizaje y las claves que lo comprenden tienen un papel fundamental desde esta nueva perspectiva. En concreto, las diferentes teorías del aprendizaje, así como los procesos, estrategias y estilos de aprendizaje, han cobrado un gran protagonismo dentro de la educación de adultos puesto que se ha comprendido que la persona es el centro de interés y la protagonista de su propio aprendizaje.

Ahora bien, la educación de adultos requiere de profesionales de la educación preparados para asumir el reto de instaurar un nuevo paradigma. Docentes, al fin y al cabo, capaces de facilitar aprendizajes teniendo en consideración los intereses, la funcionalidad de los aprendizajes y la experiencia de los adultos. Deben mostrar rasgos de personalidad y habilidades que promuevan relaciones interpersonales favorecedoras. Finalmente, deben ser capaces de dominar los procesos de instrucción, alfabetizar tecnológicamente y dar importancia a los valores.

Capítulo 2

Intervención y desarrollo integral en personas adultas y mayores

Julio Lancho Prudenciano

1. Preparación para la jubilación.
2. Estimulación cognitiva.
3. Terapias alternativas como medidas de prevención y promoción de la calidad de vida.
4. Derechos humanos, calidad y ética profesional.
5. El perfil de los profesionales y comportamientos éticos.
6. Síntesis.

1. PREPARACIÓN PARA LA JUBILACIÓN

A continuación se aborda uno de los procesos más significativos de la trayectoria vital de una persona como es la jubilación. Se analizan las implicaciones de toda índole que conlleva, así como la extrema variedad de experiencias personales en este trance, derivada de las enormes diferencias interpersonales existentes. Se abordan a continuación las cuatro grandes perspectivas de la jubilación, en las que se combinan las propias de la persona que se jubila, las percepciones dominantes y las condiciones objetivas del proceso, en los ámbitos psicológico, social, de salud y económico. Finalmente se apuntan las líneas generales de los programas de preparación para la jubilación.

1.1. Cruzar el horizonte

Una de las consecuencias de la crisis económica que padecemos ha sido el retraso, en buen número de países, de la edad de jubilación. Esta medida, adoptada por razones económicas, ha suscitado toda suerte de controversias entre los que la consideran una amenaza para el mantenimiento del estado de bienestar y los que piensan en ella como un peaje necesario para que no desaparezca. No es extraño si se tiene en cuenta que la posibilidad de alcanzar una buena jubilación funciona como uno de los indicadores más eficaces para determinar el grado de bienestar de una sociedad. Esto resulta evidente desde un punto de vista sociológico, pero si se observa desde un plano personal sus perfiles no son tan claros.

La jubilación es probablemente uno de los más complicados ritos de paso con los que tenemos que enfrentarnos las personas. Comparte con bastantes de ellos la transformación radical y súbita de la forma de vida y de la relación con los demás, pero a eso añade, en las sociedades urbanas contemporáneas, el hecho de que dicha transformación supone el abandono de los roles más activos, asociados en estas sociedades al trabajo. La jubilación constituye un elemento característico

de primer orden que repercute en la autoestima y consideración social. En tanto que formamos parte del mundo del trabajo, la jubilación aparece como un horizonte; una frontera que se aleja según avanzamos. Por eso cuando nos damos cuenta de que el horizonte es falso y se puede cruzar comienzan a modificarse, de manera positiva o negativa, la mayoría de las dimensiones de la persona. Cruzar el horizonte es, por tanto, un proceso crítico en el que muchas seguridades se ablandan, por eso es necesario reforzarlo.

El modo de afrontar la jubilación es tan diverso como lo somos las personas y las circunstancias en las que se produce. Algunos elementos condicionantes son:

- El momento en que se produce. Si la jubilación es prematura, cumple el tope legal o se ha retrasado.
- El grado de interés. Si es deseada o indeseada, planificada o inesperada.
- La situación económica. Grado de desequilibrio económico entre la condición de activo y la de jubilado; si existe sensación de seguridad o inseguridad económica.
- El estado de salud.
- La personalidad. Grado de autoestima, de extroversión, de habilidades sociales, de independencia para la toma de decisiones, de capacitación para gestionar el propio tiempo, de independencia frente a las opiniones ajenas y a los estereotipos sociales.
- El apoyo para el ajuste emocional. Si se tiene pareja, familia, amigos, compañeros con los que compartir actividades y proyectos; grado de calidad y de dificultad en esas relaciones.
- Las expectativas. Si están vinculadas a la actividad profesional, familiar, solidaria, de ocio.
- Las condiciones de vida. Si se dispone de los recursos adecuados para satisfacer las necesidades, los deseos y las expectativas (materiales, infraestructurales, convivenciales, relacionales...).
- La capacidad para asumir nuevos roles: familiares, sociales...
- La capacidad para gestionar el tiempo libre: aficiones nuevas o sobrevenidas, curiosidad para iniciar actividades y aprendizajes nuevos.

1.2. Las fases de la jubilación

Atravesar el horizonte es un proceso que se inicia en los últimos años de actividad profesional y que se prolonga durante un periodo considerable que sucede al momento concreto del retiro. En una conocida clasificación, Atchley (1982) distingue seis fases en el proceso de jubilación:

1. *Fase de prejubilación.* La persona comienza a orientarse hacia sí misma y va tomando conciencia del significado de la jubilación. Suele establecer hipótesis sobre cómo será la jubilación, llegando incluso a fantasear sobre ella.
2. *Fase de jubilación.* Puede producir tres tipos de vivencias alternativas.
 - La luna de miel. La persona intenta hacer todo lo que deseó hacer y no pudo durante los años anteriores. Se trata de una fase eufórica. No todas las personas pasan por este periodo. Algunas que se han preparado y desarrollan algún tipo de actividad previa no pasan por esta fase.
 - Continuidad y rutina. La persona continúa manteniendo un contacto y relación estables con actividades y grupos anteriores a la jubilación, variando únicamente el tiempo dedicado a ellos, que se incrementa significativamente.
 - Descanso. La persona reduce temporalmente su dedicación a la actividad, de forma opuesta al incremento que se produce en la fase de luna de miel.
3. *Fase de desencanto.* La persona percibe que sus expectativas, ideas y fantasías sobre la jubilación no se cumplen.
4. *Fase de reorientación.* La persona reevalúa la situación y elabora propósitos y proyectos realistas de la jubilación: ni todo es positivo, ni todo es negativo.
5. *Fase de estabilidad.* La persona toma conciencia de sus capacidades y limitaciones, y de lo que se espera de ella, desarrollando un estilo de vida rutinario. Quienes logran desarrollar una rutina adecuada pueden llegar a la satisfacción.
6. *Fase final.* El rol de jubilado pierde relevancia para la persona, dado que ya está asumido completamente o que es sustituido por otros, como el de enfermo o el de incapacitado.

1.3. Perspectivas de la jubilación

Como todas las etapas de la vida, la jubilación tiene una serie de perspectivas específicas que la diferencian del resto. La especificidad en este caso radica en el hecho de que se trata de una de las últimas fases de la vida de las personas, lo cual sitúa en el primer plano de la preocupación las cuestiones psicológicas, las sociales, las relacionadas con la salud, las legales y las económicas, que deben estar presentes en todo programa de preparación para la jubilación.

1.3.1. *Perspectiva psicológica*

Uno de los paradigmas más importantes de la actual sociedad es de la juventud. Ser joven ha pasado de ser una circunstancia vital a convertirse en un valor que casi todos persiguen. Como he señalado en otro lugar,

«el paradigma juvenil oculta, desplaza a la periferia de la consideración social, algunas cuestiones desagradables como la enfermedad y la muerte, la pobreza y la decrepitud, no asociadas habitualmente con esta etapa de la vida en la que suele reinar el optimismo» (Lancho, 2011).

No es extraño por tanto que tanto la vejez como las etapas y circunstancias vitales asociadas a ella originen en un número considerable de personas ciertas dificultades de índole psicológica.

Jubilarse implica por una parte la constatación definitiva de la pérdida de la juventud, lo cual supone abandonar el primer plano de la atención social. A ello hay que añadir el hecho de que supone el abandono de la actividad profesional, que en la inmensa mayoría de los casos constituye el eje sobre el que se articula la vida en las etapas precedentes. No es extraño que esto sea así en tanto que suele ser en la etapa previa a la jubilación cuando la persona alcanza su mayor estatus profesional y económico, es decir el cénit de su trayectoria vital. Alejada como está nuestra sociedad de las antiguas sociedades rurales en las que la senectud era un valor muy apreciado, parece lógico que la pérdida combinada del *valor juvenil* y del liderazgo familiar genere un conjunto de reacciones negativas conocido como síndrome de la jubilación. El síndrome jubilatorio comprende una serie de síntomas somáticos, psicológicos y sociales. Estas manifestaciones suelen durar unos meses en la mayoría de los casos, aunque en otros pueden alargarse más de un año, dependiendo de la personalidad del individuo.

La manifestación psicológica más generalizada es la ansiedad. Muchas personas que están a punto de jubilarse a acaban de hacerlo muestran reacciones ansiosas derivadas de la incertidumbre ante una situación desconocida para la que, en la mayoría de los casos, no han sido preparados. La constatación de que no tienen una obligación profesional puede actuar en ciertos casos en un sentido liberatorio, pero a la vez puede proporcionar la sensación de que la supresión de las rutinas impuestas deja sin certidumbres a las personas, acrecentando la sensación de inseguridad y de pérdida de un rumbo conocido. La ansiedad puede agudizarse al combinarse con manifestaciones físicas como el insomnio. Otro síntoma extendido es el pesimismo, que se vincula a una percepción de la fase de la jubilación como una etapa terminal asociada con la vejez y que conduce a la muerte. La principal consecuencia del pesimismo es su carácter paralizante. Muchas de las personas jubiladas que experimentan este síntoma tienden a adoptar roles pasivos vinculados con la imagen tradicional del viejo que no espera nada. El peligro del mantenimiento de esta actitud en el tiempo es el de generar una atrofia en las funciones cerebrales que afecte tanto a la disminución de la capacidad intelectual cuanto a determinadas disfunciones de tipo afectivo.

Menos frecuente, aunque también resulte significativa, es la depresión. La propensión hacia la tristeza, la infelicidad y la melancolía de determinadas personas se ve agudizada en este tránsito en el que, para el depresivo, no es fácil encontrar perfiles agradables. También se observa en la mayoría de los casos una disminución del deseo sexual propiciada por los factores fisiológicos y hormonales conocidos, pero que puede reforzarse por la acción de algunos de los síntomas descritos.

Si no se remedia mediante la preparación adecuada o no se dispone de unas condiciones personales adecuadas, una tendencia bastante extendida es la reducción del campo de los intereses personales. Abandonadas las preocupaciones profesionales ligadas al enriquecimiento personal en múltiples sentidos, limitadas los de índole social por las menores perspectivas en las diferentes facetas de la vida, y reducidas las familiares por el abandono progresivo del papel central, el campo de los intereses tiende a empequeñecerse claramente. Esa suele ser la puerta de entrada a unos pensamientos y conductas progresivamente egocéntricos.

1.3.2. Perspectiva social

El aspecto más visible de la jubilación es el abandono del lugar que se ocupa en el seno de la población activa para incorporarse a las filas de las denominadas

*clases pasivas*³. La dimensión *actividad-pasividad* en la que se desarrolla este tránsito no sólo se refiere a los aspectos relativos a la productividad económica que la generaron, tiene también que ver con aspectos de índole social. En las sociedades urbanas actuales trufadas de anonimato, en las que han desaparecido casi por completo las estrechas relaciones de vecindad características del medio rural, gran parte de las relaciones sociales que se establecen en la edad madura se tejen alrededor del medio laboral. Este proporciona el estatus común y los intereses y motivaciones específicos que se comparten. Por eso es muy frecuente que al abandonar el trabajo las redes de relaciones establecidas a su alrededor comiencen a perder consistencia y languidezcan progresivamente, porque la persona retirada comienza a sentirse extraña en entornos que anteriormente le resultaban familiares. Esta situación afecta en mucho mayor grado a los varones, cuyos roles han solido engarzarse fundamentalmente al ámbito profesional, que a las mujeres, habitualmente más versátiles en la administración de sus redes relacionales.

La pérdida de relaciones puede acrecentarse si no se han construido lazos profundos de amistad o si, pese a haberlo hecho, los progresivos achaques espacian los encuentros. La situación es mejor en el caso de las personas que disponen de un abanico suficiente de aficiones e intereses diferentes a los propios del entorno profesional. Las redes de relación en este caso pueden mantener su solidez, en tanto que se desenvuelven alrededor de conductas activas en la dimensión *actividad-pasividad*, a la que se despoja de una connotación económica bastante inconveniente para el jubilado. El problema es que resulta difícil improvisar una afición o un interés *ex novo*, sobre todo en un momento de inseguridad psicológica en el que el rumbo vital no presenta unos perfiles nítidos.

La acentuación de la pérdida de relaciones tiende a desembocar en la soledad, una ausencia de sociabilidad, que puede ser voluntaria, cuando el individuo se acomoda a la nueva situación originada por la pérdida progresiva de relaciones, o involuntaria, cuando pese a su voluntad la persona tiene dificultades para mantenerlas bien por el desgaste de las redes de relación, bien por la progresiva desaparición de los familiares y amigos de la misma generación, bien por el alejamiento mental y/o físico de los miembros de las generaciones posteriores.

³ El término se aplica propiamente para designar a los jubilados de la función pública. Se ha preferido utilizarlo con carácter general porque su claridad ayuda notablemente la argumentación.

1.3.3. *Perspectiva de salud*

El incremento espectacular de la esperanza de vida operado en España en el último siglo ha modificado profundamente la percepción de la jubilación. En dicho periodo se ha duplicado la esperanza de vida a los 65 años, que era de unos 9 años a comienzos del siglo XX y supera los 20 en 2010⁴. Eso implica un incremento de las expectativas y destierra la idea de que esta fase vital constituye fundamentalmente un periodo lúgubre y deprimente. Pero para apreciar esta etapa en este aspecto de un modo más adecuado conviene utilizar otros indicadores más precisos tales como el referido a *los Años de vida ajustados por la calidad* (AVAC), utilizado principalmente en análisis de coste-calidad en programas de intervención, que «no solamente mide los años de vida prolongados por la intervención médica (...) sino también la calidad de vida durante estos años» (Elola, 2001), o *la Esperanza de vida en buena salud* o *Esperanza de vida libre de incapacidad* (EVLI) definido como «el promedio de número de años esperados que vive una persona disfrutando de buena salud (en ausencia de limitaciones funcionales o de discapacidad)» (Instituto Nacional de Estadística, 2012). Las diferencias entre la esperanza de vida y la esperanza de vida en buena salud son notables. Con datos correspondientes a 2010, *a los 65 años, los varones viven el 52,5% de sus años de horizonte de vida en buena salud frente al 39,9% del horizonte de años de las mujeres* (INE, 2012). Esto implica que, si la crisis económica no tuerce significativamente las condiciones actuales, los españoles vivirán por término medio más de un tercio de sus vidas como jubilados en unas buenas condiciones de salud, dado que dos terceras partes de esta etapa podrían vivirlas sin estar incapacitados. Las diferencias favorables a los varones en cuanto a su horizonte de vida en buena salud se explican porque la mayor esperanza de vida de las mujeres añade esos años que corresponden a la etapa terminal de la vida en la que se manifiesta más acusadamente la incapacidad. Esto abre el debate sobre si el previsible incremento de la esperanza de vida irá asociado con un aumento del número de años con una buena calidad de vida, debido a las mejoras sanitarias y del modo de vida, o si se agrandará la prevalencia de las enfermedades crónicas y degenerativas.

Más allá del incremento de las enfermedades crónicas asociadas a la edad, como la osteoporosis, los accidentes vasculares cerebrales, la insuficiencia cardia-

⁴ Instituto Nacional de Estadística (2012). *Tablas de mortalidad de la población de España por año, sexo, edad y funciones*. Consultado en diciembre, 10, 2010, disponible en http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type=pcaxis&path=/t00/mujeres_hombres/tablas_2/10/&file=d2g5.px

ca o la depresión, y a las malas prácticas, como la obesidad, el alcoholismo y el tabaquismo, que requieren tratamientos preventivos además de los curativos y/o paliativos, conviene señalar algunas manifestaciones físicas propias del síndrome de la jubilación. Las más relevantes son el insomnio, que si se repite a menudo puede convertirse en un trastorno del sueño, la hipertensión asociada a una alteración del estado emocional y trastornos digestivos.

1.3.4. *Perspectiva económica*

Uno de los efectos más notorios del cruce del horizonte jubilatorio es la modificación de las condiciones económicas. El paso de la condición de trabajador activo a la de pensionista, más allá de la connotación de confortabilidad psicológica propia de las sociedades del bienestar, sitúa a la persona en una situación objetiva de dependencia, dado que las percepciones económicas no son generadas directamente por ella. Supone además un descenso considerable de los ingresos, que alcanza alrededor de la cuarta parte. Según Eurostat, la renta media de los mayores de 65 años era del 73% de la de los menores de esa edad en 2006. Esta merma es siempre preocupante, pero en los rangos más bajos de la escala social pueden situar a la persona en una situación de precariedad con efectos negativos en todas las facetas de la vida. De hecho, casi un tercio⁵ de las personas en edad de jubilación se encontraban en riesgo de pobreza en España en 2006, frente a un quinto del conjunto de los españoles. La disminución de los ingresos, asociada al hecho de que la pensión no sufrirá grandes alteraciones a lo largo del tiempo, sitúa a la persona a punto de jubilarse o recién jubilada ante una perspectiva de estancamiento, en la que no resultan previsibles incrementos patrimoniales significativos ordinarios provenientes de las rentas derivadas del trabajo. La sensación mayoritaria entonces es la de que es necesario administrar mejor los ingresos ante la aparición de posibles emergencias económicas de cualquier tipo.

1.4. Programas de preparación para la jubilación

Parece evidente la conveniencia de prepararse para la jubilación. Una etapa vital tan compleja como ésta, en la que influyen multitud de variables sobre las que pesan una serie de estereotipos negativos relacionados con la precariedad, la

⁵ El 31%. Fuente: Eurostat.

dependencia, la decadencia, etc., necesita ser comprendida en todos sus perfiles para evitar que el dominio de esos estereotipos desactive el potencial de actividad positiva de la persona que se adentra en ella. Los resultados de las encuestas sobre este asunto muestran el acuerdo mayoritario sobre los beneficios de los programas de preparación para la jubilación. Y sin embargo, su implementación está lejos de generalizarse. Es muy probable que una generalización de estas prácticas por vía normativa generase un ahorro considerable del gasto sanitario, en tanto que muchas más personas vivirían esta etapa desde planteamientos mucho más optimistas.

La preparación para la jubilación no debería reducirse a una serie de actividades puntuales próximas al momento de pasar a la situación de retiro. Debería plantearse más bien como un proceso extenso en el que se atendiera a las dificultades y dudas que pudieran presentarse a la persona que se encuentra en esta situación. Los programas de preparación para la jubilación deberían tener una doble dimensión formativa y orientadora. La dimensión formativa alude necesariamente a la idea de la perfectibilidad de la persona y debe desarrollarse desde la concepción de que el aprendizaje a lo largo de la vida no es una frase hecha sino una potencialidad que todas las personas deberíamos estar dispuestas a poner en práctica. Los aprendizajes proporcionados por este tipo de programas deberían coadyuvar a la práctica de un envejecimiento activo. La dimensión orientadora debería ajustarse a las demandas de los interesados y prolongarse durante todo el periodo inmediatamente anterior y posterior a la entrada en la jubilación.

Además, estos programas deben tener un carácter preventivo y desarrollarse por tanto con tiempo suficiente para que la persona que se encuentra en el tramo final de su vida laboral pueda ir desarrollando las destrezas necesarias para adaptarse a las modificaciones de diversa índole que conlleva la jubilación. Es importante que estos programas combatan claramente y desde el principio la identificación de jubilación y vejez. Probablemente es esta batalla la que justifica sobre todo la existencia de estos programas, dado que la acumulación de estereotipos negativos a los que nos hemos referido anteriormente está en la base de las dificultades que experimentan muchas personas que se adentran en esta etapa vital. Los programas de preparación para la jubilación deberían abordar al menos las cuatro perspectivas a las que nos hemos referido. No obstante, convendría huir de estructuras rígidas y uniformizadoras que, olvidándose de las características de las personas con las que se trabaje, hicieran pasar a éstas por un proceso poco flexible que no las tuviera en cuenta. La flexibilidad en el enfoque es muy im-

portante habida cuenta que las diferencias individuales entre sus potenciales participantes pueden llegar a ser enormes. Mejorarían los programas si sus contenidos consiguieran adaptarse a las características de los colectivos a los que se dirigen. Cuestiones tales como la profesión y el grado de instrucción tienen una enorme influencia sobre la percepción de esta etapa de la vida y una gran importancia en cuanto a las destrezas disponibles para afrontar las distintas problemáticas que pueden presentarse en esta etapa.

La duración de estos programas es muy variable. Una carga horaria adecuada para tratar las distintas problemáticas con cierta profundidad oscilaría entre las 20 y las 30 horas, distribuidas en sesiones de periodicidad semanal a lo largo de varios meses. Sería importante que en estos programas participase también el cónyuge de la persona que está en trance de jubilación, en tanto que esta circunstancia afectará significativamente a la convivencia familiar. La tabla 1 muestra dos propuestas temáticas correspondientes a sendos programas:

Tabla 1. Contenidos de programas de preparación para la jubilación.

Moragas (1982)	Bermejo (2010)
I. Introducción: La jubilación, una etapa vital	I. Introducción: La jubilación como proceso complejo
II. Salud física	II. Bienestar físico
III. Salud mental	III. Bienestar socioafectivo (relaciones sociales y familiares)
IV. Salud social	IV. Desarrollo personal, ocio y tiempo libre
V. Tiempo libre	V. Entorno y convivencia
VI. Medio ambiente	VI. Planificación económica y legal
VII. Economía y derecho	VII. La jubilación: una visión positiva
VIII. Enfoque positivo de la jubilación	

Fuente: Elaboración propia.

Los programas de preparación para la jubilación son una faceta de la educación de adultos. En su desarrollo es conveniente utilizar, entre otras, las siguientes estrategias didácticas:

- Sesiones informativas sobre cuestiones de índole general que es necesario conocer.
- Sesiones de orientación individual o en pareja sobre cuestiones económicas, legales y relacionadas con la convivencia, las relaciones interpersonales, o la percepción del proceso de jubilación.

- Actividades para favorecer el bienestar físico, social e intelectual, para mejorar la convivencia y para emplear adecuadamente el tiempo libre.
- Estudio de casos.
- Juegos de roles y otras dinámicas de grupo.

2. ESTIMULACIÓN COGNITIVA

El tema parte de la conceptualización de la estimulación cognitiva, tratando de buscar su sentido y contextualizarla en las aportaciones de la neurociencia y en el discurso teórico del aprendizaje a lo largo de la vida. Se centra después en la descripción de las intervenciones no farmacológicas llevadas a cabo en procesos de deterioro cognitivo, tanto de índole fisiológica como de índole patológica. La clasificación de estas intervenciones en tres grupos —*orientación a la realidad, terapia de reminiscencia y programas de estimulación cognitiva*— conjuga razones de idoneidad y acuerdo en cuanto a su utilización con otras relativas a enfoques terapéuticos. Finalmente se hace una descripción de las líneas generales de las estrategias de estimulación cognitiva ordenadas en función de las habilidades que pretenden desarrollar.

2.1. El sentido de la estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva consiste en la potenciación y mantenimiento de las capacidades cognitivas de la persona, con la intención de mejorar o conservar su funcionamiento cognitivo e impedir, retrasar o disminuir su dependencia. Incluye todas las actividades dirigidas a mejorar la cognición (memoria, atención, concentración, lenguaje, razonamiento, abstracción, cálculo, praxias y gnosias) organizadas en programas de estimulación. Estos programas suelen aplicarse a tres tipos de públicos diferenciados: los mayores sanos, cuando presentan alteraciones de memoria por causa de la edad, las personas con un deterioro cognitivo leve, que con bastante frecuencia evolucionará hacia una demencia y las personas con demencia, generalmente la enfermedad de Alzheimer, sobre todo en sus primeras fases.

La idea de la estimulación cognitiva debe mucho a los avances de la neurociencia que ha establecido la idea de la plasticidad del cerebro. El cerebro es plás-

tico porque las células del sistema nervioso central pueden modificarse, pues como indica (Goldberg, 2006: 277-278):

«Constantemente y durante toda la vida, incluso cuando envejecemos, se desarrollan nuevas neuronas a partir de las células madre. Por consiguiente, nuestro cerebro posee la capacidad de regenerarse y rejuvenecerse. En contra de creencias largamente sostenidas, las neuronas no paran su desarrollo en la infancia, sino que siguen creciendo durante toda la vida, en la edad adulta e incluso en la edad avanzada».

Es importante considerar que esta capacidad de regeneración y rejuvenecimiento neuronal está vinculada, como en el resto de las células, al ejercicio. Es más, no sólo se piensa en que la actividad mental puede regenerar y rejuvenecer el cerebro, sino en que puede modificarlo.

«Aprender y generar memoria es simplemente el proceso de tallar, modelar, dar forma, hacer y rehacer los diagramas de conexión de nuestro cerebro individual. El proceso que empezó al nacer se continúa hasta que la muerte nos aparta de la vida» (Damasio, 2010: 446).

Este tipo de consideraciones están en la base de la noción de aprendizaje a lo largo de la vida sobre la que se asientan los programas de intervención con personas mayores. Además, el proceso de proliferación de nuevas neuronas mediante el ejercicio cognitivo se ha apreciado no sólo en personas sanas, sino en las afectadas por la enfermedad de Alzheimer, lo cual fundamenta la existencia de programas de estimulación cognitiva dirigidos a este tipo de personas.

Las personas solemos ofrecer un rendimiento cognitivo inferior a nuestro grado de competencia potencial. Eso supone que en raras ocasiones hacemos funcionar el cerebro a pleno funcionamiento. La parte del cerebro no utilizada ha sido definida como *reserva cerebral*. Ésta se caracteriza como la parte del tejido del sistema nervioso central disponible para un cambio adaptativo, es decir, la parte del cerebro que permite la plasticidad. Al concepto de reserva cerebral se añade el de *reserva cognitiva*, entendida como capacidad adaptativa, eficiencia y flexibilidad en la resolución de problemas en distintas circunstancias, cuestiones todas referidas a la inteligencia. Tanto la primera, relacionada con la inteligencia innata de base orgánica, como la segunda, vinculada a las experiencias de aprendizaje, interactúan y se influyen mutuamente. El mayor o menor grado de reserva cerebral (de índole orgánica) y de reserva cognitiva (de índole funcional) explican el estado del funcionamiento cognitivo de una persona. El déficit

cognitivo en las personas mayores puede achacarse a estas dos causas: la orgánica y la funcional. La primera está asociada a los procesos normales de envejecimiento, en el caso de las personas sanas, y a los procesos patológicos degenerativos en el caso de los enfermos de Alzheimer, que pueden tratarse farmacológicamente con evidentes limitaciones. La segunda se vincula a la ausencia continuada de ejercicio cognitivo, cuestión que puede producir por sí sola notables disfunciones. Ambas causas del déficit, es verdad que con distinto éxito a medio plazo, pueden ser atacadas mediante programas de estimulación cognitiva.

2.2. Intervenciones no farmacológicas en los procesos de deterioro cognitivo

Los programas de estimulación cognitiva se aplican a las personas con demencia como complemento de las terapias farmacológicas, por eso suelen denominarse intervenciones o terapias no farmacológicas. Dichas intervenciones también se aplican a personas en proceso de envejecimiento normal, constituyendo en este caso una respuesta técnica a las preocupaciones de aquéllas sobre su pérdida de memoria. El objetivo en ambos casos es hacer más lento el deterioro cognitivo y mantener lo más posible una buena adaptación al entorno, mejorando su capacidad funcional, su equilibrio emocional y tratando de prolongar la independencia del sujeto. Aunque existe una gran diversidad de intervenciones, las principales estrategias no farmacológicas son las siguientes:

2.2.1. La orientación a la realidad

El método más difundido y utilizado en este campo desde que fuera propuesto en los años sesenta del pasado siglo (Taulbee y Folson, 1966) es el de *orientación a la realidad*. Aunque puede presentar diversas variantes, su objetivo fundamental es favorecer la orientación espacial, temporal y personal y potenciar la memoria autobiográfica. Se parte de la idea de que el conocimiento por parte de la persona del espacio y del tiempo en el que vive, y la conciencia de sus datos y circunstancias personales, son muy necesarios para el desarrollo de otras funciones cognitivas.

Las tareas dirigidas a la orientación temporal pretenden lograr el reconocimiento de la parte del día, la hora, el mes, el año, la estación, etc., y su relación con acontecimientos significativos. Las encaminadas a la orientación espacial buscan que se tenga conciencia del lugar en el que se encuentra la persona, habitación,

planta, barrio, ciudad, país, etc. Las de orientación personal y autobiográfica pretenden el mantenimiento en la conciencia de datos personales como el nombre, la edad, la fecha y el lugar de nacimiento, el estado civil, así como datos y circunstancias familiares... También se ejercita el lenguaje automático, se mejora el nivel de atención y se favorecen la fluidez verbal. Puede llevarse a cabo de forma individual o en grupos homogéneos en cuanto al grado de deterioro cognitivo. Es recomendable su uso como método inicial y paralelo a otros en casos de desorientación.

2.2.2. La terapia de reminiscencia

La *terapia de reminiscencia* tiene como objetivo estimular la identidad y la autoestima mediante la utilización de los recuerdos remotos. Esta técnica fue utilizada inicialmente en personas mayores sin deterioro cognitivo, en las que la memoria remota se mantiene mucho más estable que la memoria a corto plazo. Posteriormente se ha utilizado con personas con deterioro cognitivo habida cuenta que los recuerdos lejanos se mantienen hasta las fases más avanzadas de la enfermedad. Consiste en la rememoración de acontecimientos históricos y vitales de la persona a partir de estímulos como fotografías, libros, revistas, vestidos, objetos cotidianos, etc. La prioridad no es tanto el logro de un recuerdo exacto cuanto la vinculación emocional de la persona con el recuerdo.

2.2.3. Programas de estimulación cognitiva

Los programas de estimulación cognitiva tienen como objetivo la rehabilitación de diferentes áreas cognitivas mediante la estimulación, tratando de propiciar el mantenimiento de la mayor autonomía personal posible. Estos programas actúan sobre las áreas cognitivas deterioradas, tanto como sobre las áreas preservadas o parcialmente preservadas. Dichos programas trabajan diversas funciones relacionadas con la orientación, la memoria, el lenguaje, las praxias, las gnosias, y el cálculo. Las líneas generales de estos programas son las siguientes:

2.2.3.1. La orientación

El mantenimiento de la capacidad de una persona para tener conciencia de su situación en el espacio y en el tiempo es la piedra angular de cualquier intervención con cualquier persona con deterioro cognitivo. Por eso es preciso tratar de

favorecer y activar la orientación espacio-temporal y personal, intentando mantenerla el mayor tiempo posible. Como en la orientación intervienen distintas capacidades cognitivas como la atención, la memoria a corto plazo, el conocimiento autobiográfico y la proyección de futuro, muchas de las acciones que se emprenden en este campo tratan de estimularlas.

Algunas de las estrategias más utilizadas son la *terapia de orientación* a la realidad, a la que se ha aludido anteriormente, la cronología personal (datación de la biografía de la persona), la orientación espacial (indagación sobre lugar concreto en el que se encuentra y progresivo encuadramiento del mismo en categorías espaciales más extensas) y la orientación temporal (indagación sobre su ubicación en el presente, hora, día, mes, año...). Algunos recursos que favorecen estas estrategias son el uso de calendarios, relojes, agendas, gráficos, notas, programas de actividades, celebración de festividades populares. Es importante personalizar y reforzar la realización de este tipo de actividades.

2.2.3.2. *La memoria*

El envejecimiento fisiológico suele llevar asociado un déficit de memoria que constituye la principal causa de intervención cognitiva con personas mayores sin demencia. Los programas de memoria buscan estimular y mantener la funcionalidad del complejo sistema que nos configura como seres humanos: la memoria. Cuando se dirigen a personas que no tienen demencia, se orientan al conocimiento del funcionamiento básico de la memoria, el control de la misma mediante el aprendizaje de técnicas y estrategias adecuadas a distintas situaciones, la modificación de las actitudes derrotistas sobre la inexorabilidad de la pérdida de memoria asociada a la edad y el estímulo de procesos cognitivos fundamentales como la atención, el lenguaje, la percepción, etc. En todos los casos pretenden ejercitar la memoria inmediata, optimizar la memoria a corto plazo y favorecer el mantenimiento de la memoria a largo plazo, vinculándola estrechamente con la emotividad. Algunas estrategias utilizadas en este ámbito son:

- La visualización o codificación visual de la información. Se fundamenta en la constatación de una mejora en el recuerdo cuando se realiza una doble codificación, verbal y visual. Se pretende entrenar en la recuperación de la información vinculándola a referencias contextuales previamente *visualizadas*.

- La asociación. Se basa en que la vinculación entre la información nueva y los conocimientos previos mejora la integración de aquélla en forma de aprendizaje significativo y permite un almacenamiento adecuado y una eficaz recuperación.
- La categorización. Se asienta en la idea de que el agrupamiento de la información en categorías permite una organización mucho más funcional de la misma desde el punto de vista del recuerdo.

Los programas de memoria dirigidos a personas sin deterioro cognitivo patológico suelen estar enfocados hacia grupos poco numerosos (15 a 20 personas). Su duración es de unas 10-12 sesiones de hora y media a dos horas. El tamaño del grupo y la duración de la intervención dependen directamente de las características de los asistentes. Suelen partir de las quejas de memoria los usuarios. Entrenan en estrategias para tratar de resolver los olvidos cotidianos, tanto retrospectivos (no saber si hemos apagado la luz, cerrado la puerta, o donde hemos dejado un objeto...), como prospectivos (olvidar que tenemos que acudir a una cita, o tomar una medicina...) o relacionados con la memoria activa (no recordar un nombre o una situación en el libro que estamos leyendo o en el informativo que estamos siguiendo...). Plantean ejercicios para la mejora de la atención, del lenguaje y la fluidez verbal, de recuerdo mediante la asociación, la visualización y la categorización, de razonamiento, relación, etc. Se combinan las actividades realizadas en grupo con las tareas que los participantes realizan en casa, que son revisadas en la siguiente sesión.

2.2.3.3. El lenguaje

Una importante función que se deteriora durante el desarrollo de las demencias es el lenguaje. Incluso en el caso del envejecimiento fisiológico es común la dificultad para encontrar las palabras que necesitamos en un determinado momento. En las demencias, el lenguaje oral se deteriora antes que el lenguaje escrito. La estimulación cognitiva en el área del lenguaje busca desarrollar al máximo las capacidades lingüísticas preservadas. Para ello se trata de ejercitar el lenguaje automático, favorecer la expresión y la fluidez verbal, estimular la comprensión verbal, potenciar la capacidad de repetición y ejercitar la mecánica lectoescritora.

Es importante que las personas se relacionen con las palabras (significante y significado) a través de diferentes canales: escritos (lectura y escritura), orales (auditivos) y auditivo-visuales (asociaciones de imágenes y palabras). Para ello

conviene utilizar las distintas situaciones cotidianas para proporcionar todo tipo de ayudas de tipo semántico (qué son, qué significan, para qué sirven.) y fonético (cómo se llaman las personas y las cosas, cómo se pronuncian) y realizar tareas sistemáticas de lectoescritura para el mantenimiento de la misma.

Es importante realizar ejercicios de lenguaje automático (evocación de los días de la semana, los meses del año, las partes del cuerpo, las estaciones, series numéricas), de lenguaje espontáneo (descripción de imágenes y situaciones), de denominación (de objetos que se ven, como los que están presentes en ese momento, y de objetos que no se ven en el momento), de evocación (de fluidez verbal en relación con determinadas categorías propuestas o de situaciones), de repetición verbal (letras, palabras, frases y números), de lectoescritura (lectura en voz baja y en voz alta, narración, descripción, dictado, copia, completar palabras) y de razonamiento y abstracción (asociaciones de palabras, familias de palabras, resúmenes y opiniones personales).

2.2.3.4. *Las praxias*

Las praxias pueden definirse como habilidades motoras adquiridas. Cuando se alteran dichas habilidades se habla de apraxias. Los tipos de apraxia más importantes son:

- *Apraxia ideatoria*. Dificultad para llevar a cabo un plan ideatorio que lleva a una finalidad (saca las gafas del estuche y trata de ponérselas al revés).
- *Apraxia ideomotora*. Dificultad para realizar un gesto simple siguiendo instrucciones o por imitación, por errores en la secuencia, la amplitud, la configuración y la posición de los miembros en el espacio (gesto de adiós, aplauso, imitar la interpretación con un violín...).
- *Apraxia constructiva*. Dificultad para reproducir un modelo de dos o tres dimensiones (dibujo, modelado de objetos con arcilla) y para construir un rompecabezas.
- *Apraxia del vestido*. Dificultad para vestirse y para relacionar adecuadamente las prendas de ropa respecto a las partes del cuerpo correspondiente (calcetines en las manos).

La estimulación cognitiva en este caso debe tratar de propiciar la realización de actos motores voluntarios, de favorecer las habilidades visoconstructivas, de mejorar la motricidad fina como requisito para la motricidad intencional y de

mantener la mecánica de la escritura. Es importante tener en cuenta y aprovechar las aficiones de la persona con la que se trabaja y realizar tareas que tengan relación con su vida cotidiana.

Los ejercicios tendentes a mejorar las praxias ideatorias y del vestido deben dirigirse a reforzar los procedimientos de utilización de los objetos cotidianos, realizándolos tanto con la presencia física del objeto en cuestión como sin que el objeto esté presente. Se pretende que la persona diga cómo se llaman los objetos que se le presentan, explique para qué se usan y haga uso de ellos. Para mejorar las praxias ideomotoras y constructivas deben realizarse ejercicios de preescritura, escritura y de coordinación visual y lineal, así como dibujos siguiendo instrucciones y copias de otros dibujos, completos o por partes utilizando la simetría.

2.2.3.5. *Las gnosias*

Gnosia es la capacidad para reconocer y percibir adecuadamente el mundo que nos rodea. Las agnosias son, por el contrario, alteraciones en el reconocimiento del mundo circundante. En función de la vía de entrada perceptiva en la que se experimentan las dificultades de reconocimiento sin que se alteren los aspectos sensoriales fundamentales (visión, audición, tacto, olfato y gusto), se habla de agnosia visual, auditiva, táctil, olfativa (anosmia) o, en el caso de las alteraciones en el reconocimiento del esquema corporal, de asomatognosia.

En este caso el trabajo de estimulación cognitiva debe ir dirigido a perfeccionar la capacidad de atención, a ejercitar la percepción de estímulos diferentes, a mejorar las capacidades lingüísticas y a entrenar el reconocimiento de sonidos. Es importante simplificar las tareas de reconocimiento, adecuándolas al grado de deterioro de la persona y utilizar la mayor cantidad posible de objetos reales vinculados con la persona tratada.

Los ejercicios destinados a trabajar las gnosias visuales deben dirigirse a:

- El reconocimiento de imágenes gráficas: asociación de imágenes, contextualización, discriminación figura-fondo, búsqueda de errores y diferencias, reconocimiento de letras y números, asociación imagen-palabra, fotografías, objetos cotidianos.
- El reconocimiento de caras: de familiares, de amigos y de personajes conocidos.

- El reconocimiento de colores: identificación del color, reconocimiento de objetos asociados a un determinado color, discriminación de tonos claros y oscuros, clasificación por grupos de colores.
- La organización espacial, percepción y lateralidad: organización visual del espacio, utilización del reloj, laberintos, geoplanos, ejercicios de preescritura, copia en cuadrícula, localización geográfica y de partes del cuerpo, búsqueda de semejanzas y diferencias, manejo de conceptos espaciales (arriba, abajo, izquierda, derecha), crucigramas y sopas de letras, ejercicios de orientación y coordinación visuomotora.

Los ejercicios destinados a trabajar las gnosias auditivas deben dirigirse a:

- El reconocimiento de sonidos.
- La evocación de sonidos relacionados con la vida cotidiana.
- La imitación de sonidos.

Los ejercicios destinados a trabajar las gnosias táctiles deben dirigirse a:

- El reconocimiento táctil de objetos cotidianos.
- El reconocimiento táctil de números y letras en relieve.

2.2.3.6. *El cálculo*

La habilidad numérica es una de las habilidades instrumentales básicas. Si es afectada por un proceso de deterioro cognitivo leve, se observa en primer lugar una alteración en las estrategias de resolución de problemas, singularmente las relativas a las actividades de la vida diaria en las que interviene el dinero. En esta situación, la persona es incapaz de estimar el precio de las cosas, debido a que los números pierden para ella su valor simbólico. Se altera además la capacidad de cálculo mental debido a la dificultad para atender y concentrarse. Finalmente puede llegarse a la acalculia espacial, un trastorno que impide a la persona mantener el orden y la posición relativa de los dígitos.

En situaciones como las descritas, la estimulación cognitiva debe dirigirse a mantener el concepto numérico, las operaciones aritméticas, el reconocimiento de los números y la discriminación de cantidades. Debe activar la lectura de cantidades y la realización de operaciones aritméticas.

Es importante realizar simulaciones de actividades de la vida real en la que deben utilizarse números y cantidades (uso de monedas en operaciones de compra-venta), así como hacer uso del lenguaje automático como técnica para el establecimiento de secuencias numéricas. Deben llevarse a cabo los siguientes tipos de ejercicios:

- Operaciones aritméticas: suma, resta, multiplicación y división; resolución de problemas, simulaciones que impliquen la utilización de estas operaciones.
- Secuenciación de números: clasificación de números pares e impares, desarrollo de progresiones aritméticas, ordenación de cifras de mayor a menor y viceversa, escritura de cifras.
- Reconocimiento de números: observación, discriminación, dictado y copia de números.
- Conjuntos de números: números pares e impares, múltiplos y divisores de un número, clasificación de cantidades por número de cifras.
- Juegos con números: bingo.

3. TERAPIAS ALTERNATIVAS COMO MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Es creciente la utilización de las terapias alternativas para mejorar la calidad de vida de las personas adultas y mayores, dado que se han constatado los beneficios que aportan en los ámbitos de la salud, física y psíquica, y del equilibrio personal. La amplitud de este campo y las limitaciones de una obra como esta, no permiten ni una mínima aproximación a todas las terapias potenciales a aplicar. La diversidad de las mismas, en cuanto a su aplicabilidad, rigor, eficacia y fiabilidad, constituye también una limitación. Por eso se ha optado por describir los rasgos generales de algunas de las terapias alternativas más útiles para utilizar con este tipo de personas en el campo de la intervención social. Además de la utilidad potencial, se ha tenido en cuenta la extensión de su práctica en el campo profesional, evitando terapias minoritarias poco contrastadas, y la fiabilidad de las mismas. El tema no se aborda con vocación de enciclopedia, sino con la intención de convertirse en un GPS que advierta sobre los hitos fundamentales a los que deberá llegar el lector cuando quiera profundizar en aquellas terapias que resulten funcionales para su ejercicio profesional.

3.1. Más allá de la medicina

El término *terapia* está evolucionando en los últimos años. Tradicionalmente ha formado parte del *corpus* semántico de la medicina, como reconoce la vigésima segunda edición del Diccionario de la Real Academia Española, actualmente vigente, que acuña el significado de *terapéutica*. La prueba de esa evolución a la que nos referimos, la ofrece la enmienda que la propia Academia realiza de esa voz, que en el avance de la vigésima tercera edición del Diccionario, define terapia como «tratamiento de una enfermedad o de cualquier otra disfunción», ampliando considerablemente el campo de intervención. Gran parte de la responsabilidad en esta modificación, que abre el término *terapia* a otros campos diferentes al de la medicina, se debe a la proliferación de muy diversas terapias alternativas. Éstas, enormemente diversas entre sí, tan sólo comparten una cosa, la alteridad a la medicina convencional.

Las definiciones del Diccionario, incluso las más nuevas, resultan todavía bastante conservadoras, en tanto que aún mantienen en exclusiva la perspectiva curativa. Es de esperar que en próximas ediciones quede recogido también el enfoque preventivo en el que la mayoría de ellas se desenvuelve. Muchas de estas terapias pueden aplicarse en la doble dimensión preventiva y paliativa por lo que resultan beneficiosas para la salud y para el equilibrio personal. Su uso sistemático puede ayudar a evitar o retrasar procesos de deterioro físico y psicológico abocados a generar situaciones de dependencia; puede mejorar también disfunciones emocionales relacionadas con la apatía y la depresión que suelen presentarse con cierta frecuencia en las etapas finales de la vida.

Resulta inabordable en una obra de esta dimensión la descripción de las numerosas terapias alternativas disponibles. Sin afán de exhaustividad, describiremos algunas de las más utilizadas en el ámbito del trabajo con personas mayores, tales como la aromaterapia, el arteterapia, la cromoterapia, la talasoterapia, la musicoterapia y la risoterapia.

3.1.1. La aromaterapia

La aromaterapia es la utilización de aceites esenciales con fines terapéuticos. Un aceite esencial es la esencia volátil producida por la destilación de plantas aromáticas. Se trata por tanto de la sustancia vegetal más concentrada. La aroma-

terapia se fundamenta en la acción terapéutica de las moléculas bioquímicas de los aceites esenciales.

La denominación *aromaterapia* (tratamiento que utiliza aromas) se debe al ingeniero químico francés René Maurice Gattefoscé, que experimentó personalmente los beneficios curativos del aceite esencial de lavanda, que utilizó de forma fortuita para aliviar una herida producida por una explosión en su laboratorio. Esta circunstancia le orientó al estudio de las propiedades de los aceites esenciales, sentando las bases del desarrollo de una técnica que, con distinta suerte, venía aplicándose desde la antigüedad.

Los aceites esenciales pueden utilizarse de distintas formas. Pueden utilizarse por vía oral (aunque en este caso es ineludible el control por parte de un médico), por vía aérea, empleando un vaporizador o un inhalador, y por vía cutánea, mediante masajes, fricciones o la inmersión en una bañera en la que se hayan dispersado en el agua.

Los aceites esenciales son antisépticos, digestivos, antiespasmódicos y sedantes. Suelen utilizarse para combatir las afecciones respiratorias, dada su propiedades expectorantes; para mejorar la digestión, ya que estimulan la secreción salival y gástrica y aumentan el apetito; para mejorar la circulación, dadas sus propiedades vasodilatadoras, y para equilibrar el sistema neurovegetativo. Se utilizan también como terapia contra los estados depresivos y de bajón emocional.

3.1.2. *El arteterapia*

Klein (2006: 13) acuña la siguiente definición de arteterapia:

«El arteterapia es un acompañamiento de personas en dificultad (psicológica, física, social o existencial) a través de sus producciones artísticas, obras plásticas, sonoras, teatrales, literarias, corporales y bailadas. Es un trabajo sutil que toma nuestras vulnerabilidades como material y busca menos el desvelar las significaciones inconscientes de las producciones que permitir al sujeto recrearse a sí mismo, crearse de nuevo en un recorrido simbólico de creación en creación. El arteterapia es también el arte de proyectarse en una obra como mensaje enigmático en movimiento y de trabajar sobre esta obra para trabajar sobre sí mismo.»

La definición de Klein desdeña explícitamente el enfoque jungiano, que trata de utilizar la creación *artística* realizada por la persona objeto de tratamiento

como vehículo para estimular el diálogo de ésta con el terapeuta. Según éste la creación sería un mero pretexto para un diálogo terapéutico que apelaría al inconsciente. El enfoque de Klein, más característico de la intervención social, centra sus esfuerzos en la propia obra creativa, a la que considera un fin en sí misma al tiempo que una proyección del yo. Este carácter proyectivo y simbólico fundamenta la idea de que el trabajo en la obra es también un trabajo sobre la persona que la crea. Por eso es importante resaltar la importancia del proceso creativo en relación al producto, ya que en dicho proceso se experimentan las dificultades y los éxitos, así como que se estimule la creatividad y la espontaneidad.

Desde este punto de vista, el trabajo del terapeuta consiste en desencadenar una implicación personal, habitualmente inconsciente, del paciente en el proceso creativo. El arteterapia se configuraría así como un proceso simbólico de creación en el que una persona, acompañada por un terapeuta, trabaja sobre sí misma de manera inconsciente utilizando como medio un producto *artístico*. El objetivo no es tanto la toma de conciencia en uno mismo cuanto el desarrollo de habilidades emocionales atrofiadas. A ello se añade además el hecho de que estas experiencias de creación se desarrollan en contextos de interacción social, lo que ofrece una posibilidad de mejora en esta dimensión.

Conviene tener presente que el trabajo con la obra plástica, que prolifera mucho en intervenciones con personas mayores, constituye sólo una posibilidad de la arteterapia. Por el contrario, las artes más *dinámicas* (teatro, baile, expresión corporal...) convenientemente aplicadas ofrecen enormes posibilidades terapéuticas, pues como indica (Duncan, 2007):

«(...) el hecho de encontrar un medio para expresar un aspecto de sí mismo que no pueda expresarse con palabras, ya facilita cambios, concienciación y desarrollo. El tener a otra persona que simplemente sea testigo de esta expresión, añade significado y potencia el proceso».

Algunas técnicas a utilizar en este sentido serían dramatizaciones y juegos de roles en gran y pequeño grupo.

3.1.3. La cromoterapia

Consiste en la utilización de las distintas frecuencias luminosas (colores) para tratar enfermedades y proporcionar bienestar personal y colectivo. Su

utilidad terapéutica es puesta en entredicho por la medicina convencional, aun cuando son evidentes algunos efectos del color en la conducta. Esta terapia alternativa se basa en el hecho de que los siete colores del espectro de la luz solar (rojo, anaranjado, amarillo, verde, azul, añil y violeta) tienen unas vibraciones magnéticas con velocidades, y longitudes de onda diferentes. Al asociar las distintas propiedades magnéticas de los colores con distintas propiedades terapéuticas se cierra el círculo de la utilización inteligente del color. Es una terapia suave, ya que no es toxica ni tiene efectos secundarios, pudiendo ser aplicada en cualquier edad y asociarse con medicinas para potenciar sus efectos.

Los efectos físicos que proporciona el color parecen derivarse de la absorción de las distintas longitudes de onda y su transformación en energía térmica o eléctrica. Los efectos psicológicos, según (Déribéré, 1964), pueden ser directos, que son los que hacen que un objeto o ambiente parezca alegre o triste, ligero o más pesado, caliente o frío, y los indirectos, que se relacionan con asociaciones subjetivas u objetivas nacidas bajo el efecto del color. En este sentido son importantes la simbología, el denominado lenguaje de los colores, y las circunstancias personales y ambientales. La distinción de los colores en relación con el calor (colores fríos y calientes), el estado de ánimo (colores tristes y alegres), la excitación, (colores relajantes y excitantes) o la ligereza (colores ligeros y pesados), muestra con claridad la influencia de aquellos en la psicología humana. La cromoterapia se puede aplicar de varias maneras:

- Cromoterapia de luz. Aplicar una luz de un color concreto a una zona determinada del cuerpo durante 20 o 30 minutos.
- Cromoterapia ambiental. Elección de colores para decorar las estancias en función de las actividades a realizar o de las necesidades de sus usuarios.
- Cromoterapia en la ropa. Elección de ropa de colores siguiendo criterios similares a los de la cromoterapia ambiental.
- Cromoterapia en la comida. Clasifica a los alimentos por colores y los combina según sus propiedades.

Los efectos que se asignan a los distintos colores en los planos físico y psicológico son los siguientes:

Tabla 2. Efectos que se asignan a los distintos colores en los planos físico y psicológico.

COLOR	EFFECTOS FÍSICOS	EFFECTOS PSICOLÓGICOS
<i>Rojo</i>	Estimulante del hígado y de la circulación. Ayuda en la bronquitis, la impotencia y el reumatismo	Estimulante
<i>Naranja</i>	Antifatiga. Estimula el sistema respiratorio; ayuda a la fijación del calcio, tónico sexual	Aumenta el optimismo.
<i>Amarillo</i>	Da energía al sistema digestivo y tonifica los músculos	Estimulante intelectual. Antifatiga mental. Antimelancólico
<i>Limón</i>	Desintoxicante. Refuerza los huesos. Vitalizante.	Estimulante de la concentración
<i>Verde</i>	Sedativo. Reposa y fortifica la vista, disminuye la tensión arterial; mejora las úlceras	Calma el sistema nervioso e induce al sueño
<i>Azul</i>	Antitérmico, antiséptico y astringente. Ayuda en el asma, la obesidad y la celulitis	Tranquilizante. Abre la mente y proporciona armonía
<i>Violeta</i>	Efectos contra ciática, epilepsia, contracturas y anemias.	Disminuye la angustia, las fobias, el miedo y la violencia
<i>Púrpura</i>	Vasodilatador	Color hipnótico
<i>Escarlata</i>	Vasoconstrictor. Estimulante de los riñones. Aumenta la tensión arterial.	Favorece la sensualidad. Controla la tristeza

Fuente: elaboración propia.

3.1.4. La talasoterapia

Es una técnica que emplea el medio y el clima marino con fines terapéuticos. Las sustancias empleadas son el agua del mar, las algas, el barro y otras sustancias extraídas del mar. Su origen se remonta a la antigüedad. Desde el siglo XVIII la talasoterapia se incorpora a la literatura médica, dadas las evidentes aportaciones al bienestar y a la salud de numerosos componentes químicos del agua marina. En el siglo XIX comienza a vincularse la talasoterapia con el sector turístico con un incremento considerable de su difusión y su demanda.

Aunque el mar y su entorno contienen alrededor de 80 elementos químicos beneficiosos para la salud humana, los principales componentes del agua marina son el cloruro sódico, el magnesio, los iones sulfato, cálcicos u potásicos y el yodo. Se considera que algunos de esos componentes tienen propiedades antivirales, antibacterianas, antioxidantes y antitumorales.

Con el empleo del agua marina se busca lograr el equilibrio del plasma sanguíneo mediante la absorción por ósmosis de las sustancias que necesita. Basta

para ello con un contacto directo del agua con la piel a una temperatura equivalente a la del cuerpo, es decir, entre 35 y 37 grados. El movimiento de las olas ejerce un hidromasaje muy beneficioso para el cuerpo. Las algas marinas almacenan un gran número de vitaminas, así como hierro, calcio, proteínas y minerales.

La talasoterapia está indicada, entre otras afecciones, en el tratamiento de dolores, debido a su efecto analgésico. También se usa para tratar dolencias crónicas y agudas del aparato locomotor (osteoporosis, reumatismo, dolencias de la columna vertebral), del sistema respiratorio (asma, faringitis...), y de la piel (psoriasis). En cuanto a los problemas psicológicos, coadyuva a mejorar problemas depresivos, de estrés, insomnio y fatiga, dadas sus propiedades relajantes.

Las técnicas de talasoterapia más utilizadas son: el hidromasaje, piscinas de chorros, piscinas dinámicas y relajantes, aplicaciones de algas y lodos marinos —en bañeras o mediante compresas— y aplicaciones de fangos mezclados con algas, aplicados mediante envolturas.

3.1.5. La musicoterapia

La Asociación Estadounidense de Musicoterapia indica que «la musicoterapia es el empleo de la música para alcanzar objetivos terapéuticos: la recuperación, conservación y mejoría de la salud mental y física» (NAMT, 1980)⁶. La música es una parte esencial de la existencia humana. Ha acompañado a los seres humanos en todos los tiempos y en todas las culturas. La música acompaña la fiesta y el duelo, el ocio y el negocio. En ella nos sumergimos voluntaria o involuntariamente, y es un fenómeno que modula como pocos nuestro estado de ánimo. En todas las personas es posible encontrar una sensibilidad musical, es decir, una respuesta adecuada a los estímulos musicales. Dicha respuesta no implica el conocimiento de la técnica musical, sino la apreciación empática de la música. El conocimiento de las funciones de la música es muy importante para el ejercicio de la musicoterapia. Las más relevantes, señaladas por (Merriam, 1964)⁷ son la respuesta física, la comunicación, la expresión emocional, la representación simbólica, el refuerzo de conformidad a las normas sociales, la validación de instituciones sociales y rituales religiosos, la contribución a la continuidad y estabilidad

⁶ Cit. Por (Bruscia, K: E., 2007).

⁷ Cit. Por (Davis, Gfeller y Thaut, 2000).

de una cultura, la contribución a la integración de la sociedad, el placer estético y el entretenimiento.

La terapia musical pretende proporcionar al paciente-cliente un entorno musical en el que sea posible desarrollar un lenguaje simbólico que permita el acceso a sentimientos desconocidos y una integración armónica de los mismos en la personalidad, logrando de este modo la transformación terapéutica. Lo importante aquí no son los aspectos estéticos de la música utilizada sino el proceso de cambio terapéutico. La utilización de un lenguaje no verbal, al apelar fundamentalmente al ámbito de las emociones permite advertir respuestas y obtener informaciones que aflorarían con dificultad utilizando tratamientos basados en la comunicación verbal.

La musicoterapia tiene dos campos de aplicación fundamentales, el campo clínico y el campo comunitario. La musicoterapia clínica está enfocada fundamentalmente a la mejora del paciente individualmente considerado. Suele desarrollarse a demanda de la persona interesada o de sus familiares para tratar de solucionar o mejorar una determinada dificultad (trastornos psiquiátricos, neurológicos, etc.) en un contexto terapéutico. La musicoterapia comunitaria tiene un enfoque fundamentalmente preventivo. Aborda, con la intención de contribuir a su solución, problemas de índole emocional, dificultades en el contexto ocupacional, desajustes psicológicos de distinta etiología y crisis personales de distinto origen. El contexto en el que se desenvuelve es el propio de la intervención social. Se centra en la promoción y la prevención de la salud, en la perspectiva del aprendizaje. Este tipo de intervención debe partir del análisis de los factores de riesgo psicosocial asociados a determinadas condiciones vitales, conductas, motivaciones y escalas de valores.

Antes de aplicar un programa de musicoterapia es necesaria la realización de una evaluación inicial de los participantes en la que se obtenga información sobre su edad, entorno cultural en el que se han desarrollado sus vidas, universo sonoro en el que han vivido, estilos musicales favoritos, canciones o piezas musicales significativas, instrumentos musicales que les gustan, sonidos y músicas que les desagradan, etc. Esto permitirá una elección adecuada de las técnicas y materiales sonoros que deben utilizarse. Las técnicas pueden ser activas o receptivas, según el grado de intervención del participante.

La variabilidad de técnicas que pueden aplicarse es enorme. Las técnicas de intervención más utilizadas son:

- *Escuchar música.* Puede proporcionar relajación, sola o combinada con técnicas específicas de relajación, y distracción. Ayuda en el desarrollo de habilidades cognitivas como la atención y la memoria. Proporciona una vinculación afectiva con el entorno. Motiva a la participación en actividades colectivas.
- *Cantar.* Ayuda en el desarrollo de la articulación, el ritmo y el control de la respiración. Si se hace a coro, potencia el desarrollo de las habilidades sociales y la conciencia de los demás. Ayuda a estimular los centros cerebrales del lenguaje. Puede contribuir a reforzar la reminiscencia y los recuerdos del pasado en personas con deterioro cognitivo.
- *Tocar instrumentos.* Ayuda a mejorar la coordinación motora, fina y gruesa, en las personas con discapacidades motoras o neurológicas. Si se hace en grupo, puede mejorar la coordinación, la atención, la conciencia grupal y el ejercicio de roles diversos. Puede mejorar la sensación de bienestar y autoestima en las personas si están aprendiendo a tocar un instrumento, y mejorar la timidez en personas retraídas.
- *Relacionar la música y el movimiento.* El ritmo ayuda a estimular las áreas motoras del cerebro. Puede fomentar la capacidad de procesamiento de la información sonora y la expresividad motora como respuesta a la misma. Facilita y mejora el estándar de movimiento de las personas, la movilidad articular, la agilidad, la fuerza, el equilibrio, la coordinación y la relajación. La danza es un potente medio para la expresión del yo y para el realce de la autoconciencia. Las danzas estructuradas constituyen un eficaz estímulo para la interacción social y la participación. Contienen además un gran efecto evocador. La música proporciona estímulos para el movimiento, por eso se usa también como complemento del ejercicio físico (aeróbic por ejemplo). Todas estas actividades desarrollan, estimulan y desinhiben la expresividad gestual, que facilita el desbloqueo motor, la comunicación y el contacto con los otros.
- *Componer e improvisar.* Se trata de un medio creativo para expresar pensamientos y sentimientos de forma no verbal. Se trata de que la música sustituya a la expresión verbal de las emociones o las ideas cuando éstas no afluyan espontáneamente. Para ello es necesario situar a los participantes ante la posibilidad de que utilicen, de forma improvisada, diferentes instrumentos, sonidos, timbres y otros medios sonoros para interactuar con

los demás expresando emociones o pensamientos. La idea es que los miembros del grupo inventen música interactuando entre ellos.

- *Escribir canciones.* Se utiliza para facilitar la expresión y el intercambio de sentimientos, ideas y experiencias. Puede utilizarse como medio de análisis de situaciones o trayectorias vitales, gestionar los recuerdos agradables y desagradables, y plantearse grandes cuestiones como el sentido de la vida y la muerte, etc.
- *Combinar la música con las artes plásticas.* La música puede combinarse con las artes plásticas como catalizador para la expresión de sentimientos y pensamientos en forma de obra artística (dibujo inspirado en una obra musical, por ejemplo). Si la construcción de la obra plástica se realiza de forma cooperativa, se potencia la interactividad y la habilidad para la solución de problemas y para la resolución de las diferencias personales. También pueden construirse de este modo instrumentos musicales con objetos cotidianos, utilizándolos para interpretar después, de forma colectiva, alguna composición previamente determinada.

3.1.6. La risoterapia

La risoterapia es un tratamiento que utiliza el arte de reír con la intención de producir un beneficio medicinal. Pretende lograr que se ría de una manera sana y natural, tratando de lograr que las carcajadas fluyan de manera espontánea y visceral, como en la infancia. Para ello se utilizan técnicas que ayudan a liberar las tensiones emocionales que impiden brotar a la carcajada, tales como los masajes, los ejercicios respiratorios, la expresión corporal, la danza y el juego. Dichas técnicas pretenden reorientar la percepción de las situaciones, buscando la perspectiva humorística e incitando a reír.

La risa produce efectos positivos de índole física y psicológica (García Walker, 2005; Jáuregui y Fernández, 2008). Los efectos físicos de la risa son los siguientes:

- *Ejercicio.* Cada carcajada pone en marcha alrededor de 400 músculos, incluidos algunos del estómago que sólo se pueden ejercitar riendo. Se estima que cinco minutos de risa equivalen a cuarenta y cinco minutos de ejercicio aeróbico.
- *Oxigenación.* Con la risa, la cantidad de aire que penetra en los pulmones puede llegar a triplicarse, lo que mejora la respiración y la oxigenación.

- *Limpieza*. La carcajada hace vibrar la cabeza, ayudando a despejar la nariz y el oído. El movimiento del diafragma que provoca, favorece el proceso digestivo y elimina toxinas. Las lágrimas que genera, lubrican y limpian los ojos.
- *Analgésico*. La risa estimula la producción de endorfinas y otros neurotransmisores que generan efectos eufóricos, tranquilizantes y analgésicos.
- *Rejuvenecedor*. La carcajada estimula y estira los músculos faciales. Tiene también un efecto tonificante y antiarrugas.
- *Preventivo del infarto*. Los espasmos del diafragma que produce la risa estimulan a los pulmones y al corazón.
- *Relajante*. La risa produce una acusada relajación del sistema nervioso parasimpático, que controla los músculos blandos, reduciendo la contracción muscular, la tensión y el estrés. Este estado de relajación puede inducir al sueño.

En cuanto a los efectos psicológicos de la risa, conviene destacar los siguientes:

- *Exteriorización de emociones y sentimientos*. La risa es un catalizador ideal para manifestar emociones y sentimientos, muchas veces reprimidos por las convenciones sociales.
- *Eliminación del estrés*. Los efectos relajantes de la risa conllevan la eliminación de los estados de estrés y el incremento del tono vital.
- *Alivio de la depresión*. La risa ayuda a ver el lado positivo de las cosas.
- *Mejora de la capacidad comunicativa*. Al tratarse de una actividad comunitaria y contagiosa, la risa ayuda a mejorar la capacidad empática y comunicativa y es un eficaz instrumento para superar algunas situaciones socialmente incómodas.

Existen muy diversas técnicas de risoterapia, que son el resultado de la combinación de diversos ejercicios de expresión corporal, juego, danza, ejercicios respiratorios, masajes y técnicas para reír. Estos ejercicios pretenden conseguir que la persona se ría con los otros, no de los otros, y saque lo mejor de sí misma a través de la risa. Una sesión-tipo de risoterapia debería tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Parte teórica: principios, beneficios y aplicaciones de la risa, tipos de risa (franca, maliciosa, nerviosa, hueca, histérica, desbordante, etc.).

- Ejercicios de calentamiento: ejercicios físicos y de respiración, juegos para *romper el hielo* entre los participantes.
- Prácticas de expresión corporal, contacto visual, confianza y autoconfianza.
- Exploración de la risa propia y ajena. Cómo nos reímos y cómo reírnos.
- Técnicas y juegos para reír plenamente.

4. DERECHOS HUMANOS, CALIDAD Y ÉTICA PROFESIONAL

El tema aborda los desafíos éticos que supone la emergencia acelerada de las sociedades informacionales, los cuales han modificado sustancialmente la realidad. Este tipo de sociedades alumbra por vez primera la idea de extender la educación a todas las personas. Dicha idea es consagrada además como uno de los derechos fundamentales del ser humano. El desafío que se presenta consiste en que la generalización de la educación a la que se aspira, se materialice en términos de calidad, lo cual implica el logro de que todas las personas sean capaces de fundamentar sus vidas desde una moral autónoma. El problema es que este apabullante desafío coincide con un impresionante proceso de cambio de era en el que todos los fundamentos de la convivencia humana, desde los económicos a los éticos, están siendo sometidos a una profunda revisión. Las generaciones de mayor edad son las que están encontrando mayores dificultades para afrontar estos cambios en razón de su menor flexibilidad y del enorme alejamiento entre la realidad en la que crecieron y la actual. Son por tanto especialmente vulnerables en un mundo definido por una continua variabilidad. Tratar de atenuar esa vulnerabilidad es la tarea de una intervención educativa con adultos enfocada al logro de una comprensión radical de la realidad. Una educación de calidad como la señalada, definida en términos morales, requiere de la construcción de una serie de actitudes éticas por parte de los educadores de adultos.

4.1. Generalizar la construcción solidaria de la libertad

«El reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana», realizado por la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, inaugura un tiempo his-

tórico en el que la humanidad emprende, de un modo vacilante y contradictorio, el tortuoso camino de la libertad, previsto anteriormente sólo para unos pocos. Recorrer este camino, individual y colectivamente es una tarea complejísima porque, como señala (Savater, 1997: 93):

«No partimos de la libertad, sino que llegamos a ella. Ser libre es liberarse: de la ignorancia prístina, del exclusivo determinismo genético moldeado según nuestro entorno natural y/o social, de apetitos e impulsos instintivos que la convivencia enseña a controlar (...). Sólo los humanos podemos (relativamente, desde luego) adaptar el entorno a nuestras necesidades en lugar de resignarnos sencillamente a él, compensar con apoyo social nuestras deficiencias zoológicas y romper las fatalidades hereditarias a favor de elecciones propias, dentro de lo posible pero a menudo contra lo rutinariamente probable».

La universalización de los derechos humanos, que sitúa a todas las personas en la senda de la libertad, implica la paralela generalización de las obligaciones, sin las cuales es imposible llegar a la libertad que *libera*. Claro que, para llegar a ésta, es preciso desarrollar un proceso de aprendizaje que, conjugando el ejercicio de los derechos y los deberes, nos vaya humanizando progresivamente. Esto implica el acceso universal a una educación capaz de proporcionar una moral autónoma «basada en el respeto mutuo entre los individuos y en la reciprocidad» (Delval y Enesco, 1994: 113). La extensión de ese tipo de educación parece aún lejana en numerosos países en los que el desinterés, la corrupción o la ineficiencia de las capas dirigentes, convierten la universalización efectiva de la educación en algo utópico. También parece lejos en países más afortunados en los que el logro del acceso universal a la escuela no es capaz de detener la sangría de la ineficiencia educativa, materializada en tasas muy significativas de absentismo y fracaso escolar. Una de las razones que justifican este estado de cosas reside en que el poder se encuentra siempre más cómodo frente a individuos de moral heterónoma, pues como indica (Piaget, 1962: 18):

«A la moral de la heteronomía y del respeto unilateral corresponde más o menos la moral de las prescripciones y de las prohibiciones rituales (tabúes), propias de las sociedades llamadas *primitivas*, en las cuales el respeto a la costumbre encarnada en los ancianos prevalece sobre toda manifestación de la personalidad (autonomía)».

Considerado cabalmente, el problema de la educación contemporánea, contenido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, no es tanto el de la ge-

neralización del acceso a la escuela —que también— cuanto el de la universalización de la construcción de personas libres, es decir de personas que dispongan de un juicio moral autónomo y maduro. Este proceso de generalización de una moralidad madura sólo es posible en las sociedades evolucionadas en las que es posible extender la educación de una forma fluida. Hay que tener en cuenta que una moralidad avanzada exige de un continuo proceso de reflexión, lo que es tanto como decir que la moralidad está impregnada de racionalidad, pues como indica (Kohlberg, 1987: 94) «no se pueden seguir los principios morales si no se entienden».

Para atender al reto de conseguir una educación universal de calidad, al que se enfrentan las sociedades desarrolladas, es necesaria una educación social orientada a esta meta. Esto es así porque la generalización de la educación ya no puede reducirse al tiempo de la escolaridad obligatoria ni al espacio de la educación formal. La universalización de la educación de calidad tiene que dirigirse ineludiblemente a todo el tiempo vital (educación a lo largo de la vida), a todos los espacios reales y virtuales (educación formal, no formal e informal, educación expandida, aprendizaje invisible) y, aunque debido precisamente a su obviedad tiende a olvidarse, primordialmente a *todas* las personas.

4.2. La vulnerabilidad de los mayores en las sociedades informacionales

La idea de generalizar la construcción solidaria de la libertad, es decir de proporcionar una *educación de calidad* para todas las personas, surge en los albores de las sociedades informacionales. Antes que una muestra de altruismo de las capas dirigentes con el resto del género humano, la citada intención parece derivar de las necesidades de una economía sustentada en una materia prima inmaterial, la información, cuyo manejo requiere una cualificación bastante superior a la requerida en la sociedad industrial y cuyo consumo mejora cuantitativa y cualitativamente en proporción directa al nivel educativo. La sociedad informacional se caracteriza por su:

- *Alcance global*. Los valores, los modelos productivos, los hábitos de comportamiento, las modas, etc., tienden a una uniformización de alcance planetario.
- *Organización reticular*. Las estructuras piramidales propias de sociedades anteriores, se disuelven en redes sociales —tangibles o intangibles— en las que la preeminencia se consigue no tanto por estar en la cúspide de la pirámide cuanto por la capacidad de interactuar con los demás.

- *Orientación hacia el consumo.* El consumo, sustituto de la producción como motor del progreso económico, penetra en todos los ámbitos de la existencia humana. La necesidad de consumir con rapidez para aumentar la producción y el beneficio acorta la vida media de los productos y servicios, y les otorga una naturaleza efímera.
- *Carácter individualista.* Las tecnologías informativas incitan a las personas a situarse en un nodo comunicativo, en el que pueden interactuar virtualmente con numerosas personas desde la individualidad. Esas interacciones —no demasiado extensas por la propia naturaleza del canal, como es el caso de Twitter⁸— tienden a restringir las comunicaciones cara a cara, y a generar una ilusión de solidaridad interpersonal asignando el rol de *amigo* a muchas personas con las que tan solo se mantiene una relación superficial.
- *Espectacularización.* La completa integración de los *mass media* en la vida cotidiana, orienta a los individuos hacia la participación como espectadores del gran espectáculo global en el que los medios han convertido a la vida.
- *Carácter mestizo.* El proceso de globalización de la sociedad, desarrollado según las pautas y valores occidentales, retroalimenta una movilidad de las personas y las culturas de la periferia que confluyen con aquellos en un universo ineludiblemente mestizo.
- *Necesidad del aprendizaje permanente.* El hecho de que la información sea la primordial materia prima en este tipo de sociedad y de que, por su propia naturaleza, evolucione a un ritmo vertiginoso, convierte al aprendizaje permanente en ingrediente imprescindible para su gestión y para su consumo.

Estas características están condicionando la transformación del paradigma ético dominante. El *ethos* característico de las sociedades industriales, es decir el «modo de ser desde el que los hombres afrontamos la vida» (Cortina, 1997: 162), era el *ethos* del trabajo, más el que impulsa las acciones de un número creciente de personas en las sociedades informacionales es el *ethos* del juego (Rifkin, 2000), un modo de ser presidido por la apetencia y la inmediatez en la obtención de satisfacciones, cuestión que ayuda a comprender muchas de las disfunciones de los sistemas educativos del presente.

⁸ Como es sabido sólo permite mensajes que contengan como máximo 140 caracteres.

Es evidente que, en este tipo de sociedad, la utilización de la información por parte de los ciudadanos resulta imprescindible para un funcionamiento fluido de la misma. No conviene sin embargo confundir utilización con control. Éste, reservado a unos pocos, constituye la verdadera fuente del poder en cualquier tipo de sistema social o biológico. El hecho de que en las sociedades informativas la información inunde hasta los últimos rincones de la realidad, obligando a los ciudadanos a desentrañarla para poder desenvolverse adecuadamente, está polarizando el aprendizaje. Debe aprenderse para producir y crear, cuestión a la que se dedica la minoría; debe aprenderse para consumir, asunto al que se dedica la inmensa mayoría.

En este proceso de construcción del nuevo *ethos* se observa un desdibujamiento de las fuentes de aprendizaje tradicionales que están siendo sustituidas por fuentes alternativas. La crisis de las instituciones identitarias del industrialismo —la familia, la escuela, la nación—, denominadas por Beck⁹ «*instituciones zombis*, que están *muertas y todavía vivas*» está interrumpiendo su discurso ético. Este *ethos*, fundamentado en el esfuerzo, tiende a ser suplantado por el que subyace en las nuevas formas de relación interpersonal, que mantienen unos grados de institucionalización mucho más difusos, tales como los nuevos modelos familiares, los grupos *temáticos* de iguales, las *redes sociales* soportadas tecnológicamente, etc., todos los cuales se enmarcan en una sociedad de dimensión planetaria en la que la abundancia de estímulos informativos dificulta un aprendizaje concienzudo y humanizador.

La educación familiar tiende a debilitarse por las nuevas exigencias que se presentan a los adultos —habitualmente de orden laboral— así como por las nuevas prioridades establecidas por éstos, relacionadas generalmente con el bienestar y el ocio. Estas exigencias y/o prioridades construyen nuevas *necesidades* de ocupación del tiempo de los niños (actividades extraescolares, ocio mediado) con la consiguiente disminución del tiempo destinado a la relación intergeneracional, que en el extremo da lugar al denominado *síndrome del niño llave*. También la debilita la tendencia a sustituir la estructura piramidal característica de la familia patriarcal del industrialismo por una estructura reticular falseada en la que no se advierten claramente los flujos de poder, poniendo en crisis el modelo de autoridad de los padres. Los déficits de tiempo empleado en la relación paterno-filial, el elevado valor relativo conferido a los niños en las sociedades desarrolla-

⁹ En una entrevista celebrada el 3 de febrero de 1999, citado por (Bauman, 2003).

das debido a su escasez y el desinterés por asumir los roles de autoridad por parte de unos padres que han crecido en un mundo presidido por la ética del juego, propician conductas dirigidas a evitar el conflicto y a transferir la responsabilidad educativa. De ahí que proliferen comportamientos presididos por la idea de que comprar cuesta mucho menos que contradecir y de que se incremente la participación de los niños en actividades *educativas* suplementarias a la escuela.

La institución escolar, sin embargo, sólo puede actuar como depositaria virtual de ese legado educativo que las familias le traspasan y del que suelen pedirle cuentas, situándose más en la actitud del cliente que en la del responsable principal. Conviene tener en cuenta que en las modernas sociedades informacionales, los *mass media* ocupan el lugar central en la transmisión de valores. Resulta difícilísimo para una institución esencialmente artesana como la escuela, fundamentada en la ética del trabajo, competir con un sistema comunicativo vehiculado por las tecnologías más punteras, organizado para el logro de la máxima espectacularidad y presidido por la ética del juego.

Los referentes nacionales y de clase están sufriendo también una crisis evidente. Son acosados por un multiculturalismo y un interclasismo que son a la vez una fuente de perplejidad. Nada parece claro en un mundo en el que los múltiples referentes culturales y sociales se yuxtaponen sin orden ni concierto. De ahí que se generen una suerte de nacionalismo reactivo y nostálgico, y una clara desideologización política. El primero es sobre todo la expresión de un miedo a desaparecer, engullido por una atmósfera global incomprensible. La segunda es el producto de la disolución de los viejos modelos políticos que conformaron las sociedades industriales contemporáneas en una papilla informativa de apariencia caótica más atenta a los destellos espectaculares que a las estructuras interiores que los soportan, en un tiempo al que (Bauman, 2003: 129) denomina *modernidad líquida*, «una época de descompromiso, efusividad, huida fácil y persecución sin esperanzas». En una sociedad de este tipo los referentes nacionales y de clase tienden a ser sustituidos por modelos sociales emergentes, como los referidos a la perspectiva de género, el laicismo, el ecologismo, el mestizaje, etc.

En una situación como la descrita, los adultos maduros, y sobre todo los mayores, muestran una vulnerabilidad extrema. La evolución social ha sido tan vertiginosa que la inmensa mayoría de las personas de edad avanzada tiene dificultades para adaptarse a estos cambios que, como muy a menudo se dice en relación a la tecnología, han acabado en convertirlos en inmigrantes en un mundo cuyo *ethos* fundamental se les escapa. Estas dificultades pueden tener que ver en buena

parte de los casos con la progresiva falta de flexibilidad que va experimentando la personalidad humana a medida que envejece, sobre todo la de las personas más alejadas de la cultura y la curiosidad intelectual. Pero también, incluso en éstas personalidades cultas y curiosas, la inadaptación a los cambios tiene que ver con una confrontación entre dos *ethos*. Esta confrontación afecta también a la escuela en su conjunto, una institución característica del industrialismo que, curiosamente, experimenta desde hace unas décadas una crisis que se ha convertido en crónica. Muchas de sus insuficiencias —fracaso escolar, descenso de la autoridad de los profesores, decreciente importancia social— pueden explicarse, antes que por razones técnicas, por una serie de argumentos de carácter ético derivados de éste: el *ethos* la escuela, el modo en el que se enfrenta la vida en ella, no se corresponde con el modo en el que se afronta la existencia fuera de sus muros.

4.3. Ética de la educación de personas adultas

Como su nombre indica, la educación de personas adultas y mayores debe ser educación, no una mera práctica de entretenimiento. Eso quiere decir que debe aspirar a la transformación y al perfeccionamiento integral de la persona, evitando actitudes paternalistas y de incredulidad en la misión a desarrollar por parte de sus educadores. Estas actitudes se producen más a menudo de lo que parece entre los profesionales de la educación de adultos, con evidentes consecuencias negativas. Es importante evitar el denominado *efecto Pigmalión*, que predica que las expectativas de los profesores sobre sus alumnos tienden a cumplirse.

El *efecto Pigmalión* encuentra un caldo de cultivo propicio en las concepciones y prácticas dominantes de la educación de las personas adultas, que se fundamentan en la perspectiva del déficit. Estas concepciones y prácticas ayudan poco a la idea de la universalización de la educación de calidad para este tipo de personas. La perspectiva del déficit concibe al adulto que aprende —habitualmente una persona con bajos niveles de instrucción— como alguien que se encuentra en un estado deficitario frente a su maestro, que encarna el conocimiento. La función de la educación en este caso es la de cubrir las deficiencias detectadas hasta el límite asignado por el currículo oficial a la educación básica. No se espera por tanto que la persona que aprende pueda situarse en el mismo nivel que su profesor en cuanto al ejercicio de un juicio moral autónomo. Se piensa por tanto en una relación desigual, en la que quién ostenta el rol docente debe *transmitir* su conocimiento al discente, en la que uno sabe y otro ignora, en

la que uno enseña y otro aprende. Un planteamiento de este tipo, que niega la posibilidad de que la enseñanza y el aprendizaje puedan desarrollarse en sentido contrario al tradicional, convirtiendo también en aprendientes a los profesores y en educadores a los participantes adultos, está reduciendo la nobilísima empresa de la educación a un puro procedimiento mecanicista y eliminando su enorme potencial humanizador, pues como afirma (Savater, 1997: 31) «el hecho de enseñar a nuestros semejantes y de aprender de nuestros semejantes es más importante para el establecimiento de nuestra humanidad que cualquiera de los conocimientos concretos que así se perpetúan o transmiten».

Quizás por ello, el primer principio ético para el educador de adultos debe ser tomarse en serio a sus alumnos. Esta afirmación podría parecer baladí, pues parece una obviedad admitir que cualquier profesional de la enseñanza se toma en serio su trabajo. La cuestión sin embargo no es tan sencilla. No es lo mismo tomar en serio la enseñanza de adultos que tomar en serio al adulto que aprende, como no es lo mismo tomar en serio a la pobreza que tomar en serio al pobre con el que nos encontramos. Puede decirse que lo primero es la condición necesaria pero no suficiente para educar al adulto que aprende con nosotros. Tomarlo en serio es sentirlo como a un igual en términos de dignidad personal, es decir, aplicarle el mismo rasero ético que nos aplicamos a nosotros mismos, lo cual supone tomar en cuenta sus intereses reales sin suponerlos de antemano, para lo que es imprescindible escucharle.

El *ethos* del educador de adultos debe ser entonces radicalmente dialógico. Esto implica el deseo profundo de conocer las necesidades y los intereses de las personas con las que trabaja, y la apertura a un diálogo con esas personas y a un diálogo consigo mismo con los que desterrar los prejuicios y apriorismos. Supone además un profundo interés por atender del mejor modo posible dichas necesidades e intereses, lo que implica una profundización en el estudio y en la investigación. Contrariamente a lo que pueda parecer a primera vista, no existen respuestas educativas imperecederas, en tanto que el conocimiento es siempre provisional. El espíritu científico que muchos educadores predicar debiera corresponderse con el que ellos mismos practican. Sin embargo muchas prácticas docentes están presididas por la rutina y el apriorismo de considerar idénticas las situaciones docentes, idénticos los alumnos con los que se trabaja e idéntico el conocimiento al que se accede.

El diálogo educativo que se plantea no debe reducirse a una cuestión metodológica. No se trata tanto de plantear debates, cuanto de propiciar la toma de

decisiones autónomas por parte de las personas que aprenden, de una manera racional. Esto supone propiciar la adopción del mejor argumento tras un diálogo profundo en el que se hayan confrontado diferentes posturas en condiciones de igualdad. La esencia de la acción educativa es ayudar a construir un pensamiento riguroso, es decir, ayudar a crear argumentos universales, que no tienen por qué ser beneficiosos para quién los formula. Aunque es esta una cuestión que tiende a olvidarse muy a menudo, debido a la presión del sectarismo, «porque nuestras sociedades parecen haber olvidado la *argumentación* en aras de la *negociación*, los acuerdos en torno a intereses universales en aras de los pactos de intereses sectoriales» (Cortina, 1997: 222). La educación que se libera de apriorismos y concepciones sectarias es entonces una actividad profundamente ética, que dignifica profundamente a todos los participantes en el proceso educativo y los convierte en sujetos de su propio proceso de humanización.

El aprendizaje dialógico y comunitario se ve dificultado en primer lugar por la tendencia social al ejercicio de roles especializados, vinculados a un conocimiento particular, el del especialista que lo sabe casi todo sobre casi nada. Esta especialización ha llegado también al ámbito educativo incidiendo en una escasa valoración de los aprendizajes básicos. Cuestiones imprescindibles para el crecimiento humano como aprender a escuchar, a pensar, a compadecer, a compartir o a situarse en un grupo o ante una situación, encuentran un difícil acomodo en la relación educativa en tanto que no responden —por su transversalidad— a ninguno de los ámbitos en los que la escuela ha clasificado el aprendizaje. Estas cuestiones deben estar presentes en la educación de personas adultas:

«(...) porque lo propio del hombre no es tanto el mero aprender como el aprender de otros hombres, ser enseñado por ellos. Nuestro maestro no es el mundo, las cosas, los sucesos naturales, ni siquiera ese conjunto de técnicas y rituales que llamamos *cultura* sino la vinculación intersubjetiva con otras conciencias» (Savater, 1997: 30).

Una perspectiva de aprendizaje dialógico y comunitario como la que venimos describiendo debe insertarse en el paradigma del aprendizaje permanente. Esto significa que los aprendizajes y argumentos de las personas adultas deben ser valorados por sus educadores en función de su valor intrínseco, en lugar de estimarlos más o menos en función del canal —más o menos formal— o del procedimiento con los que fueron contruidos. Profundizar en esta actitud supone un ejercicio de humildad de hondo significado educativo y humano que retroalimenta el diálogo profundo entre las personas que aprenden. Lo es porque implica aceptar radicalmente que los canales formales del aprendizaje, que prefere-

mente ha utilizado el profesor, no son superiores *per se* sobre los otros, implica admitir que la superioridad de un conocimiento deriva del conocimiento mismo y no del modo en que fue construido. Si algo ha dejado claro la idea del aprendizaje a lo largo y a lo ancho de la vida es que la construcción del conocimiento ya no puede sujetarse ni a un tiempo, ni a un espacio, ni a un canal específicos, pero admitirlo radicalmente en el ejercicio de la relación educativa con adultos debe formar parte del *ethos* del educador.

El aprendizaje dialógico y comunitario se contradice con el modelo del gurú, aunque paradójicamente hayamos convertido en gurú al pedagogo que primero apostó por este modelo en el ámbito de la educación de adultos. El propio (Freire, 1976: 107) nos advierte del peligro de situarnos en un plano superior:

«El diálogo, como encuentro de los hombres para la tarea común de saber y actuar se rompe si sus polos (o uno de ellos) pierde la humildad.

¿Cómo puedo dialogar, si alieno la ignorancia, esto es, si la veo siempre en el otro, nunca en mí?

¿Cómo puedo dialogar, si me admito como un hombre diferente, virtuoso por herencia, frente a los otros, meros objetos en quienes no reconozco otros yo?

¿Cómo puedo dialogar, si me siento participante de un ghetto de hombres puros, dueños de la verdad y del saber, para quienes todos los que están fuera son esa gente o son nativos interiores?»

Una cuestión central a considerar es lo fácil que es deslizarse por la pendiente de la desigualdad entre el docente y el discente, que conduce inexorablemente al paternalismo; lo endemoniadamente difícil que resulta evitar la complacencia que otorga el rol de maestro, sobre todo cuando se ejerce con personas cuyo *ethos* se forjó con anterioridad al advenimiento de la sociedad informacional. Por eso es importante comenzar la actitud dialógica con uno mismo, con ese *yo* al que resulta más difícil de engañar, tratando de distinguir con claridad los disfraces con los que a veces podemos vestir al paternalismo: el conocimiento, la profesionalidad, la experiencia... No se trata con esto de minusvalorar estas y otras cualidades del profesor en aras de una pretendida horizontalidad en la que todo valga igual, sino de evitar utilizarlas como peldaños que le aúpen a una situación de pretenciosidad hueca en la que sólo se escuche a sí mismo. La condición necesaria de la educación es la escucha. Pero si aquella se pretende dialógica, la escucha ha de practicarse en todas direcciones. Se trata de trascender las situacio-

nes habituales en las que «la mayoría de la gente oye a los demás, y aún da consejos, sin escuchar realmente. No toman en serio las palabras de la otra persona, y tampoco les importan demasiado sus propias respuestas» (Fromm, 1994: 111).

La conexión reticular entre las personas que aprenden de un modo dialógico no debe sin embargo anular la relación de autoridad. Entendida la autoridad en su significado etimológico de *hacer crecer*, parece claro que se trata de una condición que no se debe negar al docente. La autoridad, siempre que se ejerza en este sentido, no contradice el diálogo simétrico entre personas radicalmente iguales, sino que lo refuerza. Gran parte del carisma que reconocemos en determinadas personas con/de las que hemos aprendido se fundamenta en el hecho de que han sido capaces de hacernos crecer tanto en el plano intelectual como en el humano, haciéndonos partícipes de un sentimiento de pertenencia a la comunidad humana que se esfuerza en mejorar. La autoridad está ligada al rol docente, pero en la educación de personas adultas no debiera agotarse en él. Si no partiéramos de la base de que en ocasiones la autoridad puede migrar a otras personas en función de su conocimiento y experiencia en determinados asuntos, caeríamos de nuevo en ese precipicio del horizontalismo hueco que tanto falsea la relación educativa con los adultos.

La autoridad del educador de adultos obliga a éste a analizar en profundidad las propias certezas. Sólo desde un diálogo interior radicalmente descarnado, en el que se llegue a la urdimbre que configura la propia comprensión de la realidad, distinguiendo sus elementos sustanciales de los accesorios y los intereses de las miradas limpias, podrá ofrecerse una relación educativa fundamentada en la honradez, en la que no haya sitio para el adoctrinamiento y la propaganda. También le obliga a estimular la curiosidad, que es probablemente una de las actitudes más atrofiadas en las sociedades informacionales. La omnipresencia informativa que las caracteriza configura un modelo de educación informal que en su vertiente instructiva establece un sistema de vulgarización aleatoria. Dicho sistema comprende el conjunto informe de estímulos informativos que se presentan ante las personas proporcionándolas una falsa impresión de conocimiento, una vaga intuición de *esto a mi me suena, esto ya lo he oído, esto ya lo conozco*. La exposición persistente desde la más tierna infancia a todo tipo de estímulos, habitualmente muy bien elaborados desde un punto de vista técnico, pero que se presentan de un modo azaroso, va erosionando primero nuestra capacidad de asombro y luego nuestra curiosidad. Por eso es necesario abrir nuevos caminos a la indagación, fundamentados en el conocimiento y en la conciencia de ignorancia que sólo este proporciona.

5. EL PERFIL DE LOS PROFESIONALES Y COMPORTAMIENTOS ÉTICOS

El tema describe en primer lugar los diferentes ámbitos de actuación del profesorado de educación de personas adultas. Dichos ámbitos son el de la educación general, el de la formación profesional y el del desarrollo personal. Estos ámbitos requieren de perfiles profesionales muy distintos cuyas características se analizan en segundo lugar. En ese análisis se tienen en cuenta el origen profesional, los roles profesionales que desempeñan, las habilidades profesionales requeridas y las necesidades de formación en función de las variables descritas previamente. En tercer lugar se aborda la deontología profesional de los educadores de adultos, partiendo de los dos códigos deontológicos aplicables, el de la profesión docente y el de los educadores sociales.

5.1. Ámbitos de actuación del profesorado de educación de personas adultas

La aparición en el ámbito de la pedagogía del concepto ya clásico de *educación permanente*, bien bajo esta formulación o bajo la más moderna de *educación a lo largo de la vida*, ha supuesto una ampliación inusitada del campo profesional de los educadores y formadores de personas adultas en el transcurso de los treinta últimos años. Frente al tradicional confinamiento de la educación de adultos en tareas exclusivamente alfabetizadoras o de educación básica, que obedecía a una clara vocación compensatoria, la evolución del campo profesional durante el período citado ha supuesto la apertura de nuevos espacios relacionados con la formación para el empleo y la formación para el desarrollo personal.

A medida que aumenta el grado de complejidad de las sociedades modernas, aumentan también las capacidades requeridas para que los adultos se desenvuelvan en ellas con la adecuada autonomía. Los tipos de saberes necesarios para desenvolverse en este tipo de sociedades complejas han sido definidos así:

«En el mundo moderno, el conocimiento en sentido profundo puede definirse como una acumulación de saberes fundamentales, de saberes técnicos y de aptitudes sociales. Una combinación equilibrada de estos saberes, adquiridos en el sistema de enseñanza formal, en la familia, en la empresa, por medio de diversas redes de información, dota del conocimiento general y transferible más propicio para el empleo¹⁰» (Comisión Europea, 1996, p. 15).

¹⁰ Original en francés.

Teniendo en cuenta las necesidades educativas y formativas de las personas adultas en la actualidad pueden establecerse tres grandes ámbitos de actuación del profesorado de educación de personas adultas: la educación general, la formación profesional y la formación para el desarrollo personal.

La educación general constituye el ámbito más tradicional de la educación de adultos. Sobre todo la parte de la misma referida a la alfabetización y a la educación básica. Sin embargo la educación general dirigida a las personas adultas no debiera limitarse a los aspectos básicos, sino abarcar todos los niveles del sistema educativo no universitario.

La formación para el desarrollo personal puede ser incluida dentro del ámbito de la educación no formal y engloba aspectos y actuaciones muy diferenciados, tales como la animación sociocultural, la educación social, la extensión cultural, el desarrollo comunitario, etc. Este tipo de iniciativas se relaciona con dos grandes tipos de necesidades individuales y sociales, las vinculadas al fomento del desarrollo y las derivadas del mismo. Ante las primeras suele actuar como herramienta dinamizadora para la remoción de las dificultades personales y colectivas, ante las segundas como un elemento indispensable para «desarrollar métodos y contextos eficaces para el aprendizaje continuo a lo largo y ancho de la vida» (Comisión de las Comunidades Europeas, 2000: 4).

5.2. Perfil de los profesionales en función de los ámbitos profesionales de actuación

Los tres grandes ámbitos de actuación señalados originan una enorme variedad de perfiles profesionales. Estos perfiles suelen tener orígenes profesionales, niveles formativos, roles, habilidades profesionales y necesidades formativas bastante diferentes. No obstante es posible establecer una tipología general para cada uno de los tres ámbitos en los que actúa el profesorado de educación de personas adultas.

5.2.1. Características del profesorado de educación general de personas adultas

Con el fin de concretar más algunos aspectos del profesor de personas adultas se aportan algunos rasgos. La inmensa mayoría del profesorado de educación general procede de la universidad con una formación específica.

Los roles profesionales que suelen desempeñar son los de profesores dedicados específicamente a la educación de personas adultas ya sea en centros destinados específicamente a esta tarea, ya sea en centros ordinarios. Dadas las características compensatorias de este tipo de enseñanzas, la mayor parte de este profesorado depende de las administraciones públicas.

La parte minoritaria la constituyen los voluntarios, cuya principal dedicación es la alfabetización y la educación básica. El hecho de que realicen sus funciones de forma altruista y precaria, contando habitualmente con una escasa financiación que suele depender de las subvenciones públicas, contribuye a restar continuidad y solidez a su tarea.

En cuanto a las habilidades profesionales tipo, cabe establecer una distinción entre aquellos profesionales que cuentan con una formación inicial de naturaleza pedagógica y didáctica, como los maestros, educadores sociales o pedagogos, y los que cuentan con una formación inicial centrada en una disciplina académica, en la que resalta sobre todo la dimensión científica, como los licenciados universitarios en disciplinas no pertenecientes al ámbito de las ciencias de la educación. El punto de partida de ambos es muy diferente, al igual que sus necesidades formativas. Hay que tener en cuenta que, si bien las necesidades formativas de ambos grupos se orientan hacia la formación específica en educación de personas adultas, ausente salvo excepciones en su etapa de formación inicial, el punto de partida para llevar a cabo este tipo de aprendizajes es bastante diferente.

5.2.2. Características de los profesionales dedicados a actividades de desarrollo personal

Resulta difícil resumir, como hemos hecho anteriormente con las otras dos categorías, las características del profesorado dedicado a las actividades de desarrollo personal en el contexto de la educación no formal. La dificultad radica en la enorme diversidad de profesionales que pueden encontrarse realizando este tipo de tareas y en la indefinición de muchos perfiles dedicados a actividades muy diversas entre sí, sobre cuya naturaleza no hay acuerdo entre los distintos autores. De entre las múltiples tipologías (Quintana, 1994) distingue tres grandes perfiles de agentes que actúan en el ámbito de la educación no formal: los animadores socioculturales, los educadores sociales y los animadores socioeconómicos.

Como indica (Quintana, 1994: 1433) «Conviene no confundir los conceptos: un educador no es un animador (...) La diferencia está tanto en el objeto como en el método de su acción: el educador educa, mientras que el animador no hace más que dinamizar, empujar, mover». Sin embargo es difícil diferenciar en la práctica la pertenencia o no al campo educativo de muchas prácticas tendentes a potenciar el desarrollo personal de los adultos.

Si diversas son las tipologías, más diversos aún son los orígenes profesionales. Al principio la figura del animador sociocultural y socioeconómico surgió como un impulso vocacional. Bastaba una simple autoformación y muchas ganas para lanzarse a la dinamización de grupos. La evolución de la formación de este tipo de agentes en algunos países como España ha consistido en la creación de algunas escuelas de formación de animadores promovidas por instituciones muy diversas —ministerios, comunidades autónomas, diputaciones, etc.—, que no suelen tener reconocimiento desde el punto de vista académico. También se han incorporado formaciones de postgrado como el Curso de Experto Universitario en Animación Sociocultural impartido por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. En el ámbito de las enseñanzas formales, la animación sociocultural forma parte del plan de estudios de las titulaciones en educación social. A este tránsito entre la autoformación y la heteroformación le ha acompañado un intenso debate sobre la conveniencia o inconveniencia de profesionalizar una actividad surgida de lo más profundo del compromiso personal. El resultado del mismo ha corrido parejo al de la formación: existen animadores profesionales y voluntarios en muy diversos ámbitos, pero el proceso de consolidación de un estatuto general de la profesión, jalonado por la aparición de colegios profesionales en las comunidades autónomas que desemboca en la creación del Consejo General de Colegios Oficiales de Educadoras y Educadores Sociales en 2006, transita aún por una fase incipiente.

El origen profesional de los educadores sociales es mucho más claro. En España existe desde 1991 una diplomatura universitaria específica, que está dando a paso a títulos de Grado de idénticas características, en el proceso de adecuación al Espacio Europeo de Educación Superior.

Los roles profesionales que desempeñan son tan diversos como sus orígenes. De hecho suelen actuar en muy diversos medios por iniciativa de diferentes tipos de administraciones y entidades, singularmente organizaciones no gubernamentales. Quintana (1994) señala las siguientes tipologías referidas a las personas adultas:

Tabla 3. Roles profesionales de los animadores y educadores sociales.

ANIMADORES	EDUCADORES SOCIALES
Animación de la juventud	Atención a la juventud (turismo juvenil, albergues)
Animación de grupos marginados	Prevención de la delincuencia juvenil
Animación comunitaria	Atención al problema de drogodependencia
Animación sociocultural	Atención a problemas de la sociedad industrial (paro, etc.)
Animación rural	Atención a la tercera edad
Animación cultural	Educación de adultos y animación sociocultural
Animación del tiempo libre	Actuaciones de educador especializado (educador de calle...)
Animación de la tercera edad	Educación en las cárceles
Animación religiosa	Educación hospitalaria
Animación deportiva y turística	Educación cívica, acción cívica, educación para la paz
Animación económica y comercial	

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las habilidades profesionales de los animadores, Monera (1986: 258) señala como necesarias «tres categorías de aptitudes: 1) Tener sentido de los contactos humanos (...) 2) (...) ser capaz de mandar sin dirigir (...) 3) Una gran resistencia física y nerviosa». Como puede observarse este tipo de habilidades se refieren básicamente a aspectos muy profundos de la personalidad, que resultan primordiales para un buen desarrollo de esta actividad, dado que como indica (Ander-Egg, 1983: 111):

«No se trata tanto de qué se hace (la acción en sí o actividad que se realiza), sino de cómo se hace. Hemos de decir, además, que la animación-sociocultural no es un fin en sí mismo, sino un medio; no es un oficio (metier) propio de una profesión, sino una cualificación necesaria a muchas profesiones y para muchas actividades».

Sin embargo algunas habilidades técnicas imprescindibles para el ejercicio, tanto de la animación como de la educación social, serían el dominio de técnicas de dinamización grupal, el conocimiento de las líneas fundamentales de funcionamiento del ámbito concreto en que desarrollen su labor, de las tipologías específicas de las personas presentes en él y de las técnicas de planificación y gestión en contextos no formales e informales de aprendizaje.

Las principales necesidades formativas se relacionan con la psicología, la sociología, la dinámica de grupos, las técnicas de comunicación, las técnicas de gestión, así como el conocimiento de determinados aspectos legales y económicos relacionados con el ámbito concreto en el que se desenvuelvan.

5.3. Deontología de los educadores de adultos

La condición de educador de personas adultas conlleva una serie de deberes cuyo cumplimiento configura el ejercicio adecuado de la profesión. La articulación formal de los mismos en forma de código deontológico corresponde a los colegios profesionales. Estas corporaciones de derecho público, integradas por las personas que ejercen una determinada profesión, tienen entre sus objetivos el establecimiento de pautas éticas para el ejercicio profesional. Una variedad de perfiles profesionales tan enorme como la descrita en los apartados anteriores obliga a utilizar como referentes dos códigos deontológicos, el de la profesión docente¹¹ y el del educador social¹².

Los códigos deontológicos mencionados señalan cinco ámbitos respecto de los cuales los educadores de personas adultas tienen que establecer una relación de compromiso para que su práctica profesional sea considerada ética. Estos cinco ámbitos son:

- Los sujetos de la acción socioeducativa.
- El equipo con el que se trabaja.
- La institución en la que se trabaja.
- La profesión.
- La sociedad en general.

5.3.1. *Compromisos y deberes en relación con los sujetos de la acción socioeducativa*

El ámbito en el que se expresa más directamente la ética profesional de los educadores de adultos es el formado por los sujetos de la acción socioeducativa. Ésta debe partir siempre de la voluntariedad de la persona que participa en ella, pues de otro modo se la estaría cosificando, se estaría vulnerando su condición

¹¹ Código deontológico de la profesión docente. Aprobado por el Pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias, en su sesión 6 de noviembre de 2010. Vid. <http://www.consejogeneralcdl.es/codigo-deontologico-de-la-profesion-docente/>

¹² Código Deontológico del Educador/a Social. Aprobado por la Asociación Estatal de Educación Social (ASEDES), entidad que agrupa a los Colegios Profesionales de Educadores Sociales, a las Asociaciones Profesionales de Educadores Sociales y a las Asociaciones de Estudiantes y Diplomados en Educación social, en su Asamblea General celebrada en Toledo el 28 de febrero de 2004. Vid. <http://www.eduso.net/red/codigo.htm>

de sujeto de una acción como la educativa en la que necesariamente debe serlo. El primer deber del educador es pues tratar como adultas a las personas con las que trabaja, evitando paternalismos fundamentados en los distintos roles de la relación educativa. La condición humana y adulta de estas personas las confiere una dignidad que de ningún modo debe menoscabar quien pretende contribuir a su educación. Cualquier conducta de éste que contribuya a discriminar a los participantes en la acción educativa atenta contra esta dignidad, que debe ser inviolable.

Pero además de estas cuestiones centrales en la relación educativa con adultos, los códigos deontológicos señalan otras que resultan imprescindibles para que dicha relación discurra por los cauces adecuados. Una de las más importantes es el respeto a la intimidad de las personas, lo que incluye «una rigurosa profesionalidad en el tratamiento de la información»¹³. También debe resaltarse la necesidad de distinguir claramente en la relación educativa los planos profesional y personal, para impedir que se establezca «una dependencia afectiva e íntima en beneficio propio»¹⁴.

5.3.2. Compromisos y deberes en relación con el equipo con el que se trabaja

Un ámbito imprescindible para planificar e implementar la intervención socioeducativa con personas adultas es el configurado por el equipo de trabajo. La idea de plantear la relación con los compañeros de trabajo en términos de equipo¹⁵ sugiere ya un primer compromiso deontológico, el de tratar de funcionar como tal. Para ello es necesaria una actitud de respeto hacia el equipo y hacia todos y cada uno de sus miembros. A esta actitud de respeto debe añadirse la de cooperación leal, lo que implica aportar el conocimiento y la información disponibles, y evitar las interferencias de las funciones, tareas y relaciones de los otros miembros con los participantes en la acción educativa. Se trata en suma de contribuir lealmente a la coherencia interna del proyecto en el que se participa, respetando y asumiendo las decisiones colectivas debidamente contrastadas y acordadas, incluso si no se comparten.

¹³ Código Deontológico del Educador/a Social. Artículo 7.

¹⁴ *Ibíd.* Artículo 14.

¹⁵ *Ibíd.* Capítulo V.

5.3.3. Compromiso y deberes en relación con la institución en la que se trabaja

El compromiso de contribuir al funcionamiento adecuado de la institución en la que el educador de adultos desarrolla su tarea supone «mostrar el máximo respeto al proyecto educativo del centro sin perjuicio del ejercicio de la libertad de cátedra»¹⁶. Esto supone mantener una actitud de consecuencia con las normas de la institución. A dicha actitud debe añadirse el compromiso con el fomento de la convivencia, lo que supone respetar y hacer respetar las normas de funcionamiento de la institución, los sistemas de trabajo establecidos y las instalaciones. Todos estos compromisos deben estar dirigidos a coadyuvar a la creación de un clima de trabajo coherente que propicie la mejora de los proyectos educativos que se aborden.

5.3.4. Compromisos y deberes en relación con la profesión

Algunos códigos deontológicos priorizan este ámbito. No en vano han sido contruidos en el seno de instituciones de índole gremial como son los colegios profesionales. La importancia relativa que le otorgan es, sin embargo, inversamente proporcional a la consolidación de la profesión. En aquellas que se hallan en proceso de consolidación, como la de educador social, los deberes relativos a la consolidación de un ejercicio profesional riguroso son claramente resaltados. Se trata de conseguir que cada uno de los profesionales desarrolle su práctica profesional de forma que represente «correctamente a la profesión a la que pertenece de manera que no la perjudique con su modo de actuar»¹⁷. En esta defensa colectiva de la profesión se incluyen deberes de formación y actualización permanentes e incluso requisitos de titulación y/o habilitación para el ejercicio de la profesión. El carácter corporativo de todos estos deberes ayuda en primera instancia a los propios profesionales, pero también lo hace subsidiariamente con los usuarios de sus servicios, en tanto que incita a aquellos a prácticas acordes con los principios éticos de la profesión.

5.3.5. Compromisos y deberes en relación con la sociedad en general

Los compromisos y deberes incluidos en este ámbito suelen tener un carácter mucho más genérico que los de los anteriores. La mayoría de ellos son apelacio-

¹⁶ Código deontológico de la profesión docente. Artículo 3.1.

¹⁷ Código Deontológico del Educador/a Social. Artículo 4.

nes al mantenimiento de los grandes principios de la convivencia «tales como libertad, justicia, igualdad, pluralismo, tolerancia, comprensión, cooperación, respeto y sentido crítico»¹⁸. Suelen ser por tanto mucho menos operativos en el ejercicio cotidiano de la profesión, aun cuando su presencia en los códigos deontológicos encuentra su sentido en la intención de construir unas prácticas profesionales sustentadas por actitudes personales de un alto contenido ético. Sirven además para contextualizar el ejercicio profesional en el seno de una sociedad éticamente avanzada en la que debe encontrar su sentido.

6. SÍNTESIS

Jubilación y vejez son dos procesos diferentes. La jubilación no constituye un proceso uniforme, sino que la persona puede transitar por diversas etapas que debieran conducir a una situación de equilibrio. Los programas de preparación para la jubilación deberían proporcionar las destrezas necesarias para conseguirlo. Deben preferirse programas de jubilación progresivos y espaciados en el tiempo a cursos intensivos y puntuales.

Las nuevas aportaciones de la neurociencia y el paradigma del aprendizaje permanente fundamentan el perfeccionamiento y desarrollo de estrategias de estimulación cognitiva. Se han presentado las estrategias en función de los déficits cognitivos que pretenden combatir relativos a la orientación, la memoria, el lenguaje, las praxias, las gnosias y el cálculo.

El recorrido por las diversas terapias alternativas descritas permite advertir la potencial amplitud y diversidad de la intervención social con personas adultas y mayores, desde el punto de vista de los recursos terapéuticos disponibles. El tratamiento dado a cada una de ellas ha pretendido sobre todo surtir de argumentos sobre la posible aplicabilidad de cada terapia, antes que ejemplificarlas en algunas técnicas concretas.

Cualquier perspectiva ética actual de la intervención educativa con personas adultas y mayores, debe tener en cuenta el vertiginoso proceso de transformación social iniciado en el último tercio del siglo XX. El proceso de sustitución de las sociedades industriales por sociedades informacionales ha supuesto innumerales cambios en casi todas las facetas de la existencia humana, cuyos paráme-

¹⁸ Código deontológico de la profesión docente. Artículo 6.2.

tros resultan cada vez más incomprensibles para las personas que transitan por los últimos tramos vitales. La posición de las personas situadas en los últimos compases de la adultez es particularmente vulnerable en una realidad que les ha cambiado las reglas del juego mientras juegan el partido. El fondo de esta vulnerabilidad experimentada por muchos, se manifiesta en una creciente incomprensión de la realidad, radica en el enfrentamiento entre el *ethos* del esfuerzo en el que fueron educados y el *ethos* del juego que preside los comportamientos humanos del presente. Una ética de la educación de personas adultas digna de tal nombre, más que abordar la sustitución de la vieja por la nueva, debiera apostar por hacer efectivo el derecho a una educación de calidad, tomando en serio al adulto que aprende y educándose con él en la comprensión de los nuevos interrogantes que presenta la realidad emergente.

El carácter caleidoscópico de la educación de personas adultas dificulta a menudo la comprensión cabal de todos sus confines. Por eso resulta tan difícil acotar los perfiles de sus profesionales. Cuestión distinta es la reflexión sobre los comportamientos éticos de estos profesionales, los cuales tienen como referentes los códigos deontológicos de la profesión docente y de los educadores sociales. La deontología profesional que recogen estos códigos constituye un engranaje dinámico que articula los distintos tipos de acciones socioeducativas con las personas adultas y les confiere unidad. Las actuaciones éticas de los profesionales de la educación de adultos, articuladas en forma de compromisos y deberes, deben desarrollarse en relación a cinco grandes ámbitos: los sujetos de la acción socioeducativa, el equipo con el que se trabaja, la institución en la que se desarrolla la labor, la profesión y la sociedad en general.

Capítulo 3

Calidad de vida
en personas mayores

Gloria Pérez Serrano

1. Sociedad del bienestar y calidad de vida.
2. Envejecimiento de la población.
3. Aspectos psicológicos de las personas mayores.
4. Formas de vida en las personas mayores.
5. Estereotipos y vejez.
6. Síntesis.

Al observar lo que ocurre en el exterior, y también por nuestra propia experiencia, sabemos que el ser humano tiende naturalmente a la felicidad. No se necesitan muchas demostraciones para probar que todos los humanos la buscamos incansablemente, aunque en ocasiones podemos equivocarnos en la apreciación de lo que nos apetece al considerarlo como bueno.

La felicidad es un concepto subjetivo que cada uno valoramos de manera diferente, por lo que puede decirse que existen tantas formas de buscar la felicidad como sujetos existan.

El ser humano se propone alcanzar unos fines y objetivos orientados a satisfacer sus necesidades, no solo las básicas o de subsistencia, en las que el sujeto no se diferencia de los animales irracionales, sino que quiere satisfacer, sobre todo, aquellas de las que únicamente este ser humano siente necesidad: los bienes del espíritu, la inclinación hacia lo que se llama el bienestar como una realidad condicionada por el uso de las cosas materiales, no absolutamente imprescindibles para poder mantenerse en la existencia.

La aspiración a cubrir las necesidades básicas y, por encima de ellas, las originadas por la inclinación al bienestar, requiere el empleo de recursos que, por lo general, son escasos. La simple observación de lo que, a lo largo de la historia ha sucedido, pone de manifiesto que no todos, ni siempre, logran este bienestar que apetecen y al que, por su propia condición de personas humanas, tienen derecho. Y es aquí donde se fundamentan los argumentos para justificar la intervención del Estado en su papel de benefactor, dando lugar a lo que, con el paso del tiempo, ha venido a ser lo que hoy conocemos con el nombre de *estado del bienestar* (Termes, 1997).

Los orígenes del estado de bienestar pueden remontarse a finales del s. XIX, con el Canciller Bismarck¹⁹ quien adoptó determinadas disposiciones sociales de

¹⁹ Canciller Bismarck (1815-1898). Primer Ministro. Fundador del estado Alemán Moderno.

carácter paternalista. Sin embargo, pese al sesgo interesado y engañoso, nada habría que objetar a una política tendente a resolver las necesidades básicas de los estratos menos favorecidos de la sociedad.

Sin embargo, a partir del final de la Primera Guerra Mundial, lo que debía haber quedado como un sistema capaz de resolver las necesidades de algunos ciudadanos, carentes de recursos, se fue convirtiendo en un instrumento para universalizar la protección social, con carácter de servicio público, burocratizado.

Este modelo impuesto por los políticos, con el paso del tiempo ha ido extendiendo su ámbito de acción y engrosando la magnitud de sus prestaciones, sin que se sepa bien hasta dónde hay que llegar.

En nuestros días, puede decirse que son los votantes los que imponen las condiciones a los políticos sobre el estado de bienestar que desean. Los políticos —sean socialistas o conservadores— tienden todos a ofrecer programas de gasto en favor de sus «clientelas», aunque sean conscientes de que el modelo es insostenible.

Si los ciudadanos han aceptado, implícitamente, el planteamiento del estado de bienestar, ha sido bajo el engaño de hacerles creer que la protección que se les otorgaba era gratuita; siendo así que la pagamos todos —unos más y otros menos— hasta que resulte imposible pagarla, lo que ya está sucediendo.

Siguiendo al profesor Termes en su exposición, nos atrevemos a hacer nuestras algunas de sus palabras:

«Desgraciadamente, a pesar de la amarga experiencia del desempleo que se ha abatido sobre Europa —y en especial sobre nuestro país— a consecuencia, sin duda, del modelo socioeconómico que late tras el estado del bienestar, la realidad es que los políticos, presos ellos mismos del engaño en que han hecho incurrir a sus electores, no se atreven a mentar nada que pueda suponer un intento de cambio del sistema de protección social, a pesar de que estén convencidos de que hay aspectos del mismo con imperiosa necesidad de ser modificados. Y es que aun intentando no caer en un interés partidista, en el fomento del fraude y en la corrupción del sistema, la tentación de utilizar los beneficios de la Seguridad Social con fines electorales es muy grande»²⁰ (1997).

²⁰ Conferencia. Curso de Verano U. Complutense. El Escorial (Madrid) 11/15 agosto 1997. Separata «Cuadernos de Sociedad». 8.ª Conferencia.

Pero los hechos son tenaces y, si no se toman las medidas correctoras necesarias, la quiebra económica del estado de bienestar, sobre todo en lo que se refiere a las pensiones, la sanidad y la protección del desempleo, es inexorable. Es imposible cubrir el déficit que estas prestaciones generan y pretender pagarlo a través de más y más deuda. Deuda, que a su vez, a causa de los intereses, es generadora de mayor déficit.

El estado del bienestar, tal como se ha concebido y aplicado, ha sido y sigue siendo perjudicial. Y lo peor del estado de bienestar es el daño que ha hecho a la mentalidad de los hombres de nuestro siglo.

El Estado tiene obligación de preocuparse por todos los ciudadanos, pero especialmente por los que viven situaciones de mayor indigencia y vulnerabilidad, en razón de la función subsidiaria, que está llamado a desempeñar.

El profesor Termes (1997)²¹ afirma que el

«(...) error del estado de bienestar es generalizar esta protección, alcanzando a aquellos que, sin necesidad de perentoria, deberían haber sido puestos a prueba para que la iniciativa individual diera sus frutos. Por el contrario, generaciones enteras han sido adormecidas por el exceso de seguridad, y vivir con cargo al “presupuesto”, en detrimento de las unidades productivas de riqueza que el Estado tendría que incentivar».

Lord Beveridge²², considerado el padre del estado de bienestar moderno, ha dejado escrito:

«(...) el Estado, al establecer la protección social, no debe sofocar los estímulos, ni la iniciativa, ni la responsabilidad (de cada uno). El nivel mínimo garantizado debe dejar margen a la acción voluntaria de cada individuo para que pueda conseguir más para sí mismo y su familia».

Las personas actualmente, acostumbradas a una excesiva seguridad, se desinteresan progresivamente de su contribución al desarrollo de la sociedad, lo que conduce a instituciones cada vez más ineficaces y anquilosadas. En esta situación, lo único que subsiste es la ambición por el enriquecimiento rápido y sin esfuerzo, fomentando la corrupción.

²¹ (Ob. Cit. 1997. El subrayado es nuestro).

²² L. Beveridge. (1879-1963). 1942. Informe acerca de la Seguridad Social y sus prestaciones. Miembro de la Cámara de los Lores.

El estado del bienestar, desde el análisis que se viene realizando, produce efectos contrarios a los que dice perseguir. El seguro de desempleo amplio y duradero produce más paro; la ayuda a los marginados produce más marginación; los programas contra la pobreza producen más pobres, etc.

Estos y otros efectos serán muy difíciles de desarraigar en unas generaciones crecidas al amparo del presupuesto. No sin razón se ha podido decir que el ciudadano de nuestros días contempla la seguridad que el estado del bienestar le proporciona como algo consustancial a su propia forma de vida y a lo que difícilmente va a renunciar. Esto es lo no aconsejable.

1. SOCIEDAD DEL BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA

1.1. Sociedad del bienestar

Con el nacimiento de las sociedades democráticas comenzó un cambio en la orientación de las políticas sociales que dio lugar al concepto de *bienestar social*, estrechamente ligado a la calidad de vida de los ciudadanos. Este bienestar se debe buscar devolviendo el protagonismo al individuo y la sociedad, en tanto que el Estado debe desempeñar el papel de subsidiaridad que le es propio.

Como se ha indicado anteriormente, los orígenes del *estado de bienestar social* se remontan a finales del s. XIX. Este constructo sigue vigente, si bien, a finales del s. XX, década de los 90, emerge con fuerza el término *calidad*. Este vocablo, vinculado al mundo de la industria desde la década de los 60, traspasa sus fronteras y se aplica a otras dimensiones de la vida humana: educación salud, deporte... De este modo, aparecen expresiones diversas ligadas al término que nos ocupa: calidad de vida, calidad educativa, metodológica, alimentaria, física, cognitiva, etc.

El Estado debe servir a la sociedad definiendo el marco legal, dentro del cual los individuos, aisladamente o en asociación, puedan perseguir libre y responsablemente sus propios fines; administrando justicia entre los ciudadanos, que han de ser considerados iguales ante la ley, para dirimir los conflictos que en la persecución de estos fines puedan presentarse.

El Estado, a través de la educación y la cultura, con los incentivos adecuados, debe fomentar la responsabilidad de los sujetos para abrirse camino en la vida, desplegando la autonomía y autocontrol necesario, garantizando así su realización personal para afrontar con seguridad los desafíos del futuro.

Todo individuo, en orden a la satisfacción de sus necesidades socioeconómicas, intenta combinar gasto y ahorro. Debe ser consciente de que es preciso sacrificar el consumo *presente* en aras de un ahorro que le asegure el *futuro*. Esta convicción hace al individuo emprendedor y prudente al mismo tiempo. Es la deseable, la que se produce por iniciativa individual o social, cuando el intervencionismo estatal no se ejerce de manera general ni homogénea.

A título de ejemplo se puede mencionar el actual sistema de pensiones, público y de reparto, que debe ser revisado. La razón fundamental está en que es un sistema injusto porque la pensión del jubilado de ayer la pagan los trabajadores de hoy, trasladando así la carga hacia las generaciones futuras que no saben si, cuando llegue la hora de su jubilación, habrá alguien que pague sus pensiones. En este sentido, el Informe de las Naciones Unidas, MIPAA, 2002, dice que para el año 2050, por primera vez en la historia de la humanidad, la cantidad de personas de edad en el mundo superará a la cantidad de jóvenes. Esta realidad ya está presente en algunas sociedades desarrolladas.

Es también un sistema ineficiente porque tiende a la quiebra. Cuando había cuatro trabajadores por jubilado, el sistema funcionaba (sin dejar de ser injusto). A medida que la población envejece y el paro aumenta, va disminuyendo la base en que se apoya el sistema de pago. Cuando no haya ni un trabajador por jubilado, ¿cómo se van a pagar las pensiones?

La iniciativa individual o social puede crear un sistema de pensiones personalizado, en el que cada uno se construya la pensión que desee para el futuro con su propio ahorro. Cada cual puede fabricarse la pensión, o el seguro de enfermedad, de que quiera disponer. ¿Significa esto que el Estado no tiene nada que decir en este asunto? Desde luego que no. El Estado tiene que desempeñar la función reguladora y la función subsidiaria.

En cuanto a la función reguladora, el Estado debe velar porque cada uno se asegure una pensión mínima. ¿Cómo puede ser esto? Cada ciudadano debería detraer de su salario el 10% aproximadamente con el fin de garantizar la pensión futura. Esta cantidad debe estar libre de impuestos porque es un ahorro de carácter social para no ser gravoso en el futuro. Cada uno debe ahorrar para su pensión lo que quiera, pero el Estado debe regular un mínimo necesario.

Por la función subsidiaria, el Estado deberá acudir en ayuda del ciudadano indigente, que por causas diversas ha llegado a esta situación y le otorgará una pensión asistencial, no contributiva.

El concepto de *estado del bienestar* sigue siendo polémico, y es continua la discusión sobre la responsabilidad de los gobiernos acerca del grado de bienestar de sus ciudadanos.

Una sociedad civil acostumbrada a recibir todo del Estado es aquella que tiene adormecida la capacidad de iniciativa. La sociedad del bienestar puede estimular y desarrollar aquellas potencialidades que orienten a los individuos a producir los frutos deseables, ayudar a la revitalización de las estructuras espontáneas capaces de evolucionar y de alcanzar un nivel de bienestar necesario para el cultivo de los valores superiores que le son propios.

Cuando se ha pretendido evaluar los distintos modelos sociales europeos, la pregunta fundamental de los evaluadores ha sido aquella que hace referencia a los criterios en los que se apoya cada modelo. Los tres criterios más utilizados son los siguientes:

- La reducción de la pobreza.
- La protección contra los riesgos del mercado de trabajo.
- Las recompensas por la participación en el trabajo.

1.2. Calidad de vida

La calidad de vida de las personas viene determinada por una serie de factores de carácter físico, cultural, socioeconómico y político. De ahí que elaborar una definición operacional sobre *calidad de vida*, se haga difícil por su carácter complejo y poliédrico.

¿Es realmente *calidad de vida* igual a *bienestar humano*?

El *interés* por la calidad de vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo la aparición del *concepto* es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década del 60, del pasado siglo XX, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos.

En un primer momento la expresión *calidad de vida* apareció en los debates públicos en torno al *medio ambiente* y al deterioro de las condiciones de vida urbana.

Durante los años 50 y comienzos del 60, el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización

de la sociedad, hace surgir la necesidad de medir esta realidad a través de *datos objetivos* y, desde las CCSS²³, se inicia el desarrollo de los *indicadores* sociales y estadísticos que permiten medir datos y hechos vinculados al bienestar social de una *población*.

El bienestar humano ha sido cuestionado por distintas disciplinas y ha asumido diferentes enfoques. Los economistas han identificado el bienestar de las personas con la felicidad y la satisfacción de los deseos y han establecido la posesión de *bienes* como el medio principal para alcanzar la felicidad.

Dentro de los componentes del bienestar humano adquiere una importancia fundamental la satisfacción *personal* con la vida. Dicha satisfacción tiene lugar cuando hay una conjugación entre el ser humano, su entorno y la sociedad, donde se integran las condiciones objetivas y subjetivas que le permiten ciertas oportunidades para su realización profesional.

El concepto de *calidad de vida* ha comenzado a utilizarse cada vez más en el campo de las evaluaciones en salud, educación... o como medida de bienestar.

El mundo científico está realizando un gran esfuerzo por clarificar los diferentes factores, individuales y contextuales, que inciden en la calidad de vida. Existen dos grandes grupos de debate sobre la definición de *calidad de vida*:

- Por un lado, están los que postulan que la calidad de vida hace alusión a condiciones de percepción subjetiva, frente a los que postulan que ha de referirse tanto, a aspectos subjetivos como objetivos.
- Por otro, el debate se realiza entre los que desean que el concepto tenga un contenido de carácter ideográfico frente a los que se inclinan por un concepto de carácter nomotético.

Por lo que se refiere a las personas mayores el concepto *calidad de vida* cobra una singular relevancia. Es importante la preocupación por vivir, *no sólo más sino mejor*, lo que hace que ésta sea la meta gerontológica más perseguida: «Vivir más y mejor han pasado a ser las metas básicas de las políticas sociales y sanitarias de la gran mayoría de los países» (Reig, 2000).

²³ CCSS: ciencias sociales.

La gente en general, lo que desea es vivir y tener una existencia plena y satisfactoria. La vida humana es el valor básico porque ella hace posible la realización de todos los demás valores.

El estudio de la calidad de vida se ha realizado desde diferentes perspectivas. En las ciencias sanitarias ha cobrado una singular relevancia al centrar su atención en la *calidad de vida* relacionada con la *salud*. Desde la perspectiva psicológica el foco de atención está en la *percepción y valoración subjetiva* (satisfacción) de las condiciones de vida y su relación con la experiencia personal. La perspectiva de las ciencias sociales, analiza la calidad de vida, desde el nivel de *participación e integración* de los sujetos con su entorno social.

Existen diferentes modelos para investigar sobre la calidad de vida. Muchos de ellos la consideran desde una perspectiva genérica, sin tener en cuenta la edad. Sólo algunos de estos modelos se han intentado aplicar al campo de las Personas Mayores.

1.2.1. Modelo ecológico de Lawton (1991)

Es un modelo de trabajo de carácter ecológico. Se trata de una de las aportaciones más fructíferas. Explica el comportamiento adaptativo y el afecto positivo del sujeto, como resultantes del acoplamiento entre el grado de competencia y el grado de presión ambiental. Propone una definición de calidad de vida como juicio subjetivo y valoración multidimensional en base a criterios intrapersonales y sionormativos, del sistema persona-ambiente, en relación con el tiempo anterior, actual y futuro. En este modelo se mide la calidad de vida a través de cuatro áreas: competencia comportamental, calidad de vida percibida, ambiente objetivo y satisfacción/bienestar global.

1.2.2. Modelos comportamentales

(Kaplan, 1994; Csikszentmihalyi, 1998; Reig, 2000)

Estos modelos defienden que la calidad de vida no depende sólo del bienestar psicológico o de la satisfacción, sino también de la conducta que el sujeto despliega para vivir una vida de calidad. Da importancia a que el sujeto tome conciencia de lo que hace y cómo lo hace, por lo que la calidad de la experiencia propia pasa a ser objeto de análisis.

La calidad de vida desde este posicionamiento comportamental se apoya en hacer las cosas que tenemos que hacer, las que queremos y podemos hacer. La salud, las creencias positivas o existenciales, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, van a ser, o son, importantes —aunque no determinantes— para una vida de calidad. La personalidad parece desempeñar, en este modelo, un papel significativo como compendio de nuestra manera habitual de ser, actuar, sentir y pensar que incide en la calidad de vida.

Otros modelos, de interés en el tema que nos ocupa son:

- Modelos de bienestar (Lehman y col.1982; Baker e Intagliata, 1982).
- Modelo de desempeño del rol (Bigelow y col. 1982).
- Modelo de proceso dinámico (Angermeyer y Kilian, 2000).
- Modelo de homeostasis (Cummis, 2000).

La base teórica en la que se sustentan estos modelos ha tenido poca aplicación al ámbito de las personas mayores. En general, se puede afirmar, que los mayores afrontan razonablemente bien el proceso de envejecimiento, siendo conscientes de sus pérdidas y disminuciones. A pesar de ello, siguen siendo eficaces en el mantenimiento de su propio autocontrol y de una visión positiva de su auto-concepto y desarrollo personal.

1.2.3. Concepto de calidad de vida

Iniciado el siglo XXI aún existe una falta de consenso sobre la definición y evaluación de la *calidad de vida*. Borthwick-Duffy en el año 1992 definió varios aspectos conceptuales de calidad de vida y en 1995, Felce y Perry, ampliaron dichas concepciones propuestas. Según éstas, ha sido definida como:

- La calidad de las condiciones de vida de una *persona*.
- La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.
- La combinación de componentes *objetivos* y *subjetivos*, es decir, calidad de vida y satisfacción que se experimenta.
- La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida se define como

«(...) la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno» (1994).

La definición de la OMS sobre calidad de vida relacionada con la salud quiere resaltar la capacidad del sujeto para llevar a cabo actividades significativas que guardan relación con los aspectos funcionales, afectivos y sociales, siempre influenciados por la percepción subjetiva.

En definitiva, es la conjunción de tres facetas diversas, ya que necesita apoyos desde tres perspectivas diferentes, de tal forma que si falla una de ellas consiga mantener esa estabilidad al menos en las otras dos. Esas tres facetas estarían conformadas por el estado físico-psíquico, la estabilidad emocional y las expectativas de desarrollo personal, todo ello junto con una filosofía de vida convenientemente desarrollada.

Es muy importante establecer una escala de valores adaptada a cada situación personal. A veces es el entorno y el ambiente social el que nos impone las prioridades. Entre ellas suelen primar valores —económicos o de éxito— que resultan difíciles de alcanzar. Ello nos puede obligar a volcarnos de forma obsesiva en un determinado aspecto del desarrollo personal, lo que resulta peligroso cuando se une a enfermedades o procesos que anulan cualquier posibilidad de llegar a alcanzar esos objetivos.

Conviene mantenerse al margen de presiones o ambientes que intentan introducir una escala de valores que a la larga resultan perjudiciales o que no ayudan a conseguir una aceptable calidad de vida incluso en circunstancias adversas. Hay personas que, a modo de consejeros nos ayudan a conocer las propias posibilidades y limitaciones.

Por otra parte, está la propia medicina, que ante la imposibilidad de curar todas las enfermedades siempre debe ayudar a adaptarse a ellas. Esto se advierte sobre todo en el contexto de las enfermedades crónicas o que generan una gran limitación.

La calidad de vida precisa de instrumentos y herramientas para su control y medida. La implantación del sistema de calidad total ha adquirido tal protago-

nismo y trascendencia que se considera imprescindible para la mejora de la calidad de las actividades y los servicios.

Un *indicador* es un instrumento para medir el objetivo que se pretende. Se trata de una medida cuantitativa, normalmente numérica, que sirve de orientación y guía para valorar la calidad de los diversos servicios. Los indicadores deben ser válidos y fiables, precisos y consistentes, sensibles al cambio y sistemáticos en su medida.

Indicadores de *calidad de vida* según algunos investigadores:

- *Organización Mundial de la Salud (OMS. 1997), propone:*
 - Salud física.
 - Psicológica.
 - Nivel de independencia. Relaciones sociales.
 - Entorno.
 - Espiritualidad, religión, creencias personales.
- *Felce (1997):*
 - Bienestar físico.
 - Bienestar material.
 - Bienestar social.
 - Bienestar relativo a la productividad.
 - Bienestar emocional.
 - Bienestar referido a los derechos o a aspectos físicos.
- *Schalock ,1996b, 2000, 2003):*
 - Bienestar emocional.
 - Relaciones interpersonales.
 - Bienestar material.
 - Desarrollo personal.
 - Bienestar físico.
 - Autodeterminación.
 - Inclusión social.
 - Derechos.

La importancia del *concepto de calidad* de vida reside, según Schalock y Verdugo (2003), en que proporciona una estructura aglutinadora centrada en la

persona —o en la familia— y un conjunto de principios para incrementar el bienestar subjetivo y psicológico de las personas. En este trabajo se toma como referencia la definición mencionada en su versión corta, de la OMS (1994):

«(...) *percepción* que un individuo tiene de su *lugar* en la existencia, en el *contexto* de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus *objetivos*, sus *expectativas*, sus *normas*, sus *inquietudes*».

1.2.4. Variables que influyen en la calidad de vida de las Personas Mayores (PM)

Las investigaciones sobre calidad de vida han aumentado considerablemente en los últimos años. En los estudios más recientes observamos un enfoque más global y comprensivo de los aspectos de necesidad y apoyo que precisan las PM.

En su proceso de envejecimiento, los mayores, suelen presentar pérdidas de muy distinto tipo, aunque ello no impide que la mayoría alcancen niveles aceptables de bienestar físico, psíquico y social. Desde esta perspectiva nos preguntamos: ¿Cuáles son las dimensiones a atender, o los factores a señalar, como aspectos que influyen en la calidad de vida?

La *calidad de vida* es un concepto que hace referencia a las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Schalock, 2003).

En el año 2000, el profesor Schalock propuso formalmente en Seattle un documento de consenso sobre calidad de vida con los siguientes principios conceptuales:

- La calidad de vida de las personas con discapacidad intelectual se compone de los mismos factores que para el resto de las personas.
- La persona con discapacidad intelectual experimenta una calidad de vida cuando sus necesidades están satisfechas y cuando tiene oportunidades para enriquecer su vida en los diferentes ámbitos y dimensiones de la misma (personal, laboral, social, etc.).
- La calidad de vida es un constructo que contiene componentes objetivos y subjetivos, siendo los segundos fundamentales, pues es el propio sujeto quién percibe la calidad de vida que está experimentando.
- La calidad de vida está basada en las necesidades individuales, la posibilidad de hacer elecciones y tomar el control de la propia vida.

- Y, por último, es un concepto multidimensional influido por factores ambientales y personales (relaciones íntimas, familiares, amistades, trabajo, vecindario, ciudad de residencia, casa, educación, salud, etc.).

Para conocer los múltiples factores que intervienen en el nivel de calidad de vida y analizar su incidencia en el proceso global del desarrollo de la persona y de su bienestar, presentamos las ocho dimensiones y sus respectivos indicadores, según han sido estudiados por Schalock más recientemente (2003: 37) en un orden de prioridad que consideramos apropiado al estudio que pretendemos.

Tabla 4. Dimensiones e indicadores de calidad de vida

Dimensiones	Indicadores	
Bienestar emocional	Seguridad Felicidad Autoconcepto	Espiritualidad Disminución del estrés Satisfacción
Relaciones interpersonales	Intimidad Familia Amistades	Afecto Interacciones Apoyos
Bienestar material	Ser propietario Seguridad Empleo Estatus socioeconómico	Comida Finanzas Posesiones Protección
Desarrollo personal	Educación Satisfacción Actividades significativas	Habilidades Competencia personal Progreso
Bienestar físico	Salud Ocio Seguros médicos Cuidados sanitarios	Actividades de la vida diaria Movilidad Tiempo libre Nutrición
Autodeterminación	Autonomía Decisiones Autodirección	Valores personales y metas Control personal Elecciones
Inclusión social	Aceptación Apoyos Ambiente residencial Actividades comunitarias	Voluntariado Ambiente laboral Roles sociales Posición social
Derechos	Derecho a voto Accesibilidad Privacidad	Juicio justo Derecho a ser propietario Responsabilidades cívicas

Fuente: Elaboración propia.

De todo lo indicado anteriormente se puede deducir que para mantener espacios y ambientes de calidad es necesario prestar atención a los elementos señalados por ser sustantivos en la calidad de vida en el sector de las personas mayores.

Al estado de bienestar se le ofrecen grandes desafíos en la preparación de profesionales. Desafío que les lleve a un cambio conceptual en el que consideren la diversidad de las personas con el fin de que éstas sean el centro de sus actuaciones. Desafío para hacer del código deontológico una referencia evaluable del comportamiento profesional y que éste se adecue en los servicios y apoyos que precise.

Todavía queda un largo camino por recorrer hacia un enfoque más humanizado en el que la persona sea el centro de la intervención profesional y el comportamiento ético una referencia obligada.

2. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

El cambio demográfico sin precedentes, que comenzó en el mundo desarrollado en el siglo XIX y que ahora afecta a los países en vías de desarrollo, está transformando ya muchas sociedades. Se considera que el proceso de envejecimiento aumentará en el futuro próximo. Los fuertes movimientos migratorios de los últimos años en edades laborales, han permitido ralentizar el proceso de envejecimiento, pero la tendencia al retorno de los inmigrantes, prevista en las nuevas proyecciones del INE²⁴ puede acelerarlo en la tercera década del siglo.

Los países en desarrollo tienen un lapso de tiempo más breve para adaptarse a los cambios relacionados con el envejecimiento de la población. Por esta razón es urgente que los gobiernos de los países en vías de desarrollo den pasos para afrontar los desafíos y aprovechar, de la mejor forma, las oportunidades que el envejecimiento de la población trae consigo.

La causa de que la población de muchos países esté envejeciendo es triple: está en la transición de una alta fertilidad a una baja fertilidad, de la continua disminución de la mortalidad infantil y la prolongación de la esperanza de vida.

²⁴ Instituto Nacional de Estadística.

La transición demográfica tiene tres etapas²⁵:

- En la primera, la distribución por edades se rejuvenece a medida que aumenta la proporción de niños, como consecuencia del aumento de la supervivencia en los primeros años.
- En la segunda, que es resultado de reducciones en la fecundidad, la proporción de niños empieza a disminuir en tanto que aumenta la de adultos en edad laboral.
- En la tercera, a la que normalmente se llega después de un largo período de descenso de la fertilidad y la mortalidad, tanto la proporción de niños como la de adultos en edad de trabajar disminuyen, y sólo aumenta la de personas de edad.

«El engrosamiento de la distribución en la zona de la población en edad de trabajar que ocurre durante la segunda etapa de la transición es temporal (normalmente dura unos 50 años). Aun así, ese período es lo suficientemente largo como para tener repercusiones importantes en los países afectados. En teoría, esa prima demográfica ofrece una oportunidad para conseguir un desarrollo económico acelerado. No obstante, el aprovechamiento de sus posibles ventajas depende de la capacidad para generar empleo productivo y oportunidades de inversión y, en última instancia, de la existencia de condiciones políticas y sociales que puedan ofrecer un clima propicio para el desarrollo y el crecimiento sostenibles.

Durante la tercera etapa, el rápido envejecimiento de la población puede plantear problemas específicos para las políticas públicas, puesto que se necesitan ajustes importantes en diversos terrenos para hacer frente a la reducción de la fuerza laboral y el aumento de la demanda.»²⁶.

El envejecimiento causará un efecto cada vez más profundo en la sociedad y será uno de los aspectos que deberán tener muy en cuenta los responsables de formular las políticas sociales en el siglo XXI.

Como se ha anunciado esta situación implica importantes desafíos. La reestructuración de las edades se va produciendo lentamente, hunde sus raíces en causas del pasado, si bien tendrá consecuencias revolucionarias en el futuro que afectan a la vida de las personas en general: en la familia, en la economía, en las

²⁵ Informe Naciones Unidas 2007.

²⁶ Ídem.

finanzas públicas e incluso en la geopolítica. Y tendrá un impacto significativo sobre el crecimiento económico y el bienestar social, que incidirá en el gasto público.

El hecho de que el envejecimiento de la población se nos presente como un éxito se debe al desarrollo humano alcanzado, fundamentalmente a las mejoras sanitarias y sociales sobre la enfermedad y la muerte que han incidido en la calidad de vida.

Conviene tener presente que el envejecimiento de la población difiere del envejecimiento de las personas. Las sociedades envejecen o rejuvenecen según aumenta la proporción de personas de edad o experimentan un mayor número de nacimientos. En cambio, las personas envejecen cada año que sobreviven añadiendo un dígito más a su edad cronológica.

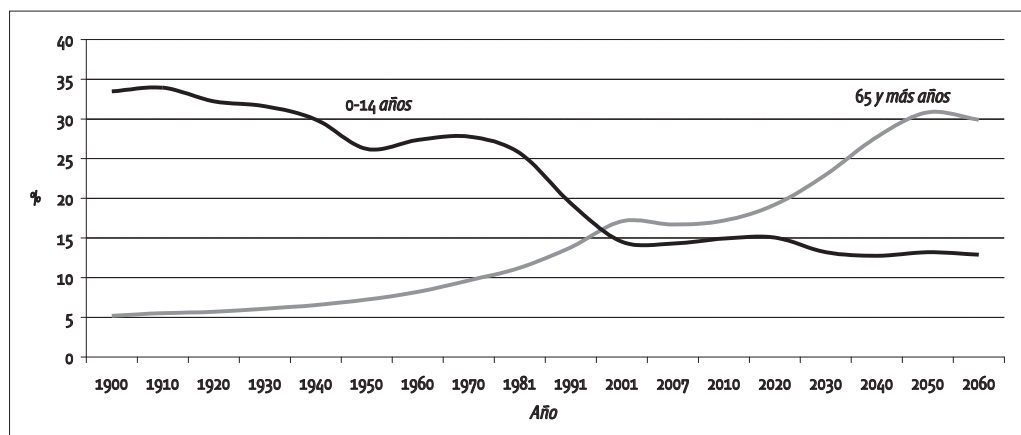
El envejecimiento activo se presenta como una oportunidad para que las generaciones de mayores puedan participar en la economía y en la sociedad en general.

2.1. Presente y futuro de las personas mayores

Europa envejece a un ritmo cada vez más rápido y está siendo testigo del envejecimiento poblacional, fenómeno que está trastocando las estructuras demográficas y que tiene amplias repercusiones. Se trata de una revolución invisible que demanda cambios importantes en nuestra sociedad respecto al grupo de población protagonista: las personas mayores.

Nuestro país no es ajeno a este fenómeno. El número de personas mayores crece al mismo ritmo que cambian sus características personales y sociales, tienen nuevas formas de vida y sus opiniones, convicciones y objetivos difieren bastante de los que tenían quienes formaban este mismo grupo de población hace tan sólo unas décadas.

Teniendo en cuenta las tendencias demográficas actuales, conviene resaltar que, por primera vez en la historia se ha producido una inversión de población, es decir, se han reestructurado las edades, puesto que, existe un mayor número de personas de edad de 65 y más años, que de niños, de 0 a 14 años (Gráfico 1). El grupo de personas de 80 y más años se verá incrementado a un ritmo más acelerado que el resto de los grupos.

Gráfico 1. Inversión de la tendencia demográfica: 1900-2060

Fuente: 1900-2001: INE: INEBASE: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001. 2007: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. 2010-2060: INE: INEBASE: Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001.

El proceso de envejecimiento contribuirá a la modificación de las relaciones generacionales, y a un declive poblacional a mediados del siglo XXI²⁷.

La situación demográfica actual, más aún la futura, constituye un reto para los individuos, las familias y los responsables de la sociedad, en el diseño de políticas sociales, económicas, sanitarias y culturales.

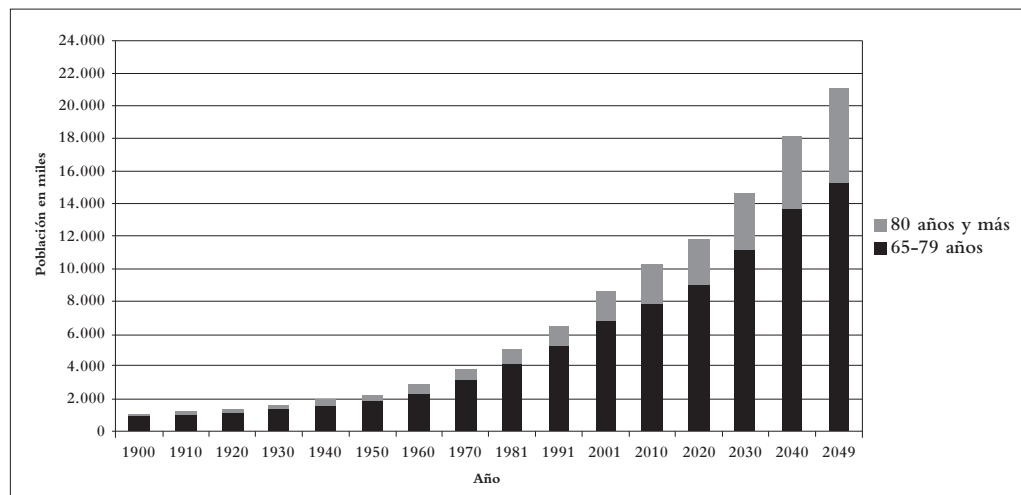
El indicador más común del envejecimiento de la población es el incremento de la proporción de personas mayores, de más de 65 años.

La población española mayor de 65 años, en enero de 2010, representaba el 16,9% de toda la población; en cifras absolutas supone 7,9 millones de personas.

La tasa de crecimiento medio anual de este grupo de población ha sido superior al 3% en los últimos decenios y aún se mantendrá por encima del 2% hasta mediados del siglo XXI. Este crecimiento está en relación directa con el aumento de la esperanza de vida, por la caída de la mortalidad y por los avances experimentados en las diferentes esferas del conocimiento. Factores estos que seguirán actuando en los próximos años, por lo que es de esperar la continuidad de este crecimiento poblacional²⁸.

²⁷ Libro Blanco del Envejecimiento Activo. Madrid, Octubre 2010.

²⁸ Ídem.

Gráfico 2. Evolución de la población mayor, 1900-2049.

Fuente: 1900-2001: INE: INEBASE: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001. 2007: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. 2010-2060: INE: INEBASE: Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001.

Lo más notable en los próximos lustros es la llegada de las cohortes (grupos de edad) del baby-boom (los nacidos entre 1957-1977) a edades de jubilación en la tercera década del siglo XXI. Esta generación, que es la llamada «de sostén» en estos momentos, alcanzará la edad de jubilación en la tercera década de este siglo, lo que elevará notablemente el número de personas mayores. Hacia el 2050, los mayores supondrán el 32% de la población, más de 15 millones de personas.

2.1.1. Tendencias demográficas actuales en España

Los cambios demográficos experimentados en España constatan que se está produciendo un proceso de *envejecimiento de la población*. Desde mediados del siglo XX se ha producido un *descenso de la natalidad*, por lo que en las estadísticas queda resaltado el peso porcentual de personas mayores (véanse gráficos 1 y 2). Por otro lado, se incrementa la *esperanza de vida*, lo que supone que aumente el número de supervivientes en cada grupo más allá de los 65 años. Estos dos factores, no sólo inciden en el porcentaje de personas mayores, sino que provocan un sobre envejecimiento en los grupos de mayor edad.

Otro factor importante de este proceso de envejecimiento hace alusión a los cambios en los *indicadores de enfermedad y muerte*. Las continuas mejoras en la

medicina, farmacología, prestaciones en rehabilitación y sanitarios, contribuyen a una reducción en la demanda de cuidados por discapacidad y/o dependencia. Aunque las enfermedades degenerativas avanzan —modificando los indicadores señalados— hay que prever el incremento de dependencia severa en el grupo de población de mayor edad.

Como consecuencia de estos cambios demográficos es necesario, como se señala en el Libro Blanco (2011), reestructurar los grupos de edad. Además, habrá que tener en cuenta que este proceso de envejecimiento contribuirá a la modificación de las relaciones intergeneracionales, a un declive poblacional a mediados del s. XXI y, por lo tanto, a la profesionalización de los servicios de atención y cuidado.

La situación en la que se sitúa España es muy similar a la del resto de los países europeos. La actuación de los llamados «motores del proceso» —*fecundidad, mortalidad y migración*— confluyen en el incremento de la esperanza de vida y en el aumento de proporción de personas mayores, por lo que todo ello constituye un desafío.

El estado de bienestar de los últimos años en los aspectos laborales y de derechos adquiridos está obligando a plantearse el modelo de tiempos de trabajo y jubilación.

Los países europeos que están en la vanguardia del proceso de envejecimiento de la población alientan una respuesta política como estrategia de progreso social, basada en tres factores:

- Consideran el envejecimiento como un éxito y un reto.
- Velan por la existencia de sistemas de protección social con capacidad para garantizar renta y atención sanitaria.
- Compromiso de la sociedad para hacer del envejecimiento una oportunidad de desarrollo social para todos.

Al poner en juego estos tres factores se comprueba la necesidad de revisar las políticas existentes, con el fin de determinar dónde se precisan los ajustes necesarios y afrontar el desafío de los cambios demográficos en orden a garantizar la protección social adecuada a las necesidades de la población, procurando el desarrollo económico y social conveniente.

Para realizar un análisis adecuado de las políticas de envejecimiento hay que tener en cuenta que la esperanza de vida después de la jubilación es de una veintena de años, aproximadamente. Este dato tiene repercusiones en otras políticas públicas que deben afrontarse: desequilibrios territoriales (ámbito rural y urbano), nuevos roles familiares, empleo, patrones de enfermedad y actividades de ocio.

España sigue la tendencia de los países de su entorno, si bien presenta ciertas diferencias. La principal diferencia es la rapidez —últimos cincuenta años— con la que se ha producido el proceso de envejecimiento poblacional, puesto que en el resto de los países europeos la transición demográfica se inició hace más de un siglo.

En este sentido conviene recordar algunos datos. Respecto a:

– *El envejecimiento de las personas mayores.*

El 1 de enero de 2009, la población española mayor de 65 años alcanzó el número de 7.782.904 sujetos. En términos relativos representa el 16,7 % del total de la población. Las mujeres representan el 57,5 % (cuatro millones y medio) y el 23 % de las PM viven en poblaciones de menos de 10.000 habitantes.

El número de personas que superan los 80 y más años —grupo que se está incrementando a un ritmo más rápido que el resto— ha alcanzado, en la fecha dada, el 28,3 % de sujetos. Dentro de este hay que considerar el gran incremento de personas centenarias que se ha duplicado en los últimos cinco años. Este hecho que es novedoso en nuestra sociedad exige nuevas respuestas.

– *La esperanza de vida.*

Ha supuesto un aumento del número de personas en todos los grupos de edad más allá de los 65 años. Hay que señalar que lo que en un principio puede provocar un rejuvenecimiento de la estructura poblacional, también hace que aumente el grupo de 65-79 y el de 80 y más años.

En España, la esperanza de vida *al nacer* se sitúa en 80,9 años de media. La pervivencia de las mujeres es mayor (84,1 años) que la de los hombres (77,8). La esperanza de vida *a los 65 años* sigue el mismo perfil diferencial de sexos: las mujeres sobrevivirán más tiempo (21,65 años), que los hombres (17,68 años).

Este aumento de la esperanza de vida, en el momento de nacer y a los 65 años, supone un gran avance en nuestro tiempo.

– *La caída de la fecundidad.*

Según los datos del INE (2010) la tasa de hijos por mujer se sitúa en 1,44 lo que provoca en la pirámide de población un mayor peso de las PM. La permanente caída de la fecundidad desde los años setenta del s. XX, con unas tasas como la señalada, no cubren la reposición generacional y es lo que provoca una inversión demográfica como la expresada en el Gráfico 1.

– *La tasa de mortalidad de la población española.*

Varias tendencias señalan el nuevo patrón de mortalidad en España. En la primera década del s. XXI, el 83 % de fallecimientos se produce en PM, en tanto que a principios del s. XX la cifra no llevaba al 30 %. Estos datos señalan que en nuestros días el protagonismo de mortalidad está en el grupo de PM, en tanto que a principios del s. XX se producía en la mortalidad infantil.

En otro orden, conviene reseñar que se está produciendo una mejora en los datos de mortalidad masculina. También se ha modificado la causa de la defunción; las enfermedades degenerativas sustituyen a las agudas e infecciosas.

– *Transformación en las estructuras familiares.*

Una mayor longevidad, por un lado, y una menor fecundidad, por otro, están cambiando las estructuras familiares y se está produciendo un cruce de tendencias debido a que varias generaciones de una misma familia coexisten en el tiempo: cambios en el tipo de hogar en que viven los mayores, personas con las que conviven, movilidad doméstica, emergencia de la soledad, riqueza del cuidado familiar/carga familiar, protagonismo de los cuidadores, etc.

Teniendo en cuenta todo lo indicado se puede observar que el grupo de PM es cada vez más numeroso con fuerte capacidad de opinión y de presión política y social, lo que le otorga un gran protagonismo.

2.1.2. Ciudadanía y personas mayores

Los adultos mayores son sujetos de derechos que quieren participar activamente en la sociedad y hacerse visibles. Así lo reconoce la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000, Art. 25): «La Unión reconoce y respeta el derecho de las personas mayores a llevar una vida digna e independiente y a participar en la vida social y cultural».

Cuando afirmamos que las PM tienen el derecho a gozar de una ciudadanía plena y a participar activamente de manera integral en nuestra sociedad²⁹, ello implica que los mayores no pueden seguir siendo simples objetos de atención y de administración: «Una sociedad para todas las edades incluye el objetivo de que las personas de edad tenga la oportunidad de seguir contribuyendo a la sociedad (...) Es necesario eliminar todos los factores excluyentes o discriminatorios en contra de esas personas (...)»³⁰. Implica que han de estar presentes en las dinámicas sociales y políticas de cada ciudad y de cada comunidad. Hace tiempo que los mayores participan activamente en la dirección y gestión de muchos de sus centros y lugares de reunión. Pero detectamos también muchas barreras, muchas reticencias para que puedan ejercer plenamente su condición de ciudadanos responsables en el variado conjunto de las instituciones del país. La OMS (2002) define el envejecimiento activo como:

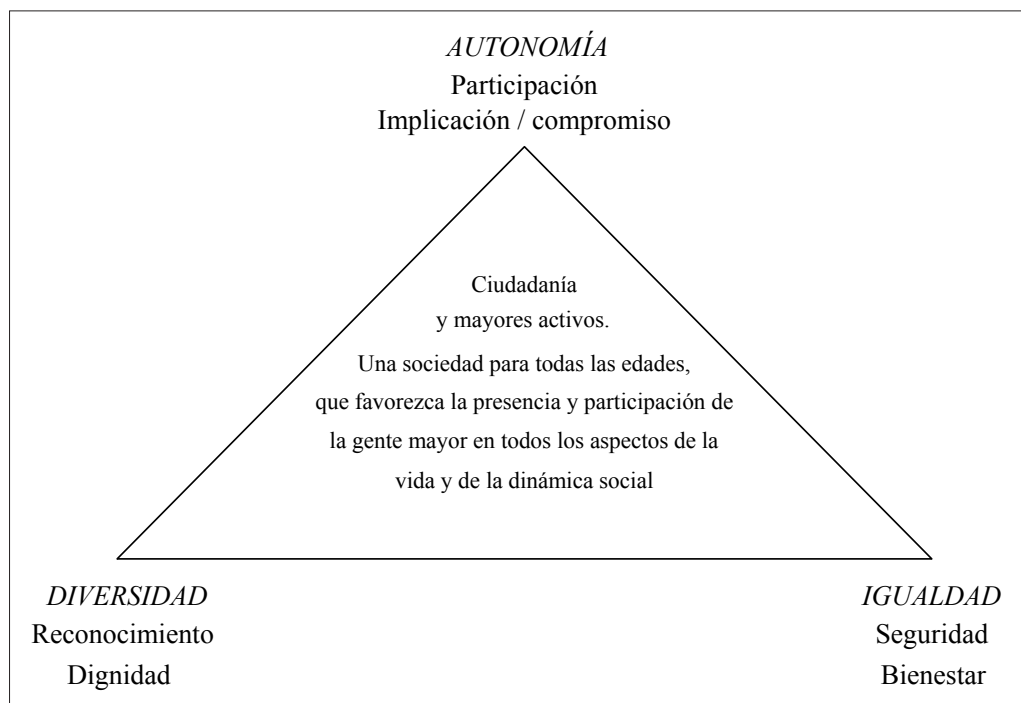
«(...) el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (...) se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos (...).»

Todas estas inquietudes contrastan con una realidad en la que más bien se considera a las PM como objeto de atención, más que como sujetos dotados de autonomía, y mucho menos como personas capaces de desarrollarla críticamente.

Necesitamos un modelo de ciudadanía en el que todos se sientan partícipes y colaborando desde su singularidad en la construcción de una sociedad más humana, equitativa y solidaria. Los valores básicos en los que el *Libro Blanco* (2011) fundamenta la ciudadanía de las PM guardan relación con la autonomía personal, la igualdad y la diversidad. Se entienden estos conceptos desde una perspectiva integradora, lo cual no supone que estén exentos de dificultades en su articulación (véase Figura 3).

²⁹ DDHH, 1948, art. 22.

³⁰ Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento. Madrid, 2002.



Fuente: Libro Blanco, 2011.

Figura 3. Ciudadanía y valores básicos

— *El valor de la autonomía*

Ser mayor no se puede identificar con carecer de autonomía e incluso ser considerado inútil, como ha sido el paradigma vigente hasta hace pocas décadas; por el contrario, es sujeto de todos los derechos y deberes que el ser ciudadano implica. Las PM aportan grandes servicios a la sociedad, desempeñan tareas y actividades orientadas a cubrir servicios en el ámbito familiar y social imprescindibles y no reconocidos.

La última etapa del ciclo vital sigue siendo importante tanto para aprender como para enseñar. Todos estamos en condiciones de seguir aprendiendo a lo largo de la vida incorporándonos a los nuevos conocimientos y técnicas de los que las PM no pueden quedar excluidas. Lo importante es conseguir que el capital humano, social e intelectual acumulado por los mayores, sus conocimientos y su experiencia no se pierdan ni se dejen de lado.

La ciudadanía plena cada vez estará más vinculada al uso de las tecnologías de la información y de la comunicación. Por ello, es importante invertir en la formación para el uso de los recursos tecnológicos, en el equipamiento necesario, en educadores/formadores adecuados para este grupo de edad, de modo que los mayores accedan a estos recursos como cualquier otro sujeto autónomo en otras etapas del ciclo vital. El objetivo que se persigue es que los ciudadanos de cualquier edad y condición sean cada día más autónomos, para que puedan valerse por sí mismos.

– *El valor de la igualdad*

Las condiciones de vida han mejorado considerablemente el bienestar de las personas, sin embargo aún persisten desigualdades importantes a las que convendría prestarle una atención adecuada. Es importante evitar la discriminación y la exclusión que inciden —según los datos del IMSERSO— de modo singular en las PM más vulnerables. El riesgo de pobreza entre las PM es casi el doble que en otros grupos de edad, puesto que una de cada tres personas mayores vive en esta situación. El nivel de precariedad en el que se encuentran les lleva a tener dificultades para el pago de los servicios considerados básicos: alimentación, agua, luz, calefacción, teléfono, etc. Se trata de sujetos que cuando se les estropea algo de la casa encuentran dificultades para afrontar el costo. La sociedad no debe permitir este nivel de desigualdad. En este sentido es imprescindible proporcionarles la atención y el cuidado que les ofrezca seguridad y autonomía para que encuentren la equidad necesaria para vivir de manera autónoma y digna.

– *El valor de la diversidad*

El término diversidad es aquel que nos permite indicar, marcar o hablar de la variedad y diferencia que pueden presentar algunas cosas entre sí, aunque también nos es útil a la hora de querer señalar la abundancia de diferencias que conviven en un contexto.

La multitud de diferencias que se presentan en la comunidad humana apenas puede ser abarcada en su conjunto. Ningún individuo es exactamente igual a otro; incluso dentro de comunidades estrechamente emparentadas (raza, sangre, cultura, etc.) se encuentra una fuerte variación, ello es particularmente perceptible en el ser humano. Las PM son diferentes lo mismo que el resto de los ciudadanos. El valor de la diversidad conlleva el reconocer y tratar con igual dignidad la pluralidad de opciones vitales.

La sociedad debe velar por el cultivo de estos tres valores: autonomía personal, igualdad y diversidad, en orden a promover la plena participación ciudadana de las PM. De cualquier manera trabajar para una ciudadanía activa de los mayores desde la educación supone, como mínimo, desarrollar la *alfabetización cívica*, la *implicación ciudadana* y una *conciencia responsable y moral* orientada a defender la convivencia democrática de la sociedad (Bartolomé, 2000).

Por todo lo dicho, la sociedad debería reconocer y tratar con igual dignidad la diversidad de opciones en cualquier grupo de edad: vitales, culturales, religiosas, políticas..., al mismo tiempo que clarifica lo que entiende por ser ciudadano y persona mayor en este país y las exigencias que comporta.

2.2. Aspectos más relevantes del envejecimiento activo

La OMS utiliza el concepto *envejecimiento activo* para expresar el proceso por el que se intenta hacer del envejecimiento una experiencia positiva. Una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades de salud, participación y seguridad.

Existen diversos modos de envejecer que vienen condicionados tanto por las variables genéticas como por las ambientales y personales. Los sujetos también somos responsables de nuestro proceso de envejecimiento, en cuanto que, con nuestro estilo de vida, en interacción con el medio, vamos configurando el modo de envejecer.

Las distintas formas de envejecer no están determinadas por un solo factor y, aunque no podemos obviar que existen variables genéticas que desempeñan un papel importante en el envejecimiento, también las personas son responsables con sus formas de vida, acciones y comportamientos a lo largo de su vida, porque van configurando, en interacción con el contexto su modo de envejecer.

El concepto *envejecimiento* ha ido evolucionando a lo largo de los últimos años. Es, sin duda, un fenómeno multidimensional que, según quien lo defina, pone mayor énfasis en aquel rasgo que quiere resaltar: envejecimiento competente, exitoso, de calidad, físico, psicosocial, activo, etc. Con una perspectiva global la OMS, en 1990, entendía el *envejecimiento como saludable*, poniendo el acento en la salud, y doce años después, en el 2002, en la Conferencia de Madrid (2002), la misma OMS presenta un modelo más integrador, como es el de *envejecimiento activo*, al entender que éste es el proceso de optimizar las oportunidades de

autonomía, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida de las personas que envejecen.

Varias conferencias internacionales sobre el envejecimiento, como la Sexta (Perth, Australia, 2002)³¹ y la Séptima (Singapur, Malasia, 2004) Conferencias Mundiales de la Federación Internacional de la Vejez y el XVIII Congreso Mundial de Gerontología (Río de Janeiro, 2005) han incorporado a sus respectivos programas el enfoque conceptual del *envejecimiento activo*, con sus tres pilares de *salud, participación y seguridad*. Estos pilares tendrán como misión optimizar 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.

El modelo integrador del envejecimiento activo se refiere a una continua implicación social, económica, espiritual, cultural y cívica de los mayores, y no sólo a la capacidad de permanecer físicamente activo.

Mantener la autonomía es su principal objetivo tanto para los individuos como para los responsables políticos. La salud, el factor clave de la autonomía, posibilita una experiencia de envejecimiento activo.

Así, el enfoque del *envejecimiento activo* estará basado en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas: independencia, participación, dignidad, cuidado y autorrealización.

Los diferentes aspectos a los que hace alusión el modelo integrador se pueden considerar como los determinantes del envejecimiento activo:

- Género y cultura
- Los sistemas sanitario y social
- Factores económicos: ingresos, trabajo y protección social
- Factores del entorno físico
- Factores personales
- Factores comportamentales
- Factores del ambiente social.

³¹ La Sexta Conferencia Mundial sobre Envejecimiento fue celebrada en la ciudad de Perth (Australia) 2002.

Desde la perspectiva del envejecimiento activo, en la que se sitúa el Libro Blanco (2011), se busca resaltar aquellas aportaciones que nos parecen relevantes, sobre el tema tratado:

1.º El modelo del *envejecimiento activo* es aplicable a todos: individuos y grupos. Tiene una doble vertiente: por un lado, permite que la persona siga desarrollando su propio potencial físico, mental y social, participando en la sociedad según sus necesidades, deseos y posibilidades. Y por otro lado, se le proporciona la protección adecuada, la seguridad y los cuidados que precise.

2.º Es necesario ir dando pasos para lograr que el envejecimiento no sólo sea activo sino satisfactorio para las personas y los grupos. Si la persona se siente satisfecha en esta etapa de la vida quedará motivada para participar en acciones sociales y de voluntariado.

3.º El envejecimiento activo no hace referencia a las edades finales de la vida sino que es importante prestar atención a la prevención de todos los aspectos que inciden negativamente en la salud y que han de ser atendidos en cualquier etapa del ciclo vital. Así mismo, conviene resaltar que la prevención y el cuidado personal es una responsabilidad de cada individuo.

4.º Cultivar entornos positivos en los que las PM puedan desenvolverse con facilidad. La OMS habla de Ciudades Amigables con la edad (2005). El proyecto de ciudades amigables de la OMS (2005) debe plasmarse en «buenas prácticas», teniendo en cuenta una metodología de participación con el objetivo de mejorar las condiciones de vida en la ciudad.

5.º Desde la perspectiva económica es imprescindible considerar a la PM por su contribución, muchas veces invisible, en las acciones de servicio y de voluntariado tanto en la familia como en la sociedad.

3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS PERSONAS MAYORES

En este apartado se ofrece una visión actualizada sobre aspectos centrales de la Psicología Evolutiva o Psicología del Desarrollo de la Edad Adulta.

En las últimas décadas del s. XX surgen nuevos enfoques evolutivos: se constata que los cambios psicológicos están relacionados con la edad y que estos cambios no son sólo cuantitativos sino también cualitativos. Autores, como Baltes y

Schaie, que en 1973 insisten en las diferencias entre una psicología que contempla el ciclo vital del ser humano y la Psicología Evolutiva.

Desde finales del s. XX, los psicólogos empiezan a tener en cuenta todas las etapas³² del ciclo vital, prestan más interés a la psicología de todas las edades y encontramos con frecuencia la misma definición bajo la etiqueta de Psicología Evolutiva o Psicología del Desarrollo. Todo esto supone una ampliación de los conceptos evolutivos y los cambios se hacen más perceptibles en los manuales al uso. A modo de ejemplo, en el libro de texto de Palacios, Marchesi y Coll, edición de 1990, aparecen cuatro etapas o núcleos temáticos: *primera infancia, años preescolares, de los seis a los doce años, la adolescencia*. En la edición revisada de este manual, diez años más tarde (1999), se añade una etapa más, titulada *desarrollo psicológico en la adultez y la vejez*.

Otros autores, como C. Monedero, en 1986 ya titula su obra: *psicología evolutiva del ciclo vital*. En ella, define la *psicología evolutiva* como aquella ciencia que se ocupa del estudio de la evolución del ser humano desde el momento de su formación hasta su muerte (p. 24). Estudia todo el ciclo vital considerando en él siete etapas: *periodo intrauterino, el primer año, la primera infancia, segunda infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez*.

El propio Monedero (1996) explica que los cambios psicológicos que se dan en todas las etapas, y que son producto de factores internos y externos, se dejan calificar mejor por el término «evolución» que por el de «desarrollo», ya que éste alude más a los cambios provocados por factores de tipo interno (p. 31).

Se ha de señalar que nada en la historia se produce de repente. Este enfoque, en el que tanto interés se tiene por considerar el ciclo vital, cuenta con antecedentes, algunos en la teoría del desarrollo psicoanalítico, como Erik Erikson (1902-1994). Este autor elaboró una teoría del desarrollo de la personalidad denominada *teoría psicosocial*. En ella trató de ubicar los problemas descritos por Freud en los contextos sociales correspondientes, lo que le condujo a dividir la evolución psicológica en ocho etapas que ocupan todo el ciclo vital, dedicando tres etapas nuevas al tiempo vivido después de la adolescencia: *madurez primera, intermedia y tercera edad*. Erikson trató de reconceptualizar la dinámica evolutiva. Para él, cada etapa está caracterizada por una crisis socioemocional con dos po-

³² Usaremos indistintamente los términos: etapa, estadio, periodo.

sibles soluciones (favorable o desfavorable) por lo que cualquier éxito, o fracaso, repercutirá en el desenvolvimiento armónico de las demás etapas.

En cada uno de los estadios por los que transita el sujeto, éste deberá llevar a cabo una determinada adquisición evolutiva, existiendo la posibilidad del éxito o fracaso, como queda dicho. Hoy nadie pone en duda que los cambios psicológicos se producen en todas las edades y presentan características distintas en unas etapas con respecto a otras, y en unos individuos respecto a otros. Aunque pueda haber causas comunes, cada etapa experimenta aspectos específicos, incluso individualizados, o bien porque las experiencias son distintas, o porque los sujetos respondemos desde la experiencia acumulada, por el nivel de maduración y/o contexto sociocultural que nos hacen interactuar y adaptarnos de una manera individual y diferenciada respecto a otros individuos.

Esta perspectiva nueva, la de una «psicología del ciclo vital», es capaz de explicar mejor el papel de los condicionamientos contextuales: sociales, históricos y culturales, y tiene a su alcance una metodología más diversa y perfeccionada.

El interés preferente se centra en la persona adulta, en sus recursos, sus metas relacionadas con las exigencias específicas de la edad, sus contextos evolutivos, así como los correspondientes procesos para alcanzar tales metas. Todo ello hace referencia a una evolución psicológica del ser humano, fruto de factores fundamentales como son la herencia y el medio, la maduración y el aprendizaje, incluso se llega a decir que la psicología del ciclo vital supone una ampliación de los constructos evolutivos, incluso se la hace capaz de explicar mejor el papel de los condicionamientos sociohistóricos.

El desarrollo en la edad adulta se ve marcado por acontecimientos típicos, propios de la edad: jubilación, enfermedades crónicas, nuevos roles, pérdidas familiares o la proximidad de la muerte. El desarrollo de la edad adulta y la vejez es cualitativamente distinto al de etapas anteriores, como lo es la infancia respecto de la adolescencia o la adultez.

3.1. Aproximación al concepto de persona adulta

Intentar definir el concepto de *persona adulta* es todavía hoy una tarea compleja y difícil por dos razones: la primera porque hay carencia de estudios científicos actualizados sobre esta etapa; y la segunda, porque las concepciones y enfoques sobre la adultez varían según las diversas culturas y la perspectiva de análisis,

los contextos sociales y los individuos. Cronológicamente la adultez es el periodo más largo y representativo de la vida de la persona. El acercamiento a este concepto nos obliga a tener en cuenta algunas perspectivas (etimológica, antropológica, jurídica, social, pedagógica, psicológica), aportadas por diferentes autores, siendo éstas complementarias entre sí.

Desde la perspectiva *etimológica* del término, la Real Academia de la Lengua Española (RAE) entiende por *adulto* (del lat. «adultus») el que ha ‘llegado a su mayor crecimiento y desarrollo’. En una segunda acepción, nos dice: el que ha ‘llegado a cierto grado de perfección, cultivado, experimentado’. Igualmente define la *edad adulta* como ‘aquella en la que el organismo humano alcanza su completo desarrollo’.

Desde una perspectiva *antropológica* este concepto implica una importante relatividad si se tiene en cuenta el concepto que de ella tenga la colectividad de referencia. En algunas culturas primitivas, se es adulto cuando se deja de ser niño porque la etapa de juventud no existe. En nuestras sociedades modernas, se es adulto cuando se deja de ser joven y no se suele separar la adultez de la ancianidad. La etapa adulta, al estar ligada por un lado al periodo de la juventud, y por otro al de la vejez, casi siempre se la considera dividida en dos estadios: adultos jóvenes y adultos mayores.

Desde la perspectiva *pedagógica* los adultos son aquellos que pueden desarrollar una actividad educativa, postescolar, que está supeditada a otras responsabilidades y funciones de carácter profesional, social y familiar. He aquí una clara diferencia respecto a las etapas anteriores (infancia y adolescencia), para quienes la educación formal es obligatoria.

La perspectiva *psicológica* brinda un estudio más comprensivo de la etapa adulta, siendo éste todavía deficitario para el momento de longevidad que en esta sociedad se ha alcanzado. Sin embargo conviene recordar el esfuerzo realizado por autores como Allport (1963), Clemente (1996), Colarusso (1990), Erikson (1985), Gould (1982), Havighurst (1973), Levinson (1982), Neugarten (1973), Vaillant (1993), entre otros, para examinar, analizar y explicar la *etapa adulta*. Estos autores contemplan la madurez como un rasgo característico de esta etapa. Establecen relaciones entre la madurez personal y la edad cronológica. Le atribuyen conceptos tales como inteligencia, bienestar subjetivo, determinados rasgos estructurales de la personalidad y aquellos otros que promueven o dificultan la madurez.

A pesar de que son muchos los trabajos empíricos sobre teorías implícitas, la dispersión de sus contenidos es también muy amplia, como corresponde a un campo de investigación relativamente reciente y falto de delimitación. No obstante, el estudio de estas teorías, desde la perspectiva lega (creencias, e imágenes que constituyen el conocimiento implícito, «no experto», del hombre de la calle) es de interés por tres razones:

1. Nos ayuda a comprender la conducta social de los individuos adultos, por medio de las atribuciones que se hacen a su comportamiento.
2. Pueden proporcionar un marco de investigación para las teorías elaboradas por los psicólogos.
3. Cualquier intervención tendrá que tener en cuenta este conocimiento espontáneo, ingenuo, sobre lo que se entiende por madurez psicológica.

Tabla 5. Características psicológicas normativamente asociadas al proceso de desarrollo adulto según distintos estudios

Heckhausen et al. (1989) Los 11 rasgos en los que más se espera incrementar con la edad (de 148)	McFarland et al. (1992) Rasgos de personalidad que los sujetos consideraron se incrementaban con la edad	Ryff (1989) Respuestas a la pregunta: ¿Cuáles son los cambios positivos con el envejecimiento?
– Experimentado – Conocedor de la naturaleza humana – Bien preparado – Maduro – Sentido del deber – Sabio – Responsable – Sensato – Comprensivo – Realista – Consistente	– Independiente – Comprensivo – Voluntad por mantener las propias creencias – Cariñoso – Bondadoso – Relajado – Satisfecho con la vida – Preocupado por los demás – Orgullosos de uno mismo – Bien ajustado – Inteligente	En sujetos de mediana edad (de mayor a menor porcentaje de respuestas): – Llegar a estar mejor con los demás – Ser tolerante y abierto de mente – Mantener un funcionamiento positivo – Más relajado – Con mayor crecimiento personal – Más sabio – Aceptación del cambio

Fuente: Zacarés y Serra (1996, p.246).

Otros autores realizan un acercamiento conceptual entre edad adulta, madurez, y sabiduría. Jonson (1979) entrevistó a un grupo amplio de personas entre los 52 y 104 años para que describieran aquellas cualidades o características que les llevaban a concluir que una determinada persona que conociesen «era persona sabia». Los atributos más señalados fueron: experiencia; inteligencia; curiosidad;

intuición; autonomía; conocimiento práctico; apertura; capacidad de conectar con otros; adaptabilidad; alta autoestima; adaptabilidad; humor; capacidad para enseñar; capacidad para aprender; capacidad para estar al servicio.

Muchas de las características mencionadas guardan relación con las señaladas por Maslow (1991) para definir la «persona autorrealizada». Lao-Tsé, hace más de dos mil años, describió al sabio: «En el vivir halla el placer de la vida; en el sentir, encuentra el sentimiento; en la amistad, armoniza con todos; en las palabras, es verdadero; en el gobierno, es justo; en el trabajo, conforme; en la acción, oportuno».

Los rasgos mencionados vienen a subrayar que el concepto de *adulthood* no es unívoco, que está sujeto a interpretaciones, y valoraciones diversas. Esta etapa, al estar situada en el final del ciclo vital, está configurada por una serie de características que la hacen distinta a las etapas anteriores en el desarrollo. Su experiencia es cuantitativa y cualitativamente diferente y, en este sentido, distante de las etapas de la infancia y de la adolescencia.

El constructo «edad adulta» no denota unos cambios definidos con precisión, sino que alude, más bien, a un proceso que tiene lugar en la mitad de la vida y que forma parte del proceso general de envejecimiento que avanza fisiológica, psicológica y socialmente, desde el momento de la concepción.

3.1.1. Etapas evolutivas de la *adulthood*

La Psicología Evolutiva, hasta fechas muy recientes, se ha dedicado fundamentalmente al estudio del periodo comprendido entre el nacimiento y la edad adulta; ya que esta era considerada la meta de la evolución psicológica. Es fácil suponer que el predominio del modelo de desarrollo biológico condicionara la visión como un periodo de estabilidad, estático y uniforme, en el que no cabe otro final que el deterioro progresivo de quien ha alcanzado la cima de su evolución.

Los actuales planteamientos de la Psicología Evolutiva tratan de distanciarse de la percepción tradicional. Durante la *edad adulta* tienen lugar cambios y transiciones, tan importantes como en las etapas anteriores. Los cambios y crisis en la vida adulta suelen ser reactivos, respecto de sí mismo y del medio en el que se vive. Estos cambios, no son tan perceptibles como los que suceden en la infancia y la adolescencia, al no depender tanto de los aspectos biopsicológicos sino que

entran en juego otros, como son: la historia personal, las experiencias de vida, los cambios de roles, el contexto sociocultural, los sucesos eventuales...

Debido al creciente interés que la etapa adulta está despertando a nivel social, económico, cultural y político, los psicólogos (y otros estudiosos de diversas áreas científicas) están multiplicando sus esfuerzos investigadores en esta etapa.

Los estudios realizados, al día de hoy, ponen de relieve que no se puede considerar la *adultez* como una única etapa, ni que ésta sea considerada tan homogénea como se ha manifestado anteriormente. Es preciso delimitar y caracterizar adecuadamente el inicio y proceso de esta etapa, y considerar periodos evolutivos más cortos dentro de la misma, intentando explicar el origen de los cambios relacionados con la edad, tal y como se realizan los estudios en etapas anteriores.

Existen diversos modelos que tratan de aproximarse al conocimiento de los diferentes procesos, cambios y transiciones que se producen en la etapa que venimos considerando. Estos modelos se constituyen en marcos de referencia, diferentes y complementarios, que ayudan a elaborar una clasificación específica. Cabe sintetizarlos en los siguientes modelos. motivacional (Huberman, 1974), empírico (Levinson, 1983) y clínico (Havighurst, 1978; Ericsson, 1985; y Maslow, 1975).

A lo largo de la vida se producen cambios cuantitativos (peso, estatura, vocabulario...) y cualitativos (la estructura y organización de: inteligencia, motivación, emociones, personalidad...) en el ser humano desde su nacimiento hasta su muerte y permanecen durante un tiempo razonable, lo que se conoce como desarrollo humano. Este se caracteriza por ser gradual, relativamente ordenado e implica diferencias individuales.

La Psicología del Desarrollo estudia estos cambios durante todo el ciclo vital de la persona. Por lo tanto, nadie duda de que pueda hablarse de una Psicología del Desarrollo de la edad adulta.

Deberíamos preguntarnos si se producen verdaderos cambios en esta etapa de la adultez, cómo se producen, y si guardan relación entre sí. Las diferencias en los cambios indican que el desarrollo adulto puede manifestarse multidireccional y multidimensionalmente. La vida adulta se ve marcada por acontecimientos típicos de la edad: jubilación, nuevos roles, nuevos estilos conductuales, pérdidas familiares, enfermedades más o menos crónicas...

Muchos teóricos evolutivos contemporáneos, sin abandonar la teoría de las etapas, utilizan el concepto de «tareas del desarrollo» (Havighurst, 1972; Ericsson,

1985; Colarusso, 1997). Estas tareas se entienden, como aquellas acciones, comportamientos y roles que una persona determinada ha de llevar a cabo como respuesta al ejercicio de sus deberes y derechos en una etapa concreta de su desarrollo (paternidad, profesión, jubilación). Estas conductas, si son adecuadas, se integran en la experiencia personal del sujeto con niveles de satisfacción personal, felicidad y éxito, lo que le proporciona un claro incentivo para afrontar etapas posteriores.

Otros investigadores se manifiestan escépticos ante los intentos de definir la vida adulta como una serie de tareas claramente delimitadas. La vida es demasiado compleja y la humanidad demasiado diversa para reducirla a simples enunciados.

En general se tiende a dividir la larga etapa de la adultez en tres grandes periodos que suelen coincidir con las denominaciones: adultez temprana, adultez media y adultez tardía.

Cada periodo estable de la vida se caracteriza por unas ciertas tareas de desarrollo y temas vitales que cuando se superan y pierden su primacía, dan lugar a la aparición de otras nuevas, iniciando así un nuevo periodo. Se sigue en este punto la aportación de Zapata y otros (2002).

3.1.2. *Adultez temprana (20 a 40 años)*

Las tareas del desarrollo en este periodo de la etapa adulta temprana tienen estas manifestaciones:

- Ha alcanzado la plena madurez física.
- Se halla en plena posesión de las funciones psíquicas.
- Se suele producir la separación real e intra-psíquica de la familia de origen.
- Se alcanzan nuevos compromisos.
- Se realizan nuevas tareas.
- El sujeto resuelve la dependencia de etapas anteriores.
- Alcanza la confianza en sí mismo.
- Se propone nuevas metas inducidas por el nivel de madurez alcanzado.

- El adulto medio cree que el tiempo es ilimitado para la realización de sus proyectos.
- Todo ello le conduce a la estabilidad y continuidad en la etapa.

Las tareas fundamentales de este periodo son:

- *Cambio de actitud*: realiza una síntesis de realismo-idealismo.
- *Pretende dar a la vida un sentido más profundo*: Por un lado, están convencidos de la fuerza que tienen las grandes ideas, y por otro, abandonan el radicalismo de las etapas anteriores.
- *Se lleva a cabo lo que se denomina tercera individualización y con ella se culmina la separación-individualización llevada a cabo desde la infancia* (primera, entre los 4-6 años, y la segunda en la adolescencia). Se desarrolla un nuevo concepto de sí mismo, percibiéndose a sí mismo como sujeto competente y en soledad confortable. Se lleva a cabo un desplazamiento desde la familia de origen a la de procreación.
- *Relaciones de intimidad*. Esta tarea le hace capaz de establecer una intimidad (identidad personal-identidad con otros) compartida: amistad (pareja, matrimonio), cooperación, compromiso, afiliación, etc.
- *Identidad laboral adulta*. Transita del aprendizaje y el juego, al mundo laboral. El trabajo se convierte en una actividad central para la estabilidad y el progreso intrapsíquico. Se siente productivo y competente.

3.1.3. Adultez media (40 a 60 años)

Las tareas del desarrollo en este periodo de la etapa adulta media, tienen estas manifestaciones:

- Constituye el núcleo de la vida y representa la edad del adulto maduro.
- Se llega a un nivel de estabilización de todo lo que anteriormente se encontraba en agitación.
- Se alcanza una actitud más seria y reflexiva ante la vida.
- El individuo de esta edad mira no sólo hacia delante, sino también hacia atrás.

- Adopta una nueva actitud respecto al factor tiempo. Toma conciencia de que éste es limitado. Se valora y se aprovecha más.
- Vive con más intensidad a fin de sentir la vida y llevarla al pleno éxito.

Las tareas fundamentales de este periodo son:

- *Determinación en los aspectos fundamentales de su vida.* Se siente la necesidad de tomarse la vida más en serio y ser auténtico. Renuncia a posibilidades diversas en *pro* de unas pocas según la dirección tomada y la meta que se quiere conseguir: estado, familia, profesión, puesto de trabajo... Por lo que se produce una reafirmación de compromisos y determinación en ciertas áreas. Todo ello le proporciona una nueva sensación del sí mismo y una valoración más realista de las propias facultades.
- *Relación de apoyo e igualdad con los padres.* El matrimonio y la paternidad facilitan esta tarea. La paternidad le hace profundizar en los vínculos con la familia de origen y al asumir los papeles, prerrogativa de sus progenitores se equipara con ellos. En la medida que este adulto trabaja, contrae matrimonio, ejerce la paternidad, establece amistades adultas, etc., se completa la tercera individualización transformando la relación intrapsíquica de dependencia en otra de apoyo mutuo e igualdad.
- *Actitudes de paternidad.* En lo social se deben desarrollar actitudes de paternidad. La capacidad de intimidad se completa y concreta con la persona elegida y amada. La paternidad conlleva actitudes de vinculación y compromiso progresivo con los hijos que inducen a cambios intrapsíquicos profundos. Se capacita para acoger con tolerancia y comprensión la distinta manera de ser y la distinta valoración orientativa de su cónyuge, de los hijos y de las demás personas con las que establece relación.
- *Generatividad.* Es la productividad y creatividad en los diferentes ámbitos de la vida: nuevas ideas, nuevos seres, nuevos productos. El adulto está a caballo entre dos generaciones a las que ha de proporcionar apoyo y sustento de todo tipo. Constancia, resistencia, persistencia y fortaleza, son sus cualidades. La claridad de objetivos hacia los que aspira, junto con la seguridad, experiencia y rutina adquiridas, le llevan a alcanzar los mejores resultados profesionales. La creatividad, como aportación de algo nuevo desde cualquier dimensión de la existencia, le proporciona la satisfacción, la originalidad en el saber, los sentimientos y en el progreso personal.

- Desarrolla actitudes de flexibilidad y desempeño equilibrado de las responsabilidades y actividades, tales como: autocuidado personal, tareas familiares y laborales, de tipo socioeconómico, de ocio y tiempo libre, etc.

3.1.4. *Adultez tardía (60-65 años, en adelante)*

Este periodo de edad, al ser cada vez más prolongado convendría dividirlo en al menos dos subperiodos: *edad adulta tardía* (hasta los 70-75 años) y *vejez* (a partir de los 75-80 en adelante).

Las tareas del desarrollo en este periodo de la etapa *adulta tardía* (60/65-70/75), tienen estas manifestaciones:

- También llamada *edad involutiva*; de la *experiencia*, y hasta *juventud acumulada*, entre otras.
- Este periodo se caracteriza fundamentalmente por la jubilación, que marca un punto de inflexión en la vida de la persona.
- Al iniciarse el descenso de la curva de la vida, el tiempo cobra un nuevo significado. La vivencia del tiempo es que transcurre con gran rapidez.
- Se inicia el contraste con el pasado.
- Supone una gran prueba de confirmación de la personalidad.
- Disminuye la capacidad de rendimiento y aumenta la fatiga.

Las *tareas fundamentales* de este subperiodo son.

- *Aceptar el envejecimiento corporal y la limitación del tiempo*: Aceptar los cambios visibles en el aspecto físico de la persona. Vivencia de la posibilidad de padecer enfermedades, de tal manera que las ideas y sentimientos sobre la decadencia de la vida cobran relieve. Se precisa de una aceptación gradual de la realidad, al mismo tiempo que avanza la edad. Para un funcionamiento sano. Se ha de enfrentar al mismo tiempo al crecimiento e independencia de los hijos y la muerte de los progenitores e iguales. La persona tiene que adquirir fuerza suficiente para poder superar las cargas físicas y tomar conciencia de que la muerte personal está cada vez más próxima. Se desarrolla una actitud favorable al cultivo del mundo interior, mientras

que hasta el momento se había vivido más vertido hacia el exterior: hijos, trabajos, actividades múltiples.

- *Dejar partir a los hijos y aceptar la inversión de roles.* Afronta el reto de los nuevos compromisos y necesidades del resto de los miembros de la familia. La tarea se puede resumir en lo siguiente: «dejar partir» a los hijos, alcanzar una relación de igualdad con ellos, integrar nuevos miembros en la familia y aceptar la inversión de roles con los padres ancianos. El desplazamiento del equilibrio de poder entre padres e hijos es gradual y prolongado y se produce a medida que ambos se comprometen en su tarea del desarrollo. La tensión entre los recién casados y sus familiares debe resolverse mediante la aceptación de la nueva pareja, de quien puede ejercer una nueva dimensión de control en la vida del otro. Por último el cuidado de los padres ancianos exige una difícil tarea que a veces, obliga a la búsqueda de ayudas sociales.
- *Mantener la intimidad y revitalizar las relaciones establecidas.* Estas relaciones han sido adquiridas durante etapas anteriores. Han de ser cultivadas y revitalizadas activamente en esta época de cansancio de la vida y la pérdida del interés por lo establecido. La intimidad puede verse amenazada por las preocupaciones, el retraimiento emocional debido al compromiso con otras tareas (cuidado de nietos, de padres ancianos, etc.). La intimidad sexual requiere para su desarrollo aceptar el cambio físico de la pareja y los cambios normativos del funcionamiento sexual; se puede compensar con sentimientos de amor y ternura generados en los años de convivencia.

Aceptar la experiencia de monotonía provocada por la falta del propio impulso vital, la falta de incentivos, la rutina, la ausencia de la novedad que suponía los cambios anteriores, etc.

- *Permitir y apoyar el relevo generacional sociolaboral,* que viene provocado por el desplazamiento inevitable de las nuevas generaciones. El conflicto que se crea entre la transmisión de poder y conocimientos a la generación siguiente y el reconocimiento de que con ello se produce el propio desplazamiento, se resuelve mediante la sublimación y el sentido de generatividad que permite y apoya el relevo generacional.

La tarea fundamental es educar a los adultos noveles y fomentar el desarrollo y la carrera de la generación que empieza.

Las tareas del desarrollo en el subperiodo de *la vejez* (75/80 en adelante), tienen estas *manifestaciones*:

- También llamada *edad involutiva*, de la *sabiduría*, *avanzada* y *adulto mayor*, entre otras.
- Es una época de decadencia biológica, psicológica y social.
- Se aceptan más las limitaciones, e incluso la enfermedad.
- Miedo al riesgo de la enfermedad y la muerte personal.
- El enfrentamiento a la muerte de sus iguales.
- Aprecio de la sabiduría frente al aprecio de la fuerza física.
- Flexibilidad y/o rigidez.
- Sentimiento de no servir, inutilidad.
- Temor ante la posible dependencia y la vulnerabilidad.
- Conflicto entre el deseo de envejecer satisfactoriamente y la ansiedad que producen los pensamientos de pérdida de autonomía y muerte.

Las *tareas fundamentales* de este periodo no sólo indican las metas que la persona debe perseguir sino también aquellas que debe pasar por alto, llegada cierta edad. Mientras que las metas adaptadas a la edad se ven reforzadas y apoyadas socialmente, las metas inadecuadas quedan rechazadas y privadas del apoyo instrumental necesario. Estas tareas son:

- *Transcendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo*. Centrar las metas vitales en el rendimiento mental y espiritual y en las relaciones sociales.
- *Diferenciación del ego frente a la preocupación por el trabajo*. La persona mayor debe valorarse a sí misma, a través de actividades independientes de sus periodos anteriores, y de las características positivas adquiridas en su personalidad.
- *Transcendencia del ego frente a la preocupación por el ego*. El temor a la muerte puede verse superado por las aportaciones personales a cualquier nivel: aportaciones por medio de los hijos, el legado material, cultural o espiritual.

De todo lo anteriormente expuesto se puede concluir que las tareas mencionadas expresan fenómenos universales, libres de connotaciones valorativas y conceptualizaciones de escuelas.

La continuidad de las tareas a lo largo de las etapas y subperiodos, responde a las características de un desarrollo progresivo de carácter psicosocial para facilitar su comprensión.

4. FORMAS DE VIDA EN LAS PERSONAS MAYORES

Estilo de vida, modo de vida y forma de vida son expresiones que se utilizan para designar el conjunto de actitudes y comportamientos que desarrollan las personas de forma individual o colectiva, con el fin de satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. La RAE³³, define:

- *Estilo de vida* como el «modo, manera, forma de comportamiento».
- *Modo de vida* la «forma variable pero siempre determinada que puede recibir un ser, sin dejar de ser el mismo».
- *Forma de vida* la «configuración externa o modo de proceder».

Al observar estas definiciones no es de extrañar que las tres expresiones —forma de vida, estilo de vida, o modo de vida— se usen como sinónimos.

Profundizando un poco más en estos términos y en su contenido, nos encontramos que son conceptos que utilizan y abordan su significado distintas ciencias, que tienen como objeto de estudio el sector de personas mayores.

Desde la perspectiva sanitaria³⁴ se establece una diferencia entre el «modo de vida» y el «estilo de vida». Desde esta óptica se entiende por «modo de vida» aquellas «condiciones económicas de un grupo de individuos» (o población), donde los miembros utilizan y desarrollan determinados procedimientos para llevar a cabo acciones específicas con las que configuran su vida. En este sentido, el modo de vida expresa —en un lugar y momento histórico determinado— la lengua, las creencias religiosas, la/s cultura/s, las tradiciones y la autoconciencia del grupo al que pertenecen. Particularidades que se manifiestan tanto, a nivel

³³ 22.ª Edición del Diccionario de la RAE. Vocablos: forma, estilo, modo.

³⁴ www.portalesmedicos.com. Revista electrónica, p.1.(Consultada: 30/1/2012).

de microambiente como, en determinados grupos: la ocupación, el nivel económico, el nivel intelectual, el lugar donde viven y otros. Estas circunstancias hacen que el modo de vida presente aspectos cualitativos y cuantitativos que se traducen en calidad de vida y nivel de vida.

Esta misma fuente consultada³⁵ define el «estilo de vida» como:

«categoría sociopsicológica que se utiliza para describir el comportamiento humano en su medio social, cultural y económico. Es decir, se define por la conducta individual de cada sujeto, su personalidad y los medios que utiliza para satisfacer sus necesidades básicas, todo ello, junto a otras variables, inciden en el proceso salud-enfermedad».

Las diferencias entre ambas concepciones (modo y estilo de vida) son claras, en tanto que el *modo de vida* se entiende por la configuración u organización de los grandes *grupos* y por ello hace referencia a los servicios sociales, instituciones de salud y cuidado, también las educativas y de ocio, los tipos de vivienda, etc. Mientras que el *estilo de vida* hace alusión a las formas de vivir de las *personas*, consideradas individualmente, sus hábitos sanitarios y sociales, la dieta, el ejercicio, relaciones interpersonales, indumentaria, etc.

La *perspectiva sociológica* aporta un modo particular de ver el universo que nos rodea: observa lo general en lo particular. Dicho de otra manera, los sociólogos son capaces de identificar pautas generales en la experiencia social de las personas. Reconocen y tienen presente que cada individuo es único, pero también reconocen que sus experiencias vitales van a ser unas u otras dependiendo del grupo o la categoría a la que pertenecen (varones o mujeres, empresarios u obreros, jóvenes o mayores, profesores o alumnos, etc.).

El *modo de vida o estilo de vida* para la Sociología es la manera en que vive un individuo o un grupo. Incluye los estilos en las relaciones personales, las costumbres, la cultura, el sentido de la vida, los valores, las creencias, los esquemas de conducta, el consumo, la alimentación, la forma de vestir, etc.

El concepto «estilo de vida» presenta matices diferenciales según desde la perspectiva que nos acerquemos al mismo. Es obvio que los estilos de vida tienen un componente cultural importante, en la adquisición de valores, costumbres, instrumentos, que las personas utilizan en sus comportamientos e incluso en la

³⁵ Ídem (p, 2).

configuración de su identidad. También pertenece al pensar común que en la elección de un estilo de vida existe un componente social y grupal importante. En este sentido, se puede afirmar que desde la óptica sociológica, siempre estarán presentes dos aspectos: el carácter activocreativo de los sujetos sociales y la influencia de su contexto sociocultural.

La perspectiva psicológica interesada en el estudio del sujeto individual, de modo holístico, utiliza con más frecuencia el término *estilo* porque hace alusión a lo específicamente individual. Así se ha utilizado este término para referirse al estilo de pensamiento, de aprendizaje, de afrontamiento, de liderazgo, de dirección, etc.

Desde esta propuesta, profundizar en el estilo de vida de las personas implica trascender el nivel analítico de los comportamientos parciales y aislados e intentar comprender al sujeto en su globalidad, en relación consigo mismo, en relación con el grupo social de pertenencia y en relación con el medio ambiente. Por lo tanto, se puede decir que el *estilo de vida* se define como la expresión externa de las cualidades del sujeto individual, integrado por estructuras externas e indicadores funcionales de la personalidad, que en su configuración constituyen la expresión psicológica, subjetivamente determinada del modo de vida del individuo.

En el ámbito individual el análisis de las condiciones de vida permite comprender cómo el modo de vida influye sobre los individuos de manera heterogénea. Para cada sujeto concreto se configuran determinantes sociales muy específicos. Esto puede apreciarse en los diferentes niveles de acción de las condiciones de vida. Éstas son el resultado de la actividad del sujeto, del carácter activo de su personalidad, de su autodeterminación y elección individual, que el sujeto las alcanza a través de su desempeño social. Las condiciones de vida no nos vienen dadas sino que se van labrando continuamente en su interacción con el medio que le es dado.

Finalmente, la OMS definió en 1986 el *estilo de vida* como «una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales».

En este sentido, el estilo de vida que se adopte tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica. Un estilo de vida saludable repercutirá de forma positiva en la salud. Por el contrario, un estilo de vida poco saludable será causa de

numerosas enfermedades como la obesidad, el estrés, el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), el tabaquismo, el sedentarismo, etc.³⁶

4.1. Análisis de las formas de vida

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de nuestros mayores desafíos. En este siglo, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las PM ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, con los que aportan una importante contribución a la sociedad.

La humanidad viene experimentando un cambio brusco, respecto a épocas anteriores. A este cambio ¿se le podría llamar *revolución reproductiva*? Esta revolución viene provocada por una menor fecundidad y una mayor esperanza de vida respecto a décadas pasadas. Estas novedades, envejecimiento, menor fecundidad y mayor esperanza de vida, afectan a la nueva estructura de la pirámide de la población.

Cuando comenzó a detectarse este fenómeno del envejecimiento (s. XX) se provocó una cierta alarma, e incluso rechazo, al percibir el envejecimiento demográfico desde una visión conceptual negativa. Por el contrario, se puede considerar el mayor logro de nuestros tiempos. Ha favorecido, entre otras cuestiones, el estímulo de la investigación en todas las ciencias, especialmente en las biomédicas, educativas y sociales. Una vez más se ha constatado la capacidad del ser humano para seguir aprendiendo en todas las etapas del ciclo vital.

Actualmente las sociedades desarrolladas se enfrentan a una realidad demográfica que requiere actuaciones importantes en el ámbito de *la convivencia, la integración y el bienestar*. Estos elementos ayudan a definir las formas de vida de las PM. A los grupos sociales se les exige eliminar los estereotipos que aún están presentes respecto a este sector de la población y se les pide que conozcan la nueva realidad que los define: personas sanas, activas, autónomas el mayor tiempo posible, etc. Se cuidan para ser independientes, a la vez que demandan participación activa en la sociedad, es decir, espacio y voz social. La sociedad es la que tiene que responder a estas aspiraciones y saber enriquecerse de esta etapa como de cualquier otra. Lo más importante que tiene la sociedad son las personas, con independencia de la edad.

³⁶ Véase «Sociedad del bienestar y calidad de vida».

Llegados a este punto, se recuerda que en 1990, la OMS definió el envejecimiento activo como «el proceso de optimización de oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen». Esta definición enfatiza la importancia del envejecimiento activo. Hace alusión a la posibilidad de que los adultos mayores puedan participar en instancias sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, a partir de la enorme experiencia que ellos poseen en distintos ámbitos de la vida.

Actualmente se está revisando la amplitud y las nociones vinculadas al concepto de envejecimiento activo, sobre las que se sigue avanzando y matizando. Cada vez más se habla del *envejecimiento con éxito*, a la vez que se impulsan las relaciones intergeneracionales, la participación social a través de redes sociales, la vivencia satisfactoria de los propios procesos, la importancia del aprendizaje a lo largo de la vida, el sentido de la trascendencia del concepto ciudadanía, etc., elementos, todos ellos, de gran importancia al tejer las relaciones de la persona con su ambiente.

4.1.1. Cambios en los procesos sociales

Los cambios científico-técnicos a los que estamos asistiendo en los últimos años están provocando importantes transformaciones en la sociedad, cuyas características inciden en la interrelación de las personas, en su conocimiento, información y cultura. Estos cambios son tan bruscos que dificultan su asimilación dentro de la estructura social y provocan cambios substanciales en instituciones que se consideraban inamovibles. La sociedad española ha asumido esta situación de transformación y cambio de forma acelerada en menos de tres décadas, lo que en otros países les ha costado un siglo.

La velocidad con que estos cambios se han producido y su proceso de asimilación, no se ha llevado a cabo sin costes adicionales. Se ha incrementado considerablemente la demanda de servicios públicos y prestaciones sociales para satisfacer las necesidades percibidas y sentidas por la sociedad en general.

Entre los factores que han incidido de manera singular en los cambios, queremos resaltar entre otros: el envejecimiento de la población, la incorporación de la mujer al mundo laboral, evolución de los hogares, así como otros aspectos de carácter cualitativo.

Envejecimiento de la población

Uno de los cambios más importantes que se ha experimentado es el envejecimiento de la población³⁷. España presenta una de las tasas más altas de esperanza de vida a nivel mundial. La esperanza de vida al nacer en 2009 se encuentra, en 81,6 años de media³⁸. Conviene tener presente que el género aporta un matiz diferencial importante, puesto que supera en seis años, a favor de las mujeres, que llegan a alcanzar una esperanza de vida de 84,9 años (a la par de las francesas e italianas) y para los hombres representa los 78,9 años.

Más significativo es el crecimiento de la esperanza de vida a los 65 años, que se sitúa en 20,3 años como media en la actualidad y que va avanzando hasta una esperanza de vida a los 65 años de 22,3 años para las mujeres y 18,4 años para los hombres.

El envejecimiento que se ha alcanzado sobre todo en las edades más avanzadas se intensifica por las bajas tasas de reposición de la población. La tasa de natalidad ha disminuido por lo que no se logra la reposición poblacional. En el 2010, la tasa de fecundidad llega a 1,38 hijos por mujer. Esta cifra es preocupante y acarreará consecuencias significativas en un futuro próximo.

La prolongación de la vida y la falta de reposición poblacional son dos fenómenos que contribuyen al envejecimiento de la población³⁹.

La incorporación de la mujer al mundo laboral

Junto con el envejecimiento, la incorporación de la mujer al mundo laboral, son factores que presionan en la estructura y la organización social y, por lo tanto, también en las formas de vida incluso de los mayores.

La incorporación de la mujer al mundo laboral se ha producido de forma generalizada en los últimos veinte años. La tasa de actividad femenina en España alcanzó el 51,51 % en el tercer trimestre de 2009. Esta tasa de actividad aunque se ha incrementado no alcanza todavía los niveles de países desarrollados como Noruega (75,4%), Dinamarca (74,3%), Alemania (65,4%) o EE.UU. (65,5 %) (INE, 2010).

³⁷ Véase «Envejecimiento de la población».

³⁸ INE. Movimiento Natural de la Población 2010.

³⁹ Envejecimiento poblacional no es igual a envejecimiento personal.

La presencia de la mujer en el mundo laboral incide directamente en la *disminución* del bienestar familiar, puesto que tradicionalmente recaía, sobre ella las responsabilidades familiares del cuidado y los servicios no remunerados. Por otro lado, su presencia en el mundo laboral ha traído consigo una remodelación de la organización familiar, porque han surgido nuevas demandas en las relaciones de convivencia. Paralelamente la mujer se ha visto obligada a conciliar las exigencias de la vida familiar y laboral.

Tanto el envejecimiento de la población como la masiva incorporación de la mujer al mundo laboral están incidiendo en la estructura familiar, en su organización, composición y relaciones de convivencia.

Evolución de los hogares

Desde la década de 1970 en adelante se ha ido produciendo en España una evolución de los hogares debido a una reducción del número de miembros que conviven en los mismos. Además, existen otras causas como el surgimiento de hogares monoparentales por las separaciones matrimoniales y los divorcios, el incremento de madres solteras y, principalmente, por el crecimiento de los hogares unipersonales.

En el año 2009⁴⁰ la composición media del hogar español era de 2,68 miembros, en tanto que, si comparamos estos datos con los de 1970 y 2001, el número de miembros era de 3,8 y de 2,9, respectivamente. Se constata una disminución progresiva de los miembros que componen el hogar.

De los datos del INE (2009) se desprenden además otras informaciones de gran interés que inciden en la composición de los hogares. Entre ellos se mencionan:

- Disminución de las familias numerosas (3,2 % de los hogares).
- Incremento de las parejas sin hijos (22,6 % de los hogares).
- Mayor edad al acceder al matrimonio o a constituir pareja, que se sitúa en 35,72 años para los varones y en 32,58 años para las mujeres. Esto supone un ascenso de más de cuatro años para ambos sexos en el período de 2001 a 2009⁴¹.

⁴⁰ INE. EPF, 2009.

⁴¹ INE. Censo 2001, INE. Base Nupcialidad, 2009.

Estos cambios no son ajenos al sector de las personas mayores. Según los datos del IMSERSO 2010, los hogares en los que conviven los mayores no se distancian de esta tendencia. Casi la mitad viven en hogares de dos personas (47 %), mientras los hogares de tres personas sólo alcanzan el 16 %.

En este contexto de reducción del tamaño del hogar, la aparición de los hogares monoparentales tuvo su manifestación más clara en el censo 2001, donde se contabilizaron 1.329.960 núcleos de madres con hijos, que supuso un incremento del 41 % respecto al año 1991.

Conviene subrayar que el dato más significativo es el incremento exponencial del número de hogares unipersonales, como forma de vida que se va incrementando. Este tipo de hogar es el que obtuvo el mayor crecimiento en 30 años, de 1970 a 2001.

Los motivos que han conducido al incremento en este tipo de hogares en España se encuentran principalmente en dos grupos de población: los jóvenes y las personas mayores⁴². El incremento de jóvenes solteros alcanzó el número de 346.290 en el año 2001, frente a los 112.173 de la década anterior. El incremento de los divorciados y separados que vuelven a vivir solos, 167.000 hombres y 105.000 mujeres, participan en este ascenso y sobre todo por el número de hogares unipersonales de las personas mayores de 65 años: 868.273 en 1991, frente a 1.358.937 en 2001, lo que supone un incremento considerable en tan sólo una década.

El incremento de los hogares unipersonales modifica el perfil del hogar español, que se reduce por la presión de estos núcleos unipersonales. En menos de medio siglo, la familia española ha pasado de ser una familia extensa a un núcleo reducido en el que conviven, principalmente una pareja sin hijos, o una pareja con un solo hijo y el hogar unipersonal. En el caso de las personas mayores, casi un 50 % (48,6 %) de las que no viven solas, convive con su pareja y un 40 % lo hace con hijos⁴³ formas de convivencia que siguen la tendencia marcada en investigaciones precedentes⁴⁴. Es de suponer que el resto de los mayores vivan solos, o en residencias, apartamentos-hoteles, o viviendas compartidas.

⁴² Libro Blanco, 2011. IMSERSO.

⁴³ Libro Blanco, 2010. IMSERSO.

⁴⁴ ECV. IMSERSO, 2004 y 2006.

La reducción en el tamaño del núcleo familiar no puede asociarse a una pérdida de apoyo familiar. Las relaciones se mantienen vivas, dado que el 67,5 % de las personas mayores dicen mantener contacto diario con sus hijos y un 17 % varias veces a la semana, mientras que el contacto diario con nietos es de un 37,5 %, y un 27,5 % lo hacen varias veces a la semana⁴⁵. Los lazos familiares se siguen entretejiendo en la actual familia española según ponen de relieve las sucesivas investigaciones realizadas.

Los lazos emocionales y afectivos se mantienen aunque el perfil analizado muestre una modificación importante. Sus miembros siguen prestándose apoyo mutuo en todos sus aspectos vitales. A modo de ejemplo se puede indicar que 31,2 % de las personas mayores cuidan y atienden a los nietos⁴⁶ y a su vez los hijos entre un 24,9 % y un 31,9 % prestan apoyo y cuidado a las personas mayores, según sus necesidades.⁴⁷

El desarrollo de las comunicaciones que ha convertido el mundo en una aldea global ha revolucionado los modos de las relaciones interpersonales, a nivel general y en particular las relaciones familiares. Los medios técnicos proporcionan en la actualidad oportunidades hasta ahora insospechadas. Nos preguntamos hasta qué punto este nuevo escenario está contribuyendo a desdibujar la presencia/distancia y su incidencia en la familia. Otro interrogante que nos cuestiona es si la tendencia que se está fraguando en esta sociedad global —con redes, nuevos modos de comunicación e interrelación (e-mail, skype, etc.)—, puede compensar los contactos presenciales y en su caso sustituir el apoyo personal.

Los lazos familiares, excepcionalmente en nuestro tiempo, se han visto prolongados en la pervivencia de cuatro generaciones al mismo tiempo. Este hito demográfico se convierte también en una oportunidad de convivencia y relaciones intergeneracionales que no se habían dado en épocas anteriores y que, en la actualidad, se hacen posible debido al incremento de la esperanza de vida. Unido a este hecho, conviene subrayar que las personas no sólo vivimos más tiempo, sino con mayor autonomía. Sin duda, todo ello se debe al impulso de un envejecimiento activo.

⁴⁵ IMSERSO. EMP, 2010.

⁴⁶ Obr. Cit. EMP, 2010.

⁴⁷ IMSERSO. Indicador ECV, 2006.

La trayectoria de las personas mayores de 65 años que viven solas es ascendente hasta la edad de 80 años. A partir de esta edad se puede incrementar la necesidad de apoyo familiar, optando por convivir con otras generaciones. Este proceso se sigue confirmando en la actualidad. A medida que se incrementa la edad, la tendencia a vivir solo puede venir impuesta por las circunstancias personales del ciclo vital. En este sentido, la variable género desempeña un papel importante, puesto que ser mujer y cumplir años refuerza la posibilidad de vivir en un hogar unipersonal.

Hay más mujeres (27,31 %) viviendo solas que hombres (10,41 %) ⁴⁸. Esto se debe a una mayor esperanza de vida en las mujeres. Existen más viudas que viudos y desean permanecer en el hogar el mayor tiempo posible, siempre que puedan valerse por sí mismas. Existen también motivos culturales: la mujer accede al matrimonio a una edad más joven y a los roles familiares que desarrolla como productora principal de bienes familiares. Estas situaciones se incrementan en el mundo rural.

La situación económica y social actual está incidiendo en las formas de vida de las PM. Las últimas investigaciones demuestran que se está produciendo una ralentización en la tendencia a vivir en hogares unipersonales. No obstante, cuando se les pregunta si desean vivir solos o acompañados, manifiestan el deseo de vivir en compañía. La vida en solitario de las personas mayores puede ser uno de los indicadores que mejor muestran la *europeización* de la familia española, aunque persisten diferencias.

4.2. Aspectos cualitativos que inciden en las formas de vida

Hemos prestado especial atención a la dimensión cuantitativa y su incidencia en las formas de vida de las personas mayores. En esta ocasión se abordará la dimensión cualitativa que recoge matices de interés relacionados con la calidad de vida de los mayores.

Los cambios sociales experimentados en las últimas décadas han puesto de relieve que hemos pasado de una familia extensa a otra modificada, que viene a confirmar la necesidad que tienen entre sí, de redes de solidaridad las tres generaciones que la constituyen.

⁴⁸ INE. Base. Indicadores sociales básicos (2009).

La autonomía es un valor en alza en todas las etapas del ciclo vital, por lo que también es deseable, por parte de los mayores, lograr la mayor autonomía posible. Es una de las razones que les permite la independencia residencial porque, en general, manifiestan su voluntad de envejecer en la misma casa en la que han vivido durante décadas.

El apego que se tiene a la vivienda habitual no disminuye sino que tiende a reforzarse cuando se pasa al estado de viudedad. El *locus* residencial lo constituye no sólo la vivienda sino el entorno: barrio/pueblo. Se considera que un cambio de domicilio entraña un riesgo de aislamiento social al perder las relaciones habituales. Los mayores consideran que lo más adecuado es seguir viviendo en casa disfrutando de la soledad si es querida, o considerándola un mal menor, cuando viene impuesta y, por lo general, terminan adaptándose.

Este modo de vida les produce un sentimiento de libertad del que no disfrutarían si convivieran con algún familiar. Apreciación que se detecta en ambos sexos. La convivencia tradicional está sustituyéndose por la separación residencial de las generaciones porque las condiciones de vida, de la población española en general y de las personas mayores en particular, han mejorado ostensiblemente.

El envejecimiento en el hogar propio se hace posible porque disponen de unos ingresos periódicos, que sus antepasados no pudieron disfrutar, y que favorecen su autonomía personal. Les permite decidir con más libertad al disponer de estos ingresos. Esta situación ha contribuido de manera decisiva a que las mujeres otorguen a la viudedad un nuevo sentido dentro y fuera de la casa.

La vida en solitario, al principio, presenta un rostro duro pero con el tiempo va adquiriendo un horizonte de sentido y se llega a apreciar lo que esta vida ofrece: continuidad en su hogar, autonomía y libertad para tomar las decisiones sin tener que dar explicaciones...

Se ha de tener en cuenta que la actual situación socioeconómica puede repercutir en la calidad de vida de este sector de la población.

Este nuevo marco de relación entre generaciones que apuesta por la separación residencial, obedece a una voluntad generalmente compartida de mantener estilos de vida independientes. La solidaridad familiar pervive aunque se desarrolla y contempla de manera diferente. Disminuye la convivencia y se incrementan los contactos a través de los medios de comunicación.

Un número creciente de personas mayores se mantiene en su vivienda hasta que la enfermedad y la dependencia se lo impiden. Les da seguridad que la familia actúe solidariamente en situaciones de necesidad como tenían previsto.

Conviene subrayar que las PM no sólo reciben servicios sino que proporcionan un gran apoyo a sus familiares cuando los necesitan. Es de resaltar el cuidado que prestan a los nietos cuando la generación intermedia lo requiere, pasando con ellos varias horas al día. Esta relación contribuye al proceso de socialización, a la transmisión de la cultura y al fomento de las relaciones intergeneracionales. Este cuidado de los nietos suele resultar una tarea grata y reconfortante porque se sienten útiles y les permite convivir con sus seres queridos.

En general, las mujeres, además de este servicio, suelen colaborar en tareas domésticas en beneficio de los hijos e hijas que por razones laborales no disponen del tiempo suficiente. Los varones se suelen encargar de recoger a los niños en el colegio o la guardería y de hacer recados puntuales.

Aunque la tendencia actual de los mayores es a vivir en solitario, alternativa que favorece su independencia y autonomía respecto de sus familiares, siempre tienen presentes a sus descendientes como referencia familiar, vivan cerca o lejos. Ello les proporciona un sentimiento de compañía y existe una gran diferencia en el proceso de envejecimiento entre los que cuentan con sus descendientes y los que no disponen de este apoyo solidario.

El valor de la autonomía, de vivir solo, se enturbia ante el temor de la dependencia. En los mayores se produce una gran inquietud ante la posible pérdida de la salud, el no valerse por sí mismos, y por lo tanto verse obligados a abandonar su hogar para ser atendidos bien por familiares o por los servicios sociales.

La desvinculación a veces imprescindible de los mayores de su hogar, y casi siempre de su entorno, requiere una mayor reflexión por parte de la sociedad, en orden a la creación de nuevos modelos de convivencia. Deberán ser más personalizados, contemplando las necesidades de cada sujeto, alcanzando el nivel de calidad que requiere la dignidad del ser humano. En cualquier caso, sus condiciones han de ser las más favorables para garantizar la expansión y desarrollo de la persona.

Las nuevas formas de convivencia se van fraguando a lo largo del tiempo debido a la evolución de la sociedad, la incorporación de la mujer al mundo laboral, los nuevos modelos familiares y la asunción de nuevos roles por parte de sus miembros.

Estos cambios sociales y especialmente los que inciden en la estructura familiar hacen posible que los mayores pervivan en el propio hogar durante más tiempo. Para ello es imprescindible que tengan a su alcance las ayudas necesarias que hagan posible dicha permanencia (teleasistencia, apoyo doméstico, redes de comunicación y contacto, localizador GPS/GSM, teléfono de emergencia...).

En el caso de que lo anterior no fuera posible y hubiera que recurrir a la institucionalización, ésta debe ser voluntaria y considerarla como el último recurso. Ha de tenerse como objetivo no descontextualizar a la persona mayor de sus relaciones y entorno vital, impidiendo así la ruptura emocional y sentimental de su trayectoria vital.

5. ESTEREOTIPOS Y VEJEZ

La idea de la vejez ha ido evolucionando en función de las *modas* que han reflejado distintas posturas ideológicas, filosóficas y políticas. A partir de la aceptación de un umbral cronológico, las percepciones del hecho individual de ser viejo pueden variar de una imagen negativa —*de pobreza, soledad, enfermedad, debilidad*— hasta una percepción más positiva que considera al mayor *como una persona que inspira respeto*.

La percepción de la vejez ha evolucionado considerablemente. Uno de los indicadores de *civilización* de un grupo o sociedad es el modo cómo ésta trata a sus mayores. Recordando la historia en general se puede sacar en conclusión que en el pasado hubo ciertamente algunos ancianos muy respetados y considerados.

La vejez, en general, ha sido siempre poco aceptada por los que la padecen y es temida y despreciada por los que aún no han llegado a esta etapa.

A la vejez se asocian un buen número de prejuicios que dificultan su autorrealización. Sin embargo siempre se han levantado voces desde la propia vejez para protestar contra estas falsas creencias. Una de ellas, especialmente relevante, es la de *Cicerón*, que compuso en el año 44 a. C. su famosa obra *De Senectute*. Al escribirla se encontraba el autor en los últimos años de su vida y en forzosa inactividad a causa del régimen del César. Consideraba que los viejos debían quedarse en el mundo para guiar a las generaciones futuras poniendo de manifiesto que, con el paso de los años, se acumulan experiencias y la consideración de que las personas mayores transmiten conocimientos. *Ser viejo es ser sabio*. Descubre entonces que la vejez puede participar de forma especial en la contribución de la felicidad.

Combate cuatro acusaciones que se podrían actualizar tanto en su forma expositiva como en sus contenidos de acuerdo con categorías de nuestro tiempo:

1. La vejez impide la vida activa.

Cicerón responde a este juicio con unos argumentos válidos para nuestra época: «nos aparta, ciertamente, de actividades juveniles, pero la vejez tiene sus propias ocupaciones».

Es una respuesta idónea para quienes dan culto a la juventud y la ponen como centro de la vida. Este autor quiere demostrar que la edad, lejos de descalificar a las personas, aumenta sus aptitudes. Si la vejez tiene mala fortuna se debe, en parte, a los prejuicios sociales.

2. La vejez debilita las fuerzas del cuerpo.

Nada más cierto, pero «la vejez queda compensada en esta falta con el aumento de la sabiduría interna y con la experiencia que dan los años».

3. La vejez está privada de placeres.

Se halla privada de cierto tipo de placeres, pero éstos pueden ser sustituidos por otros de índole más elevada.

4. La vejez es vecina de la muerte.

Cicerón argumenta que la muerte no debe ser temida sino considerada como término natural de la vida como el punto final de un ciclo.

En el s. XX, Aranguren incide a sus ochenta años en la ciceroniana tesis de considerar la vejez como periodo de interiorización y autorrealización. Para este autor históricamente la vida ha sido como una mera supervivencia a partir de los sesenta años. En la actualidad, la marginación del viejo tiende a ser cada vez mayor porque la sabiduría ya no es sólo de transmisión oral.

«Hoy, el abuelo, achacoso o sano, se siente con harta frecuencia “de más” en la familia, hasta el punto de verse empujado a trasladarse a una residencia de ancianos, o de elegir por sí mismo el medio social que perciba con mayores posibilidades que el de la familia nuclear» (1992).

Estos autores, tan distantes en el tiempo, coinciden sin embargo al afirmar que la vejez es una parte del periodo vital con valores y gratificaciones propias, como en otras etapas del ciclo de la vida.

La actitud con la que miremos esta etapa nos va a marcar la forma de vivirla y disfrutarla. Es una paradoja que en la actualidad, donde los ancianos se sienten menos mayores que nunca, llegue a marginarse a la vejez más que en otras muchas épocas.

5.1. Aclaración conceptual y relación entre términos

El lenguaje es un sistema de comunicación, extremadamente desarrollado en los seres humanos, que nos permite expresar y comunicar conceptos, ideas, sentimientos. Es una actividad humana que nace con el sujeto y se forma en el seno de la sociedad. Es el hecho social por excelencia.

El lenguaje está compuesto de segmentos y a cada uno de ellos, se les denomina *palabra*. Por ejemplo, *estereotipo*, *prejuicio*, *vejez*, *mito*, son palabras y a cada una de ellas se les otorga un significado.

- *Estereotipo*: ‘imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable’.
- *Prejuicio*: ‘opinión previa y tenaz, por lo general desfavorable, acerca de algo que se conoce mal’.
- *Vejez*: ‘cualidad de viejo’.
- *Viejo*: ‘persona de edad superior a 70 años’.
- *Mito*: ‘relato tradicional que refiere acontecimientos prodigiosos, protagonizados por dioses, semidioses, héroes o monstruos’.

Este *significado atribuido* (definición) a los términos estereotipo, vejez y mito es lo que se denomina *concepto*. Por tanto, definir una palabra es expresar lo que ella encierra como significado y éste es el concepto.

El ser humano precisa conocer el significado de las palabras que usa para comunicarse y que coincida con el significado que le aplican sus semejantes con quienes comparte un diálogo en el idioma que les es propio. Regla necesaria para entenderse en el diario vivir.

La vejez y el envejecimiento son grandes temas tratados a lo largo de la historia aunque rodeados de mitos y estereotipos. La tendencia a desarrollar mitos o estereotipos es, aparentemente, un elemento común a todas las personas. Estos mitos a menudo se presentan a modo de generalizaciones excesivamente simplificadas de la realidad. Son fuente de información y formación de expectativas.

El aumento progresivo de personas mayores en todo el mundo hace necesario que la sociedad conozca las características de este grupo de población, se elimine la visión distorsionada y prejuiciosa que se ha mantenido durante muchos años y se atienda a sus necesidades desde los diversos ámbitos sociales.

Con el término *estereotipo* se alude, en el campo de las ciencias sociales, al retrato mental del mundo, culturalmente determinado, que se construye el individuo para interactuar con su ambiente. El *estereotipo* se entiende como el conjunto de rasgos que un alto porcentaje de la población general considera apropiados para describir a una clase específica de individuos. Lo hace a través de un doble proceso de homogeneización y generalización del personaje estereotipado al que se adjudica la posesión de unos atributos comunes para todos los individuos del colectivo.

Como consecuencia, desde la perspectiva social, las características del estereotipo se pueden resumir en:

- Imagen esquemática y elemental, sólidamente estandarizada,
- Responde a una estructura cognitiva adquirida, que se construye como economía en la percepción de rasgos de la realidad.
- Funciona con rigidez y escasa posibilidad de cambio frente a experiencias nuevas.
- Reemplaza a la información objetiva o percepción real.
- Tiene un valor negativo intrínseco debido a su contenido sumamente incorrecto y en desacuerdo con los hechos reales.
- Funciona como un proceso de razonamiento «viciado», una especie de «cortocircuito» que se interpone entre los datos de nuestros sentidos y la inteligencia, antes de que aquellos lleguen a ésta.

Conviene resaltar que las características mencionadas, todas ellas, son contrarias a las que se le exige al conocer científico y, por lo tanto, al pensador crítico. Éste se perfila como:

- Ser capaz de delimitar con precisión un problema.
- Es autocrítico, contempla las distintas alternativas entre las posibilidades que se le presentan y busca evidencias y/o pruebas para identificar los aspectos antagónicos de cada situación.

- Reflexiona y delibera, buscando de manera decidida la objetividad en la realidad estudiada.
- Elabora el punto de vista propio y lo justifica.
- Está abierto a las sugerencias de los otros considerándolas como alternativas posibles a su objetivo.

Volviendo de nuevo al tema que nos ocupa, conviene tener presente que el concepto de *estereotipo* se halla fuertemente ligado al del *prejuicio* en una doble dirección:

- Por una parte, si tenemos en cuenta el significado original de *prejuicio*, —preconcepto que se expresa antes de examinar y considerar los hechos a los que se refiere— emparenta con el estereotipo en cuanto que la representación mental se fundamenta en datos no contrastados y a veces erróneos.
- Por otra parte, el *estereotipo*, que hunde sus raíces en lo afectivo y emocional, actúa como el componente cognitivo del prejuicio y se expresa como postura hostil hacia determinadas personas y grupos presuponiendo que los sujetos poseen las cualidades objetables y atribuidas al grupo.

En ambos casos, nos hallamos ante la misma situación de riesgo que hace alusión al cumplimiento o no de una predicción, y que, una vez interiorizada por los sujetos del grupo social estereotipado, adquiere legitimidad plena y, por consiguiente, alcanza la categoría de verdad absoluta y universal, dejando al margen cualquier comprobación objetiva y contrastada.

5.2. Imagen de las personas mayores en los medios de comunicación

El *Libro Blanco* sobre el *Envejecimiento Activo*, editado por el IMSERSO-2011, recoge la imagen que ofrecen los medios de comunicación social sobre las PM. En él nos apoyaremos para desarrollar este apartado.

En el estudio que se realiza se muestra la evolución que la imagen de las PM ha experimentado en los últimos años. En este sentido se llega a concluir que se trata de un grupo heterogéneo, por lo que no se puede definir con los mismos rasgos a todo el colectivo de 65 y más años, al presentar perfiles diferentes. De hecho no existe una, ni única imagen social de los mayores, aunque la reflejada en los medios de comunicación se halla vinculada a los estereotipos de pasividad,

enfermedad, dependencia, declive, falta de autonomía, etc. Esta imagen, que es la que más persiste en los medios de comunicación, está dando paso a otra que representa a los mayores como sujetos activos, participativos, saludables y colaboradores, tanto en el ámbito familiar como social. Se constata que estos rasgos van abriendo un nuevo prisma que contribuye a superar el estereotipo social.

La mirada de la sociedad española hacia las PM⁴⁹ se refleja en los siguientes datos: Un 36,2 % de la sociedad piensa que las PM no pueden valerse por sí mismas y necesitan ayuda, por el contrario, el 63,8 % piensa lo opuesto. Frente a esta opinión sólo un 8,1 % de personas de 65 y más años piensan lo mismo. Las PM tienen una imagen más positiva de sí mismas que la población en general.

Para valorar el momento de cambio que atraviesa la autopercepción que tienen las personas mayores, en el Libro Blanco (2011) se reseñan también estos otros datos:

- En general, se afirma que, las personas mayores tienen una imagen de sí mismas saludable, útil y alegre. Están satisfechas con su situación un 55%; dos de cada tres consideran su situación mejor que la de sus padres cuando tenían su edad y mayoritariamente piensan que gozan de buena salud.
- Además, un 36 % de las personas mayores considera que ser mayor no depende de la edad y existe una clara ruptura entre la edad legal de jubilación y la entrada en la vejez. La tendencia creciente entre las personas mayores es entender la entrada en la vejez como un hecho no cronológico y dependiente de otros factores; concepción que comparten con el resto de la sociedad.

Se ha podido comprobar en investigaciones precedentes cómo la imagen de los niños hacia las PM es tremendamente positiva. Perciben a sus abuelos y abuelas como «ídolos» y, en general, al colectivo de mayores como un grupo vivo y vital, estableciendo una clara diferencia entre las personas que sitúan, en un proceso de envejecimiento pero viéndolas ocupadas, con expectativas y proyectos, y diferenciándolas de aquellas otras que han entrado en la vejez y están quietas.

En la investigación a la que se hace referencia se señala que la imagen se transforma en negativa en los años de la adolescencia, para recuperar una imagen positiva a partir de los jóvenes de 20 años, en tanto que vuelve a descender

⁴⁹ IMSERSO/CIS, 2009.

en las generaciones denominadas de *sostén* (de 30 a 60 años, aproximadamente). Por el contrario, la imagen que considera a la PM como una *carga* va cambiando en la sociedad. Sólo el 3 % de la población los considera como una *carga*, en tanto que los propios mayores consultados (de 65 y más años), en un 14,5 % se consideran así mismos como una carga para los otros. Con estos datos, se nos invita a pensar que en la sociedad española se va desterrando progresivamente este estereotipo. También conviene señalar que la imagen negativa que las PM tienen sobre sí mismas funciona como un freno para su envejecimiento activo y saludable.

La imagen es una construcción social que se va forjando principalmente a través de los medios de comunicación. Los datos que se presentan hasta la fecha hablan de un estereotipo negativo de las PM que se está fragmentando ante la presión de la nueva realidad emergente de este grupo de población. Esto contribuye a que la sociedad cambie la imagen negativa que tenía sobre este grupo poblacional, pasando a ser una imagen más heterogénea, menos lineal y más poliédrica, alimentada por nuevas actitudes, en correspondencia con las de la población en general y consideradas positivas (participación, aprendizaje, hábitos sanos de salud, autocuidado de la imagen personal, ejercicio físico, etc.), que están redefiniendo su imagen social en positivo. Esta realidad heterogénea de las personas mayores también se está abriendo paso en los medios de comunicación social. Hasta aquí se han presentado algunos resultados presentados en el citado *Libro Blanco* (2011).

Existen muchos mitos y prejuicios en la sociedad actual en torno a las PM. Estos mitos tienen relación con las imágenes culturales que priman en las diversas sociedades acerca de los mayores y de la etapa de la vejez. Se ven reflejados tanto en la cotidianidad como en los medios de comunicación —como se acaba de apuntar—, como en el arte, la literatura, el cine y en las diversas expresiones de la época en que vivimos. Muchas veces estas imágenes o estereotipos no son cuestionadas ni existe una reflexión sobre ellas, simplemente son y se aceptan como verdades. Si se toman, por ejemplo, las imágenes de publicidad comercial que hoy aparecen en televisión y donde se muestra una representación de los mayores, se puede observar cuál es la imagen que los medios quieren vender al público y que muchas veces nada tiene que ver con la realidad.

La publicidad solo muestra un momento social muy breve, pues varía constantemente, es por lo que sería muy interesante analizar este tema de los estereotipos e imágenes de la vejez en el cine, considerando que éste refleja momentos

históricos, políticos y sociales que abarcan mucho más en el tiempo, traspasando la época en que fueron realizados y siendo un referente histórico. Se ha llegado a decir que *todo film constituye un reflejo histórico del contexto en que ha sido realizado*. Sumado a lo anterior, si bien el cine es un reflejo de la realidad que lo origina, también puede llegar a ser un creador de cosmovisiones e imágenes culturales en la sociedad.

Al estudiar la vejez abunda la confusión entre hechos científicos y mitos o estereotipos de la opinión pública, como en otras realidades. Al ser esta etapa un tema tan común para cualquier ciudadano y airearse periódicamente en los medios de comunicación, se fomenta que los ciudadanos formen sus propias ideas, sin mayor bagaje que la información periodística o televisiva. Los mensajes se hallan deformados por los intereses que rigen la selección de noticias y por el desconocimiento de los hechos.

Se transmiten estereotipos cuando:

- Seguimos la transmisión conceptual de los estereotipos negativos referidos a este periodo de edad (senilismo) que puede determinar nuestro trato con los ancianos, nuestras ideas sobre el desarrollo de estas personas, así como las posibles alternativas sociales que hay que adoptar para la necesaria formación en este campo.
- Si consideramos verdaderos los falsos conceptos y los convertimos en realidades que pueden modificar las conductas y comportamientos de nuestros mayores.

En este sentido la OMS⁵⁰ alerta sobre este problema y determina que se lleven a cabo programas de formación que eviten estos prejuicios y sus efectos. Irán dirigidos tanto a las personas directamente afectadas como a sus familiares y, fundamentalmente, a todos los profesionales, sanitarios y sociales relacionados con los mayores: educadores, pedagogos, trabajadores sociales, psicólogos, médicos, etc.

A continuación compararemos concepciones erróneas sobre la vejez —abundantes en los medios de comunicación y en las opiniones de los ciudadanos—, con los datos obtenidos en las investigaciones gerontológicas de las ciencias naturales y sociales (Butler, 1977; Moragas, 1991; Pinillos, 1994; Malagón

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud.

Bernal, 1995; Petrus, 1998; Colon y Orte, 2001; Santamarina, 2002; IMSERSO, 2007; IMSERSO, 2010).

– *Primer mito: La ancianidad comienza a los sesenta y cinco años.*

Realidad: la ancianidad no comienza a una edad cronológica uniforme sino variable e individualizada.

El considerar anciano a toda persona de más de sesenta y cinco años tiene una explicación arbitraria y poco racional. Actualmente, aparte de la edad, debemos tener en cuenta el estado psicofisiológico del individuo —enfermedades, historia personal y profesional, equilibrio familiar y social, etc.—, de tal forma que se valora a la persona en su complejidad y no sólo por una variable histórica, importante, pero no determinante de su capacidad vital.

– *Segundo mito: El jubilado ha pasado a una fase de improductividad.*

Realidad: la improductividad puede interpretarse de muy diversas maneras, dependiendo de las circunstancias de cada individuo.

Los sesenta y cinco años constituyen en muchos países la frontera de la jubilación, pero lo que fue política social progresiva de protección a la vejez se ha vuelto hoy en contra de los trabajadores, ya que se reconoce que los topes cronológicos al derecho de trabajar infringen derechos esenciales de la persona y los sesenta y cinco años constituyen una edad en la que se puede desempeñar perfectamente un trabajo.

– *Tercer mito: Existe una progresiva retirada de los intereses de la vida.*

Realidad: A muchas personas no sólo les sigue interesando los diversos planos sociales y familiares, sino que además en esta etapa participan aún más en las distintas ofertas que brinda la sociedad.

Cuando se finaliza la etapa laboral con la jubilación las personas pueden seguir desarrollándose en otros planos de la vida y pueden ser muy productivas, pues su experiencia genera un saber, saber ser y saber estar, que son ejemplos y guía para los componentes de su familia y, por ende, del resto de los ciudadanos.

Existe una falsa creencia de que a medida que envejecemos nos vamos apartando de los intereses y las necesidades sociales. La teoría de la desvinculación respalda esta idea. Por el contrario, muchas personas, al disponer de más tiempo, participan más en muchas actividades de diferente índole. Es importante mante-

nerse activo, continuar relacionándonos con los demás y participar; de este modo, no sólo ralentizaremos el proceso de envejecimiento, sino que nos encontraremos bien con nosotros mismos.

– *Cuarto mito: Las personas mayores se hallan muy limitadas en sus aptitudes.*

Realidad: Los ancianos tienen muchas posibilidades.

La autoimagen que tenemos sobre lo que somos capaces o no de hacer depende de los demás y de uno mismo. Si se consideran las facultades que la persona tenía cuando era joven, probablemente se llegará a la conclusión de que actualmente tienen bastantes limitaciones, pero, si se tienen en cuenta las facultades residuales y posibilidades vitales, la situación varía.

– *Quinto mito: Los mayores son inflexibles e incapaces de cambiar y adaptarse a nuevas situaciones.*

Realidad: Muchos mayores no sólo son capaces de adaptarse continuamente a nuevas situaciones, sino que nos enseñan a través de su ejemplo.

La perspectiva de esta etapa como un periodo donde existen unas fronteras de pensar y actuar rígidas, sin posibilidad de cambio, nos lleva a un posicionamiento absolutamente negativo sobre nuestro propio envejecimiento. En esta etapa, al igual que en las anteriores, el contacto diario con las diferentes situaciones que nos toca vivir nos lleva a nuevos planteamientos y adaptaciones continuas. De hecho, muchos mayores son ejemplo de serenidad, coordinación y visión de futuro, ante la continua toma de decisiones.

– *Sexto mito: La ancianidad suele venir acompañada de falta de memoria.*

Realidad: la pérdida de memoria puede existir en cualquier edad.

El envejecimiento no es una enfermedad, por lo tanto, no tiene por qué venir acompañado de un declive o déficit en el organismo. Muchas personas disfrutan de esta etapa con buena salud y con optimismo.

– *Séptimo mito: El anciano es una idílica, que vive en un contexto feliz, lleno de afecto.*

Realidad: Existe muchas y variadas situaciones dentro de esta etapa.

En ocasiones, se concibe como un momento de la vida donde la persona se resigna a ser feliz, está rodeada de los nietos y los miembros de su familia que le

cuidan y dan el afecto que necesita. Esta situación no siempre es así, pues muchos de los senescentes están sometidos a mayor estrés que otros grupos sociales.

– *Octavo mito: La ancianidad es una etapa totalmente negativa.*

Realidad: La ancianidad es una etapa vital peculiar.

Deberíamos preguntarnos: ¿cuáles son las características de la ancianidad? La psicología del desarrollo humano considera esta etapa como una más de la experiencia vital y, como cualquier otra, con características tanto positivas como limitadoras. El desarrollo humano comienza al nacer y no cesa hasta la muerte, variando en cada etapa sus tipos y manifestaciones y las reacciones individuales y sociales.

La persona constituye un ser en proceso de desdoblamiento que se va completando con la experiencia vital en todas sus facetas. Esta orientación supera el planteamiento tradicional de las etapas vitales de crecimiento, madurez y decadencia que, si bien son ciertas en el desarrollo fisiológico, no lo son necesariamente en la vida psíquica y social. Una persona mayor posee variedad de experiencias, conocimientos y saberes que no puede tener un joven, quien posee fuerza física y vital.

Si la sociedad valora únicamente el desarrollo fisiológico, son evidentes las limitaciones del anciano; sin embargo, si ésta aprecia la calidad psíquica y social, entonces existen muchas oportunidades. El equívoco actual consiste en contraponer conocimientos tradicionales de ancianos frente a saberes contemporáneos de jóvenes, como si el aprovechar unos implicara negar los otros. Aquí reside la falacia de dicho planteamiento, ya que ambos son indispensables para el desarrollo de la sociedad.

– *Noveno mito: El mayor es conservador y depositario de la tradición.*

Realidad: Cada persona refleja la esencia de su personalidad a medida que cumple años.

La sociedad en la que vivimos está sometida a continuos cambios, lo que conlleva que todos tengamos que adaptarnos continuamente. No podemos concebir a los mayores como personas conservadoras a ultranza, pues existe todo tipo de casuística. La apertura y comprensión de los nuevos sucesos y formas de vida no depende de la edad, sino de la mentalidad, la educación y la cultura que nos ha afectado a lo largo de nuestra vida.

– *Décimo mito: Envejecer implica tener que renunciar a la sexualidad.*

Realidad: Con la edad no desaparece la sexualidad.

La actitud emocional, la capacidad que cada uno tiene para amar, el interés sentimental por otras personas y las relaciones sexuales no sólo se mantienen con la edad, sino que muchos de estos aspectos aumentan, aunque las manifestaciones son diferentes. A medida que cumplimos años, el cariño, el sentirse querido, cuidado y mimado, es una necesidad. Las vivencias afectivas son básicas para el equilibrio emocional de la persona.

Las posturas más pesimistas conciben la vejez como una etapa de decadencia, donde sólo existe el dolor, el malestar, la penuria económica, la frustración... Es un momento en el que se vive esperando la muerte. En contraposición, hay que afirmar que esta última etapa de la vida constituye una dimensión posibilitadora, en la medida en que puede llegar a ser un momento de júbilo, de equilibrio, de paz y bienestar personal y social.

Las actitudes sociales que están presentes en la imagen que se tiene sobre las personas mayores, las podemos resumir en cuatro modelos filosóficos (Nieto y otros, 1993):

- *Rechazo*. La ancianidad es contemplada como la antítesis de los valores sociales prevalentes (productividad, rentabilidad, dinamismo, etc.)
- *Servicios sociales*. Es aún considerada una etapa deficitaria, pero no se rechaza explícitamente. La sociedad se interesa por la satisfacción de las necesidades y por el bienestar de las PM mediante la familia y la intervención de los entes públicos.
- *Participación*. Se acepta a la persona mayor y se reconocen sus características propias. La sociedad desecha la segregación. Las personas mayores deben vivir en estrecho contacto con la sociedad, realizando nuevas y antiguas actividades que estén asociadas a lo que se puede calificar como normal en un ambiente interrelacional concreto y determinado.
- *Autorrealización*. Es un período potencial de desarrollo psicológico, en el que nuevas actividades son posibles e, incluso, convenientes. La sociedad se debe ocupar de todos los campos posibles que abarcan la vida del anciano (laboral, familiar, intelectual, creativo, interrelacional, etc.) de forma que éste pueda autorrealizarse y ser creativo.

Desde la planificación propuesta por la Carta Europea de la Tercera Edad, se pretende provocar el cambio de actitudes en la sociedad frente a los mitos y prejuicios ante esta etapa.

5.3. La realidad social como alternativa al estereotipo

Todas estas afirmaciones esquemáticas, estandarizadas y deformadas, suelen estar ancladas en prejuicios, que como se indicó en párrafos anteriores son formulaciones predefinidas, de razonamiento viciado, opuestas a un pensamiento crítico confrontado con la realidad y que conforman una imagen estática y cerrada de la vejez.

De este modo, todos los sujetos que genéricamente se integran en el grupo cuya etiqueta es «tercera edad» han de responder a los rasgos que les hace *homogéneos* como ancianos y/o viejos según estos estereotipos:

- Cronológico, que reza: vejez «igual a» suma de años vividos.
- Biológico, que reza: vejez «igual a» senilidad.
- Psicológico, que reza: vejez «igual a» declive intelectual, inflexibilidad y desvinculación.
- Sociológico, que reza: vejez «igual a» inutilidad, aislamiento y soledad.

Como antítesis a estos estereotipos negativos se presentan los de carácter positivo, idealizados, de la misma vejez: juventud acumulada, edad de la experiencia, edad de la sabiduría, edad dorada, edad plateada, vencedores del tiempo, etc.

El conjunto de estos estereotipos positivos y negativos debe ser necesariamente cuestionada, tanto desde el punto de vista del análisis sociológico como desde la perspectiva específica de la información periodística, dado que los datos en que se fundamenta, precisamente por su naturaleza estereotipada, no han sido sometidos a contraste o verificación actualizada y, en consecuencia, corren el riesgo de ser invalidados por obsoletos, falta de rigor o inadecuación a una realidad social, como la de la generación presente de personas mayores, en constante e irrefrenable transformación.

Una vez revisadas diversas investigaciones, de carácter teórico y empírico, en las diversas áreas de las ciencias sociales sobre el tema, estamos en condiciones de afirmar que la inmensa mayoría de los rasgos atribuidos al estereotipo de la vejez, con carácter de verdad absoluta, carecen de legitimidad y valor científico.

6. SÍNTESIS

Hemos presentado diferentes aspectos relacionados con la calidad de vida de las PM: la sociedad del bienestar y el desarrollo humano, el envejecimiento de la

población, aspectos psicológicos de esta etapa, las formas de vida y los estereotipos sobre las PM.

La inclinación al bienestar para cubrir las necesidades que sienten los mayores requiere el empleo de recursos que, por lo general, son escasos. La simple observación de lo que, a lo largo de la historia ha sucedido, pone de manifiesto que no todos, ni siempre, logran este bienestar que apetecen y al que, por su propia condición de personas humanas, tienen derecho.

Europa envejece a un ritmo cada vez más rápido y está siendo testigo del envejecimiento poblacional, fenómeno que está trastocando las estructuras demográficas y con amplias repercusiones. Se trata de una revolución silenciosa que demanda cambios importantes en nuestra sociedad respecto al grupo de población protagonista: las personas mayores.

A lo largo de la vida se producen cambios cuantitativos y cualitativos en el ser humano desde su nacimiento hasta su muerte, lo que se conoce como desarrollo. Este se caracteriza por ser gradual, relativamente ordenado e implica diferencias individuales.

La Psicología Evolutiva estudia estos cambios durante todo el ciclo vital de la persona. Nadie duda ya de que se puede hablar de una Psicología del Desarrollo de la edad adulta.

A lo largo del tiempo se van fraguando nuevas formas de convivencia, debido a la evolución de la sociedad, la incorporación de la mujer al mundo laboral, los nuevos modelos familiares y la asunción de nuevos roles por parte de sus miembros. Estas características inciden en el grupo de personas mayores, de manera específica. Se incrementa la vivienda unipersonal, el resto viven con su pareja, hijos o de forma institucionalizada.

La realidad heterogénea de las personas mayores se está abriendo paso en los medios de comunicación social. Los datos que se presentan hasta la fecha hablan de un estereotipo negativo que se está fragmentando ante la presión de la nueva realidad emergente de este grupo de población.

A la sociedad se le ofrecen grandes desafíos en la preparación de profesionales competentes para llevar a cabo aquellas acciones que se adecuen a los servicios y apoyos que las PM necesiten, teniendo como referencia el código deontológico y desde él evaluar su comportamiento profesional.

Capítulo 4

Envejecimiento activo y saludable

Rosario Limón Mendizábal
M.^a del Carmen Ortega Navas

1. Prevención de la salud en personas mayores.
2. Síndromes geriátricos.
3. La salud en las personas mayores. Nutrición.
4. Higiene en las personas mayores.
5. Estilos de vida y medidas preventivas.
6. Síntesis.

Desde tiempos remotos, la prolongación de la vida ha sido una de las metas de la humanidad. Hoy día, en casi todos los países del mundo, la esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente, produciéndose un incremento de la proporción de personas mayores en la comunidad. Esta situación ha provocado un importante cambio social.

El gran desafío para esta década y las próximas es cómo vivir más y mejor dentro de los límites naturales de nuestro organismo, que pareciera estar establecido de antemano para cada especie animal. Envejecer es un proceso normal, natural, que comienza desde que somos engendrados, distintos entre persona y persona, y que incluso varía dentro de los órganos de un mismo sujeto.

A través de este capítulo queremos aportar algunos elementos para colaborar a un envejecer activo, creativo y feliz, en oposición a la antigua visión del envejecer como sinónimo de enfermedad o como una acumulación de ellas; por el contrario, creemos que ésta es una hermosa etapa de la vida que necesitamos conocer, valorar, y prepararnos para vivirla en plenitud.

La vida es desarrollo. Envejecer es crecer. Crecer es cambiar. Pero algunas personas mayores piensan que lo mejor es dejar paso a otros, apartarse del mundo que han construido y aislarse encerrarse en los recuerdos del pasado. Pero no debe ser así. Las personas mayores que envejecen con vitalidad saben que dar sentido a sus vidas significa seguir creciendo en armonía con ellos mismos, con sus seres queridos y con la sociedad en la que viven.

Es verdad que no es fácil ser mayor hoy porque hay que desempeñar papeles nuevos en la sociedad. Antes, nuestros padres, cuando llegaban a mayores lo que se esperaba de ellos era sencillo: ser abuelos, vivir rodeados de la familia, dejarse cuidar y pasar el tiempo descansando. Hoy no puede ser así. Este ya no es el modelo de ser mayor. Vivimos en una sociedad que cambia rápidamente y las personas mayores deben ser activas y no pasivas, agentes y no pacientes, autónomas y no dependientes.

Es importante precisar que la actividad, independientemente de que pueda materializarse en acciones y realizaciones con gran nivel de concreción, es un posicionamiento vital implicado. Es el mecanismo a través del cual la persona asume las riendas de su vida en un hacer proactivo y no meramente receptivo-pasivo. Este ser activo se refleja en una responsabilidad de la persona hacia el cuidado de su propia salud (desarrollo de hábitos saludables, estar física y mentalmente activo) y la inserción participativa en la realidad social (relacionarse con otros, asociarse, estar presente en la vida de la comunidad). Las realizaciones concretas han de vivirse de forma intrínsecamente motivada, priorizando en ellas elementos que las hagan singulares y significativas para la persona y, por tanto, han de formularse en clave participativa, integral, flexible, de calidad, evaluable, sostenible e innovadora.

Envejecimiento activo, calidad de vida, salud positiva, atención centrada en la persona, estilos de vida, son conceptos que dan sentido al contenido de este capítulo.

1. PREVENCIÓN DE LA SALUD EN PERSONAS MAYORES

Los textos gerontológicos utilizan a menudo el giro expresivo «dar vida a los años» como complemento a la frase «dar años a la vida», para hacer énfasis en que no es suficiente con vivir mucho tiempo sino que las personas debemos mantenernos en un estado de salud que evite la situación de dependencia institucional y /o familiar durante los últimos años de nuestra vida.

Los avances de las ciencias de la salud han hecho posible prolongar la esperanza de vida de una forma considerable. Actualmente la vida media se sitúa por encima de los 75 años en los países de alto nivel de bienestar. En España, en el momento actual se disfruta de una de las esperanzas de vida más altas de Europa y, por tanto, del mundo (78,2 en el caso de los varones y 84,3 en el de las mujeres en 2010 y 80,89 y 86,92, respectivamente, en el 2013). Sin embargo, no es suficiente conseguir vivir muchos años, lo fundamental es mantener al mismo tiempo un buen estado de salud y calidad de vida.

El profesor Ribera (2011, p. 228) señala «que hablar de salud en la persona mayor obliga a hacerlo desde la prevención. Sin embargo, se trata de una cuestión a la que no se ha prestado hasta hace muy pocos años la importancia que realmente tiene». Rowe, en 1999, estimaba en una editorial de *New England*

Journal of Medicine que la prevención podía ser considerada como la asignatura pendiente dentro de la Geriatría. En un contexto más amplio, Hazzard, habla de gerontología preventiva en las sucesivas ediciones de su clásico texto de la especialidad, incluida la última de 2009, y la define, como «el estudio y la puesta en práctica de aquellos elementos relacionados con el estilo de vida, con el control del medio ambiente, y con el cuidado de la salud que pueden maximizar la longevidad con la mejor calidad de vida posible tanto individual como colectiva».

En términos similares la OMS utilizó en 2002 la expresión «envejecimiento activo», como reto para los próximos años basado, sobre todo, en la adopción de medidas de carácter preventivo. Lo define como «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen» OMS (2002: 79).

En relación con la prevención contemplada desde la Gerontología y la Geriatría conviene que tengamos presentes dos mensajes básicos. El primero, que las medidas preventivas deben tomarse cuanto antes mejor, a ser posible en la infancia. El segundo, menos asumido por la sociedad e incluso por los profesionales de la salud, es que ninguna edad es mala para iniciar estas medidas.

Existe, por tanto, la necesidad de hacer llegar a todo el mundo, personas mayores, cuidadores, profesionales, administraciones y sociedad en general, que la prevención es posible a cualquier edad, y que poner en marcha las medidas adecuadas en este terreno va a contribuir a mejorar no sólo la calidad de vida en las personas mayores, sino que también va a ser rentable en términos económicos al reducir gastos derivados de la morbilidad prevenida (Ribera, 2011: 246).

En este capítulo, analizamos los factores y elementos que contribuyen a ralentizar el proceso de envejecimiento y que favorecen la longevidad y el buen envejecer.

Así mismo, señalamos los ejes principales de las políticas gerontológicas que pueden resumirse en los que enumeramos a continuación; éstos plantean nuevos retos en la prevención, educación y promoción de la salud en esta etapa de la vida:

- Envejecer en casa.
- Mantener al mayor en su entorno.

- Favorecer su participación e integración en su comunidad, continuando socialmente activo.
- Promocionar su salud integral por medio del mantenimiento de sus capacidades físicas, psíquicas y socioafectivas y de su capacidad funcional e independencia personal.
- Jubilación: necesidad de una preparación.
- Atención a la dependencia.
- Solidaridad entre generaciones: educación intergeneracional.
- Envejecimiento activo.
- La formación en esta etapa de la vida.

Señalamos, a continuación, algunos de los espacios educativos para llevar a cabo una promoción y educación para la salud, éstos son cada vez más numerosos en la sociedad actual.

- ▶ Centros que favorecen las relaciones de convivencia y el desarrollo integral de las personas mayores.
- ▶ Su funcionalidad se ha ido adaptando a las necesidades de este colectivo, pasando de un carácter asistencial a una concepción socioeducativa y cultural.
- ▶ Favorecen la participación y formación permanente.
- ▶ Son espacios profesionales y de investigación:
 - Los hogares y clubes
 - Centros de mayores
 - Centros de día
 - Centros residenciales
 - Centros sanitarios
 - Universidades populares
 - Centros cívicos
 - Aulas de la tercera edad
 - Programas universitarios de mayores
 - Asociaciones de mayores
 - Servicios sociales: Programa de ayuda a domicilio
 - Apartamentos residenciales
 - Escuelas de adultos
 - Los medios de comunicación: programas de radio y televisión
 - Los parques

Fuente: Elaboración propia.

Figura 4. Espacios de aprendizaje a lo largo de la vida para adultos mayores

1.1. Factores que contribuyen a la longevidad

Durante los últimos años se han producido importantes avances en la comprensión de las bases del envejecimiento, así como de su expresión en el comportamiento de los individuos. El envejecimiento no es sólo un proceso biológico, sino un proceso determinado por una serie de factores biológicos, sociales y ecológicos. El envejecimiento saludable es el resultado de un proceso que dura toda la vida. Por consiguiente, es necesario optimizar el desarrollo del individuo desde la primera infancia. Sabemos que una serie de factores en la primera infancia, la adolescencia, durante los principios de la edad adulta y durante la madurez, así como la situación vital actual de las personas mayores, determinan el proceso de envejecimiento y bienestar en la vejez. El envejecimiento saludable es un reto para todos los gerontólogos y geriatras, un reto para los científicos de muchas disciplinas, un reto para los políticos y un reto para todos aquellos que trabajamos con las personas mayores.

Señala el profesor Francisco Mora (2009: 14-17) en una entrevista realizada a la revista «60 y más»:

«Que se nos determina en que genéticamente viniendo de nuestros padres traemos una carga determinada, pero que no alcanza más del 25 por ciento de lo que va a ser cada uno de nosotros. El 75 por ciento de lo que vamos a ser depende de nosotros mismos, de cómo desarrollemos nuestra propia vida... Estamos entrando en el siglo que pasaremos del genoma al ambioma. Pasaremos de lo mucho que conocemos de los genes, a conocer algo de lo que no conocemos nada, que es el medio ambiente.»

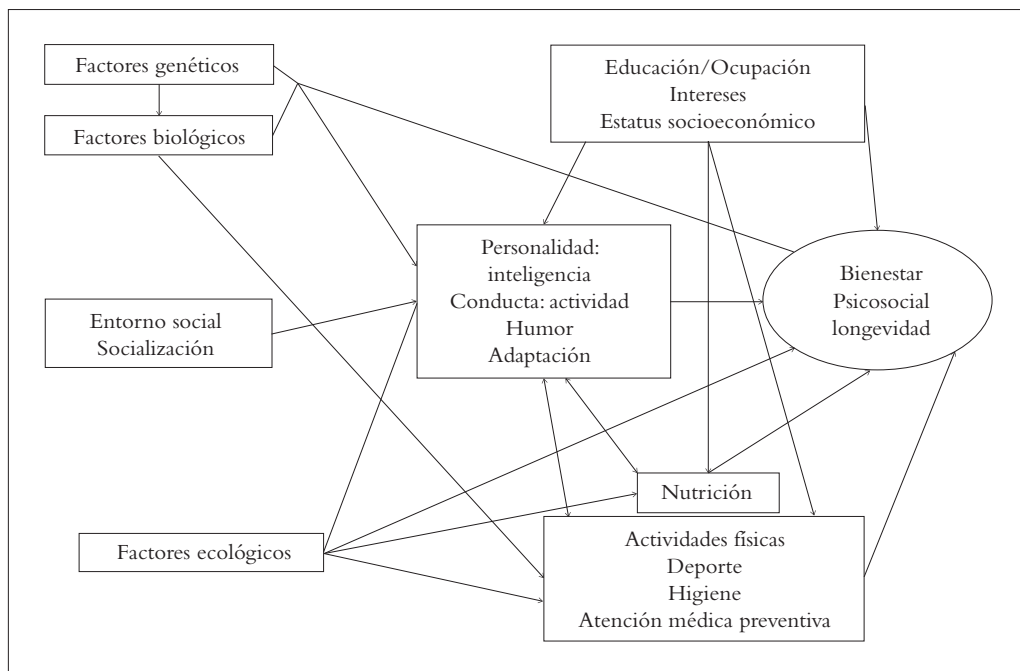
Los determinantes ambientales son muy importantes y poco a poco los vamos conociendo. Los estilos de vida y el marco en el que se vive son fundamentales para la prevención de determinadas enfermedades y para envejecer con éxito. Las medidas de prevención para mantener y aumentar las capacidades son necesarias.

El profesor Francisco Mora (2009: 17) apunta doce claves, para envejecer con éxito:

1. Restricción calórica y hábitos dietéticos saludables.
2. Ejercicio físico aeróbico.
3. Ejercicio mental.
4. Viajar.
5. Adaptarse a los cambios sociales.
6. No vivir solo.

7. No fumar.
8. No sufrir estrés con desesperanza.
9. Tener un buen sueño, en completa ausencia de cualquier estímulo luminoso.
10. Evitar el «apagón emocional».
11. Dar sentido a la vida con agradecimiento.
12. Alcanzar la felicidad, entendida ésta como ese punto de felicidad que se consigue cuando se está en el mundo sin necesidad de él.

Otra autora que lleva muchos años investigando los factores que favorecen la longevidad es Úrsula Lehr (2008: 246). En este artículo señala que por muy influyentes que sean los factores de tipo genético, biológico y físico, no son suficientes para explicar la longevidad. Los resultados de la investigación internacional en esta materia indican una serie de relaciones interesantes, y puntualiza que «se debería hacer hincapié sobre todo en la idea que una serie de factores susceptibles de influir en una mayor esperanza de vida interactúan unos con otros». En la figura, recogemos un posible modelo de estas influencias que interactúan en la longevidad.



Fuente: Úrsula Lehr (2008, p. 246).

Figura 5. Factores determinantes multidimensionales de la longevidad

Como observamos, Úrsula Lehr enuncia una serie de factores asociados a una supervivencia más larga. Uno de los aspectos es, precisamente, la existencia de estados de ánimo positivos, los contactos sociales, la actividad y el humor, que ponen de manifiesto la importancia de una educación para la salud y de una pedagogía del humor (Fernández y Limón, 2012), no sólo en la vejez sino en todas las etapas de la vida.

Rodríguez-Artalejo (2011: 2) señala que, aunque se van acumulando evidencias de que el envejecimiento satisfactorio se incuba desde el vientre materno, hay unas cuantas recomendaciones útiles en la edad adulta y en la vejez. Primero, no fumar, o dejarlo cuanto antes porque muchos de los beneficios de abandonar el tabaco, en especial sobre la función respiratoria y la cardiovascular, se obtienen en poco tiempo. Segundo, la actividad física regular ajustada a la capacidad individual. Nada tiene un efecto tan favorable como la actividad física para reducir la enfermedad y la discapacidad, y mejorar la calidad de vida. Tercero, controlar médicamente algunos factores de riesgo cardiovascular; la hipertensión arterial es el más importante, pues es la principal causa controlable que, a su vez, es la primera causa de discapacidad grave en la edad adulta. Cuarto, consumir preferentemente alimentos de origen vegetal y, sobre todo, cierta frugalidad en la comida, a fin de evitar la obesidad, una causa fundamental de los trastornos osteomusculares, que son la primera causa de discapacidad leve y moderada, y de pérdida de calidad de vida de los ancianos. Por último, señala este profesor, que todo lo anterior será más fácil si se vive y se lleva a cabo con los que quieres y te quieren. Una buena red social, a menudo imprescindible para recibir ayuda emocional y material, alarga la vida y mejora su calidad en los adultos mayores, tanto en la población general como en los pacientes.

Asimismo, San Martín, Pastor y Aldeguer (1990) ofrecen una serie de recomendaciones para prolongar la longevidad individual. Recomendaciones que plantean la necesidad de una educación integral a lo largo de toda la vida y, especialmente, en esta etapa:

- Actitud optimista ante la vida y consideración de la muerte como un fenómeno normal (eliminando con ello el temor a morir).
- Mantener un tipo de trabajo útil, que le satisfaga tanto material como «espiritualmente».

- Evitar la vida sedentaria. Realizar ejercicios variados y adecuados a la edad y al estado de salud. Para estos autores los mejores ejercicios son la marcha a pie, la bicicleta, la carrera suave a pie, la gimnasia, y la natación.
- Mantener una permanente actividad intelectual, a través de la lectura, la visita a museos, exposiciones, el estudio, etc.
- Evitar las tensiones emocionales, las angustias y el estrés sostenidos. Este último favorece el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cánceres y la mortalidad general.
- Evitar todo tipo de radiaciones, tanto las naturales como las artificiales.
- Evitar el tabaco, las bebidas alcohólicas y las drogas, así como también el exceso de medicamentos. Existe relación causal entre el hábito de fumar tabaco y el cáncer de pulmón, angina de pecho, enfermedades leucémicas y mortalidad por cardiopatía isquémica. Además, acorta la vida (la esperanza de vida disminuye en más de ocho años en los individuos que fuman dos o más cajas de cigarrillos al día, y esta relación aumenta a medida que se fuma más).
- En cuanto al alcohol, entre otros efectos negativos, estos autores hacen hincapié en que el aporte de calorías de éste no tiene ningún efecto en el nivel nutricional, y lo único que consigue es aumentar el aporte calórico favoreciendo una aceleración del proceso de envejecimiento.
- Evitar los accidentes, tanto caseros como laborales, o los que se producen en el exterior, en especial, los de tráfico.
- Realizar un control médico de la salud una vez al año, y cada seis meses en los ancianos; control que incluya un examen biológico, funcional, mental y de autonomía.

La OMS (2002) recalca la necesidad de prevención, pues señala que las investigaciones revelan que cada vez más los orígenes del riesgo de enfermedad crónica comienzan en la primera infancia. Dicho documento establece una serie de influencias o «determinantes» que rodean a las personas y que afectan al proceso de envejecimiento. Estos son:

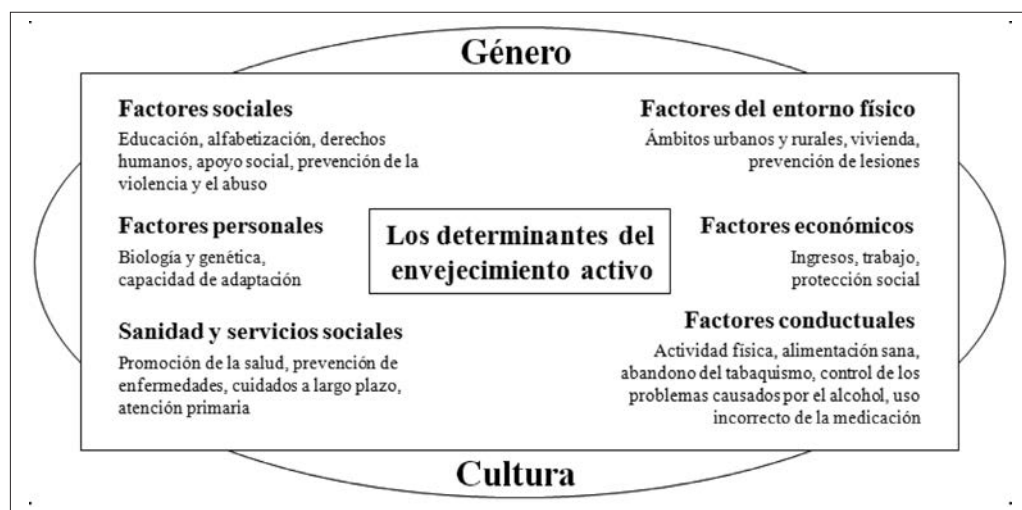
- Determinantes transversales como pueden ser la cultura y el género: pues se entiende que la cultura, que rodea a las personas y poblaciones, determina la forma en que envejecemos porque influye sobre todos los demás

determinantes del envejecimiento activo; en cuanto al género hay que decir que en muchas sociedades las mujeres tienen una situación social de inferioridad y de menor acceso a recursos (alimentación, educación, trabajo, servicios sanitarios).

- Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales, pues para fomentar el envejecimiento activo y la longevidad, es necesario que los sistemas sanitarios tengan una perspectiva del ciclo vital completo y se orienten a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y el acceso equitativo tanto a una atención primaria como a una asistencia de larga duración de calidad.
- Determinantes conductuales, muy importantes, pues la adopción de estilos de vida saludables y la participación activa en el propio autocuidado son importantes en todas las etapas del curso vital. Uno de los mitos sobre el envejecimiento gira en torno a la idea de que, en la vejez, ya es demasiado tarde para adoptar un estilo de vida saludable. Y al contrario, implicarse en una actividad física adecuada, una alimentación sana, no fumar y el consumo prudente de alcohol y medicamentos en la vejez puede evitar la discapacidad y el declive funcional, prolongar la longevidad y mejorar la propia calidad de vida.
- Determinantes relacionados con los factores personales, entrando en juego la genética y la biología, que influyen en gran medida en cómo envejece una persona; asimismo, cobran importancia factores psicológicos como la inteligencia y la capacidad cognoscitiva y son calificados por Smits (1999) como potentes predictores del envejecimiento activo y la longevidad.
- Determinantes relacionados con el entorno físico. No cabe duda que vivir en entornos físicos adaptados o adaptables puede establecer grandes diferencias, asimismo hay que tener en cuenta cuestiones relacionadas con la seguridad de la vivienda (relacionando la cuestión con las probabilidades de lesionarse por una caída). En este apartado la OMS también señala la importancia del acceso al agua limpia, el aire puro y el acceso a alimentos sanos.
- Determinantes relacionados con el entorno social, el apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje continuo durante toda la vida, la paz y la protección frente a la violencia y el abuso, son factores fundamentales del entorno social que mejoran la salud, la participación y la seguridad a medida que las personas envejecen. La soledad, el aislamiento

to social, el analfabetismo y la falta de educación, el abuso contra las personas de edad avanzada y la exposición a situaciones de conflicto aumentan enormemente los riesgos de discapacidad y muerte prematura en las personas mayores.

- Determinantes económicos, la OMS señala tres aspectos del ámbito económico que tienen un efecto especialmente significativo sobre el envejecimiento activo: los ingresos, el trabajo y la protección social.



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2002.

Figura 6. Factores determinantes del envejecimiento

Todos los factores enunciados por los distintos autores e instituciones ponen de manifiesto la necesidad de trabajar la prevención en el ámbito de la salud, potenciando una educación gerontológica.

2. SÍNDROMES GERIÁTRICOS

La transición demográfica hacia el envejecimiento poblacional es un hecho distintivo de este siglo. El aumento de la esperanza de vida es un fenómeno que avanza de modo silencioso e irreversible y que hace que las poblaciones estén cada vez más envejecidas. En la actualidad, poco más del 15 % de la población tiene más de 65 años y se prevé que esta cifra irá en aumento y que se triplicará en los próximos 25 años.

En este contexto queremos resaltar que la educación para la salud en la población mayor tiene como objetivos primordiales: a) aumentar la expectativa de vida con una mejora de su calidad, b) prevenir y retrasar el deterioro funcional y orgánico, c) mantener y mejorar la autonomía y evitar así la dependencia de modo que la capacidad de realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se vea potenciada.

Los autores hacen énfasis en abordar los cambios funcionales y cognitivos teniendo en cuenta el estudio y análisis de las necesidades y expectativas del adulto mayor. También inciden en diseñar soluciones a las necesidades identificadas desde un ámbito multidisciplinar con la participación de diversos actores y la construcción de una infraestructura gerontológica (Fernández-Abascal, 2000; Harrington y Harrington, 2000; Petrus, 2000; Orduna y Naval, 2001; Casares, 2002; Cigolle, 2007; Abellán y Esparza, 2009; Martín Lesende, 2010; entre otros).

Como punto de partida cabe destacar que con el transcurrir del tiempo cada estructura, tejidos y órgano del organismo van deteriorándose progresivamente y perdiendo la capacidad funcional. La función homeostática que determina una respuesta adaptativa diferente ante situaciones de crisis (estrés emocional, físico, ambiental, laboral) se ve alterada, sobre todo, a partir de la tercera década de la vida. Una manifestación de la *homeostenosis*, es precisamente, la aparición de los síndromes geriátricos que con frecuencia constituyen un problema oculto o infra diagnosticado. Si la detección y el control precoz de los síntomas de envejecimiento se retrasan, muchas de las personas pasan de tener una condición de frágiles a pacientes geriátricos y se permite evitar la incapacidad.

No obstante, cabe destacar que los cambios producidos por el envejecimiento de nuestro organismo varían dependiendo de los estilos de vida, la dieta y el medio ambiente y pueden ser atenuados mediante la modificación de algunos factores de riesgo como el sedentarismo, la obesidad, el tabaquismo y la hipertensión, entre otros. De modo, que las estrategias de prevención y promoción de la salud deberán servir de apoyo a todas las personas que se preocupan por mantener y mejorar la salud de los mayores.

En las próximas páginas presentaremos algunos de los síndromes geriátricos, sin pretender ser exhaustivos e intentando, por tanto, compactar los más relevantes y que más se repiten en la literatura especializada sobre esta temática. Además plantearemos algunas actividades preventivas para la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

2.1. Cambios producidos por el envejecimiento

Los cambios producidos por el envejecimiento se recogen en lo que se conoce con el término *síndromes geriátricos*, que hacen referencia a las formas de presentación más frecuentes de las enfermedades en el adulto mayor que son debidas a una o múltiples causas cómo es el caso de infección e inmovilización ocasionado por un accidente cerebrovascular. Estas situaciones de enfermedad son altamente prevalentes en los ancianos y se expresan por síntomas diferentes de las enfermedades que lo producen.

Entre los principales síndromes geriátricos destacaremos los siguientes:

- Deterioro funcional y cognitivo
- Inmovilidad
- Incontinencia urinaria y fecal
- Caídas y alteraciones en la marcha
- Fragilidad o síndrome de la decaída
- Otros: el insomnio, la malnutrición, el estreñimiento, la deshidratación, la deprivación sensorial, la polifarmacología, la depresión, y el aislamiento social, etc.

2.1.1. *Deterioro funcional y cognitivo*

«el deterioro funcional puede ser la manifestación inicial de una enfermedad tanto aguda como crónica [...]. El deterioro cognitivo presenta igualmente una mayor frecuencia conforme aumenta la edad, añadiendo una dificultad más al proceso de obtener información en la evaluación clínica» (Gómez, 2002, p. 11).

El deterioro cognitivo se refiere a la pérdida de las facultades intelectivas (orientación, cálculos sencillos, capacidad de planificación, lenguaje hablado y escrito, etc.). El deterioro cognitivo, y más concretamente la demencia, es la patología adquirida y progresiva de la función cognitiva que conlleva dificultades para efectuar las actividades de la vida diaria (orientación en las calles, hacer la compra, responsabilizarse de la medicación, etc.) y aparición de dependencia funcional. Las fases leves de demencia presentan síntomas como la irritabilidad, depresión y cambios de carácter. En fases más moderadas pueden provocar des-

orientación espacio-temporal, problemas de lenguaje y afectación de la lectura, escritura y cálculo. En fases graves se produce un deterioro intelectual total e incluso a que la persona lleve una mayor invalidez y a una vida vegetativa. La causa más frecuente de demencia en el adulto mayor es la enfermedad de Alzheimer o demencia tipo Alzheimer (DTA).

2.1.2. Inmovilidad

La inmovilidad es uno de los síndromes geriátricos más frecuentes debido a múltiples cambios fisiopatológicos que producen un deterioro funcional con la limitación de movimientos. Algunas de las estrategias para evitar o disminuir las consecuencias de la inmovilidad son entre otras llevar una vida activa y autónoma practicando alguna actividad física. No obstante, la inmovilidad puede ser reversible aunque afecta a numerosos órganos y aparatos como:

Tabla 6. Efectos de la inmovilidad en nuestro organismo

<i>Sistema nervioso</i>	Disminución de la coordinación e inestabilidad. Deprivación sensorial. Depresión, falta de motivación y atención.
<i>Sistema respiratorio</i>	Disminución de la capacidad residual pulmonar.
<i>Sistema cardiovascular</i>	Alteraciones en el flujo sanguíneo. Tromboflebitis. Trombosis venosa profunda.
<i>Sistema endocrino</i>	Aumento de diuresis. Hiperglucemia. Disminución del metabolismo basal. Aumento del colesterol.
<i>Sistema digestivo</i>	Aumento de peso. Reflujo gastroesofágico. Estreñimiento.
<i>Musculoesquelético</i>	Pérdida de la masa muscular y ósea. Contracturas y atrofia muscular. Rigidez.

Fuente: Elaboración propia.

2.1.3. Incontinencia urinaria y fecal

La incontinencia urinaria es uno de los principales síndromes geriátricos por su prevalencia y consecuencias socioeconómicas. Es un trastorno frecuente en personas mayores y que, a pesar de que no es un problema grave de salud, limita la autonomía, deteriora la imagen personal, modifica la vida social y la calidad de vida de las personas que lo padecen.

Con la edad se producen una serie de cambios en el nivel del tracto urinario inferior (vejiga, uretra) y del aparato genital (próstata, vagina) que condicionan

la normal realización del acto de micción en cuanto al control y coordinación del mecanismo de producción de la orina, percepción del deseo del acto de micción y de la habilidad física para acceder al baño. Entre las alteraciones de la micción destacamos las siguientes:

- *Incontinencia vesical*: imposibilidad de retener la orina que produce el fracaso de la vejiga como depósito de la misma.
- *Retención urinaria*: imposibilidad de evacuar parte o el total del contenido de la vejiga.
- *Tenesmo*: percepción subjetiva de espasmo vesical al final de la micción. Es la sensación de orinar insatisfecha, aún después de haber evacuado la vejiga a fondo.
- *Enuresis*: acto de micción involuntario y no consciente durante el sueño diurno o nocturno.

Entre las patologías que llevan asociada la incontinencia urinaria destacamos las siguientes:

Tabla 7. Patologías asociadas a la incontinencia urinaria

<i>Neurológicas</i>	Demencia, ictus, neuropatías periféricas, Parkinson.
<i>Cardiovasculares</i>	Insuficiencia cardíaca.
<i>Visuales</i>	Cataratas, glaucoma.
<i>Aparato urinario</i>	Infecciones, carcinomas, próstata.
<i>Endocrinas</i>	Diabetes, problemas metabólicos.
<i>Digestivas</i>	Incontinencia fecal.

Fuente: Elaboración propia.

El tratamiento para la disminución, corrección y mejora de este síndrome geriátrico va desde la aplicación de técnicas sencillas, el uso de fármacos, en casos extremos incluso la cirugía y medidas para fomentar la autonomía y el confort de las personas afectadas que van desde ejercicios de suelo pélvico según la técnica de Kegel (realización de contracciones repetidas del suelo pélvico) hasta el entrenamiento de controlar las micciones y que éstas se vayan espaciando en el tiempo. Por otra parte, la incontinencia fecal, pérdida del control de las evacuaciones, supone el paso involuntario de las heces por vía rectal en momentos no

esperados. Las personas que la padecen son más vulnerables a infecciones urinarias y úlceras de presión. La incontinencia fecal supone un gran impacto psicosocial puesto que afecta a la calidad de vida en tanto y cuanto conduce al aislamiento social, e incluso depresión motivado por la vergüenza que produce en las personas afectadas.

2.1.4. Caídas y alteraciones de la marcha

Las caídas y las alteraciones de la marcha constituyen uno de los principales problemas para las personas mayores y es uno de los motivos más frecuentes en los servicios de urgencia traumatológicos, siendo la prevención uno de las inquietudes principales en nuestros días.

Los factores que inciden en las caídas incluyen aspectos extrínsecos propios de las personas a factores intrínsecos como las alteraciones propias de la edad (alteraciones visuales, acústicas, alteraciones del sistema locomotor, del sistema nervioso y del equilibrio debido a la disminución del tono y fuerza muscular), las enfermedades (enfermedad de Parkinson, tumores, osteoporosis, artritis, artrosis, insuficiencia cardíaca, infecciones, trastornos hematológicos, etc.) y la medicación (diuréticos, hipotensores, antidiabéticos, etc.).

Para la prevención de las caídas primarias es necesaria la detección precoz de los factores de riesgo. En el caso de las secundarias, será aconsejable una valoración geriátrica integral (funcional, mental y social). Por otra parte, si las caídas conocidas como terciarias provocan complicaciones o el síndrome postcaída que producen cambios de comportamientos y actitudes que se traducen en una disminución de las actividades físicas y sociales, será preciso enseñar a la persona a levantarse, establecer programas de rehabilitación y reeducación y proveer sistemas de teleasistencia en el caso de que las personas mayores vivan solas.

2.1.5. Fragilidad o síndrome de la decaída o del declive

Este síndrome geriátrico es un conjunto de síntomas y signos clínicos caracterizados por la disminución de la capacidad de reserva de órganos y sistemas que provocan en las personas falta de control por pérdida de fuerza o energía.

La primera dificultad la encontramos en qué se entiende por fragilidad, pues la delimitación del concepto varía según los autores desde un 10 % como estado previo a la incapacidad hasta un 30-40 % dependiendo del grado de discapacidad y/o otros determinados síndromes geriátricos, la hospitalización y la polifarmacia o ingesta de cuatro o más medicamentos diarios, etc.

Las causas de la fragilidad son múltiples se le atribuyen a características genéticas, moleculares, inflamatorias, declive celular y orgánico del envejecimiento, enfermedades crónicas, etc. En el caso de que la fragilidad se acentúe aparece el síndrome del declive, caracterizado por el aumento de la debilidad general, la pérdida de peso involuntaria y disminución de la masa muscular, energía y la dependencia de actividades básicas de la vida.

Además, este síndrome se caracteriza por una pérdida de movilidad y actividad que implica un deterioro de la calidad funcional física, trastornos del equilibrio y de la marcha y, en ocasiones, disminución en las funciones mentales y de la resistencia en general, sensación de agotamiento alteraciones del ánimo, depresión y aislamiento social. Las personas frágiles tienen más riesgos de sufrir caídas, hospitalización y muerte al desarrollar con una mayor probabilidad dependencia, por lo que se recomienda preservar la masa muscular en el mejor estado posible mediante la ingesta adecuada y equilibrada de nutrientes, mantener y aumentar la actividad física.

2.1.6. Otros

Por cuestión de espacio no podemos extendernos en este apartado pero queremos destacar los siguientes:

Tabla 8. Relación de otros síndromes geriátricos

<i>Estreñimiento</i>	Incide en la calidad de vida. El consumo de laxantes conlleva al empeoramiento del reflujo gastroesofágico por aumento de la presión intraabdominal, hemorroides internas y externas y la obstrucción intestinal que pueden derivar en infección de úlcera con fiebre y dolor abdominal entre otras.
<i>Insomnio</i>	Produce pérdida de memoria a corto plazo, disminución de la capacidad para adaptarse, reducción de la capacidad de atención, disminución de la coordinación motora, irritabilidad y síntomas neurológicos. Además, provoca un estado constante de cansancio y fatiga.

<i>Deprivación sensorial</i>	Restricción de algunos de los sentidos de modo que se producen distorsiones en la percepción y desajustes de comportamientos provocadas porque la información recibida por el cerebro no ha sido interpretada correctamente. Ello provoca alucinaciones, dificultad en la concentración, cambios en el estado psico-afectivo, que incluyen el miedo, ansiedad, estados depresivos y cambios en el humor. Alteraciones visuales repercuten en la conducta adaptativa a nivel relacional. Alteraciones auditivas provocan una reducción de las capacidades cognitivas, la disminución de contactos sociales y la depresión, entre otros. La pérdida de la función sensorial afecta también al autoconcepto y a la autoestima de las personas negativamente, de manera que las relaciones sociales se ven afectadas.
<i>Depresión</i>	Es el trastorno afectivo que se presenta con mayor frecuencia en las personas mayores y que se manifiesta con una sintomatología caracterizada por trastornos del apetito, del sueño, pérdida de interés, apatía, pesimismo, fatiga, aislamiento, irritabilidad, deseo de muerte, sentimiento de culpa, dificultad para tomar decisiones y alteraciones del funcionamiento cognoscitivo; atención y memoria.
<i>Aislamiento social</i>	El aislamiento y la falta de contactos sociales fruto de las dificultades de las personas de edad avanzada para formar parte de la comunidad provocan soledad y una imagen negativa y que la persona se cuestione si es útil para la sociedad con las consiguientes consecuencias en el autoconcepto y percepción de la imagen corporal.
<i>Polifarmacia</i>	Las personas mayores tienden a automedicarse lo que contribuye a interrelaciones entre los medicamentos y reacciones adversas al no seguir las pautas de medicación prescritas. Además hay que tener presente que la reacción ante los medicamentos es diferente en las personas mayores desencadenando respuestas mayores en los receptores orgánicos.

Fuente: Elaboración propia.

2.2. Actividades preventivas

Cabe destacar que una de las estrategias más importantes destinadas a mejorar el diagnóstico, prevención y tratamiento de los síndromes geriátricos es, sin duda, el papel educativo de la educación emocional y sobre todo será más efectiva cuanto antes se pongan en marcha.

La tarea educativa en el ámbito de las personas mayores, que cada vez irá en aumento, dado el alto porcentaje de la población que envejecerá, deberá ir encaminada a aumentar la calidad de vida, reducir la mortalidad prematura y mantener la independencia funcional, así como enfocar positivamente el envejecimiento y enfrentar el tratamiento de la enfermedad en las personas mayores. Para lo cual se hace necesario que los programas de educación para la salud encaminados a la prevención o modificar los síndromes geriátricos se adecuen a las características específicas de las personas a las que van dirigidos, así como sus objetivos, contenidos, metodología para lograr, como decíamos anteriormente, mejorar su calidad de vida.

Los principales campos de actuación preventiva de la educación para la salud (EpS) abarcaran el análisis de los hábitos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco), de factores de riesgo (diabetes, hipertensión arterial, colesterol, etc.), de factores psicosociales (soledad, viudedad, jubilación, maltrato, etc.) y de los síntomas geriátricos (incontinencia, caídas, inmovilidad, demencia, fragilidad, polifarmacia, etc.).

La educación para la salud irá dirigida a la prevención de los factores de riesgo que son el origen de los síndromes geriátricos, estimulando actitudes positivas para favorecer los hábitos saludables (impulso del autocuidado, consumo prudente de medicamentos, implicación a la familia, cuidar al cuidador...). Además, la educación para la salud deberá fomentar el vivir de una forma positiva, potenciar el autoconocimiento, la autoestima, el cambio de actitudes para que pueda vivir en un estado de salud y bienestar.

Incluso la actuación continuada de la educación para la salud deberá tener un sentido global u holístico para una mejor actuación en cuanto al tratamiento, control y seguimiento de los síndromes geriátrico que hemos ido presentando. Además será recomendable la implicación de los profesionales de salud y personal de medios residenciales.

3. LA SALUD EN LAS PERSONAS MAYORES. NUTRICIÓN

El debate sobre la salud, la educación y la formación, desde los últimos decenios, tiene un alcance mundial; y es, en este contexto, en el que han surgido, con la aportación de los organismos internacionales, especialmente de la UNESCO y la OMS, nuevos conceptos: «aprendizaje a lo largo de la vida», «promoción de la salud», «nueva cultura de la salud», «envejecimiento activo», etc., que constituyen un nuevo marco que cambian las ideas tradicionales y amplían el concepto mismo de educación y salud. Es, en este nuevo paradigma educativo, dónde se enmarcan las ideas de este apartado.

Actualmente asistimos a una *nueva cultura de la salud* que acoge a la persona en su totalidad, en una realidad humana (socioeconómica, psicosocial, ambiental, étnica, etc.) inseparable de su realidad biológica-ecológica, por lo que el concepto de salud adquiere un sentido holístico, contemplando a la persona como un microcosmos dentro de un cosmos.

La educación para la salud tiene como finalidad la mejora cualitativa de la vida humana, el desarrollo de actitudes y comportamientos positivos y de hábitos saludables, lo que implica capacitar a la persona para la autogestión de su propia salud, pero estos a su vez no son consecuencia de una serie de conductas independientes sino que están insertas dentro de un contexto social, por lo que los objetivos de cambio en la educación para la salud de las personas mayores deben dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan.

No se puede llevar a cabo una educación para la salud, nos diría Paulo Freire, si no hundimos nuestra reflexión en la tierra que el hombre y la mujer habitan y no nos situamos en el tiempo que les ha tocado vivir. Dos de las características de la sociedad en la que vivimos es la alimentación inadecuada y el sedentarismo como consecuencia de éstas, surge el sobrepeso y en ocasiones la malnutrición en la persona mayor. La alimentación acompaña a la vida y debería ser adecuada y personalizada en cada etapa y circunstancia para constituir una base de equilibrio y salud.

El equilibrio en la naturaleza es un seguro de vida. Conseguimos equilibrio cuando respetamos las leyes de la naturaleza, y la primera ley básica a respetar es la de una correcta nutrición (Rosselló y Pallás, 1993: 11).

Al planificar la alimentación en una etapa determinada de la vida nos tenemos que plantear en primer lugar cuáles son las características diferenciales, si las hay, del grupo al que va fundamentalmente dirigida dicha alimentación.

Hoy sabemos que muchas enfermedades de nuestra sociedad, como la arteriosclerosis o la osteoporosis, se deben a una mala alimentación, y también que no aparecen de forma repentina, sino que las vamos «fabricando» día a día, a lo largo de los años. Una buena alimentación, por tanto, no solo evita problemas de salud, sino que puede ayudar a regenerar tejidos y a reparar desgastes. ¡Nunca es tarde para empezar a comer bien!

Desde la más remota antigüedad conocemos la importancia de la nutrición. Hipócrates (460-370 a. C) nos dejó un valioso testamento que dice así: «Que tus alimentos sean tu medicina, que tu medicina sean tus alimentos». Y en nuestros días, nutrólogos como los doctores E. y V. Lindhlahr siguen afirmando que «la mayor importancia de la ciencia de la nutrición se halla en la posible prevención de la enfermedad, en la creación de una supersalud y en la prolongación de los

años activos de vida. Este es el servicio más útil que se podría rendir a la humanidad» (Rosselló y Pallás 1993: 12).

3.1. Envejecimiento activo: nuevo reto en la educación para la salud

Podemos señalar que en los inicios de los años 60 nació la idea de que mantener en la vejez los patrones de actividad en la edad adulta constituía el medio por excelencia para envejecer óptimamente. Fue entonces cuando se inició un largo proceso para fraguar el significado de «activo». En este proceso se han ido enfatizando la importancia de diversos aspectos: de las condiciones de salud (envejecimiento saludable), de los resultados e intencionalidad del mismo (envejecimiento productivo) o de los beneficios individuales y más íntimos de cada persona (envejecimiento satisfactorio). Finalmente, el nuevo concepto de envejecimiento activo logra superar todas las anteriores concepciones y ofrecer a la sociedad un modelo, un verdadero paradigma en el que orientarnos. El término envejecimiento activo fue adoptado por la OMS a finales del siglo XX, con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de «envejecimiento saludable» y reconocer los factores y ámbitos además de la mera atención sanitaria que afectan a cómo envejecen individuos y poblaciones. Esta expresión fue propuesta por la OMS y aceptada por los países participantes en la II Asamblea Mundial del Envejecimiento celebrada en Madrid (2002).

La OMS define el envejecimiento activo como «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen». Más concretamente indica que

«(...) es el proceso que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona: protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia» (2002, p. 79).

De este modo, se postulan los tres pilares básicos del envejecimiento activo: *participación, salud y seguridad*.

Señala Martínez Rodríguez (2006: 51) que envejecer bien es envejecer activamente y esto implica fundamentalmente tres condiciones: envejecer teniendo un rol social, envejecer con salud y envejecer con seguridad. Si importante son estos tres pilares, más importante aún es el significado que demos al término

«Activo» y a las implicaciones que ello conlleva. Brevemente podemos señalar que el término Activo (Pinazo *et al.*, 2010: 6).

- Expresa la idea de la participación de las personas en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, sin centrarse sólo en la capacidad para estar física o laboralmente activo.
- Establece un nuevo modelo de sociedad, en el que las personas han de tener la oportunidad de envejecer, siendo protagonistas de su vida, en un quehacer proactivo y no como meras receptoras de productos, servicios o cuidados.
- Su dinamismo inherente ha de tomar forma de modo diferente en cada persona mayor, atendiendo a los significados íntimos que cada uno le atribuye, que hacen que se viva, que se pueda ser activo de muy diferentes maneras.
- Implica un enfoque comunitario, en el que los ciudadanos mayores han de tener oportunidad de participar en todo lo que le es propio, entendiendo por ello no sólo lo circunscrito a su ocio o a servicios o entidades para mayores, sino a cualquier esfera relativa a su comunidad.
- Requiere que la sociedad garantice que los ciudadanos mayores puedan continuar informados, a la vez que vela porque sean reconocidos todos sus derechos.
- Asume un enfoque intergeneracional al reconocer la importancia de las relaciones y de la ayuda que se ofrecen entre sí los miembros de una familia y las diferentes generaciones.
- Desafía la perspectiva tradicional de que el aprendizaje es cuestión de niños y jóvenes, el trabajo es cuestión de adultos y la jubilación es cuestión de la vejez. Promueve el desarrollo de la persona hasta el final de sus días.
- Requiere un enfoque integral pues ofrece una visión más completa y global de las personas y de su proceso de envejecimiento. Es, por ello, imprescindible una revisión de todos los ámbitos y factores que están afectando al desarrollo del envejecimiento activo: los sociales, sanitarios, económicos, pero también los psicológicos, afectivos, educativos, culturales...

Todo ello repercutirá positivamente en el proceso individual de envejecimiento, pero también en construir una sociedad mejor. El paradigma del envejecimiento activo no solamente beneficia a las personas mayores, sino a todos los ciudadanos. Ayuda a las personas mayores a mantener más tiempo, su independencia y autonomía, pudiendo ser durante más tiempo un gran potencial huma-

no para la sociedad. Pero, también, porque construye una sociedad en la que los valores y derechos de las personas se hacen posibles para todos.

Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial tanto para los individuos como para los responsables políticos. El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los principios de las Naciones Unidas de: independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica desde un planteamiento «basado en las necesidades» (que asume que las personas mayores son objetos pasivos) a otro «basado en los derechos» que reconoce los derechos de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejecen. Asimismo, respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

Las políticas y los programas del envejecimiento activo reconocen la necesidad de fomentar y equilibrar la responsabilidad personal (en el cuidado de la propia salud), los entornos adecuados para las personas de edad y la solidaridad intergeneracional. Las personas y las familias necesitan planificar la edad avanzada y prepararse para ella, y llevar a cabo esfuerzos personales para adoptar prácticas de salud positivas y personales en todas las etapas de la vida. Al mismo tiempo, hacen falta entornos favorables para «hacer que las decisiones saludables sean decisiones fáciles». A continuación señalamos algunos factores que las personas mayores deben tener en cuenta, y también los educadores, para potenciar el envejecimiento activo.

1. Vigilar y cuidar la salud
2. Actividad física
3. Actividad mental
4. Actividades placenteras
5. Pensamiento positivo
6. Mantener relaciones y vínculos
7. Participar en el entorno
8. El sentido del humor

Fuente: Elaboración propia.

Figura 7. Algunos factores que posibilitan un envejecimiento activo y saludable

3.2. Alimentación y nutrición: creciente sobrepeso en la vejez

Según Perea (2011: 52), la educación alimentaria se sitúa como parte integrante de la educación para la salud. No sólo tiene como función la formación nutricional, la preocupación y consumo de alimentos para la prevención de carencias nutricionales, sino también el conocimiento de todo lo referente a criterios de calidad y seguridad alimentaria. Asimismo, tiene como finalidad capacitar a la persona para que de forma responsable y libre desarrolle unos hábitos de alimentación adecuados a sus necesidades nutritivas, por lo que debe conocer los fines de la nutrición:

La nutrición cumple tres fines básicos:

1. Aporta la energía necesaria para las funciones corporales.
2. Aporta los materiales necesarios para la formación de estructuras.
3. Aporta las sustancias necesarias para la regulación del metabolismo.

Estas sustancias son tomadas fundamentalmente de los alimentos que ingerimos, de aquí la importancia de una dieta adecuada y equilibrada para mantener una buena nutrición (Perea, 2011: 4).

3.2.1. Los tres grupos de alimentos

En la actualidad los alimentos se pueden clasificar en tres grupos. Cada uno está conformado por alimentos básicos semejantes en su valor nutritivo y en la función que cumplen en el organismo. Esta clasificación es un patrón que permite conocer los nutrientes que debe ingerir diariamente una persona y hacer una selección según hábitos y necesidades individuales. Las cantidades de alimentos y nutrientes que cada persona necesita se basan en sus propios requerimientos nutricionales; estos consideran: edad, sexo, peso, actividad física y estado fisiológico. Para obtener una alimentación equilibrada, la persona debería comer al menos un alimento de cada grupo diariamente.

Los grupos de alimentos son:

- Alimentos constructores: sirven para el movimiento y el mantenimiento del organismo. Aportan proteínas, minerales (calcio, fósforo, hierro, zinc y yodo) y vitaminas (C y complejo B).

Ellos son:

- Productos lácteos: leche, yogurt, queso fresco, queso semicurado o curado.
- Carnes en general, aves, pescados, mariscos y huevos.
- Legumbres: garbanzos, lentejas, judías, etc.
- Alimentos energéticos: sirven para el movimiento y la actividad física. Aportan hidratos de carbono, grasas y vitaminas (A y E).

Ellos son:

- Cereales y harinas: arroz, trigo, harinas, pan, pasta, sémola.
 - Aceites, mantequilla, margarina.
 - Azúcar, miel.
 - Alimentos reguladores: aportan vitaminas (A, C, ácido fólico) y minerales.
- Son:

- Verduras: judías verdes, acelgas, espinacas, coliflor, etc.
- Frutas en general: kiwi, manzana, plátano, naranja, melón, etc.

A partir de la quinta década de la vida, los requerimientos de calorías van disminuyendo progresivamente (5 % por cada década); por ejemplo, una persona de 70 años requiere 10 % menos de calorías que una de 50 con características corporales semejantes.

La disminución en la necesidad de calorías se debe, por una parte, a la menor actividad física que se realiza a veces a través de los años y, por la otra, a cambios que suceden en el organismo. Disminuyen aquellos tejidos con mayor gasto de energía, como los músculos, y aumentan aquellos que usan menos calorías, como la grasa. Lo anterior es de gran importancia ya que, a pesar de esta disminución de necesidades energéticas, el apetito suele conservarse. Si el aporte calórico es estable y el gasto va en disminución, el exceso calórico que queda en el cuerpo se acumula como grasa y la persona engorda. La obesidad es arriesgada ya que se asocia con mucha frecuencia a presión arterial alta, a problemas de articulaciones y huesos, a diabetes y a alteraciones del colesterol y otros lípidos de la sangre.

Señala Ribera (2011: 249) que, por cuestiones de edad, en casi todas las personas mayores existen problemas de movilidad del tracto digestivo, problemas de

disminución de las secreciones gástricas, problemas de dentición y de disminución de la salivación, y como consecuencia puede verse afectada la alimentación en mayor o menor medida.

También por problemas de salud pueden producirse desequilibrios alimentarios, como es el caso de las personas mayores con diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, alteraciones hepáticas e incluso patologías más graves como es el cáncer. Y tampoco puede olvidarse que los medicamentos utilizados para estas enfermedades pueden interferir en la absorción de los alimentos, además de producir problemas gástricos o intestinales.

Por tanto, la alimentación de las personas debe tener un contenido calórico suficiente y guardar un equilibrio entre los nutrientes habituales: proteínas, grasas e hidratos de carbono. También es importante controlar adecuadamente la ingesta de micronutrientes, es decir, los minerales y las vitaminas, sobre todo el calcio y la vitamina D que actuarían de forma preventiva frente a la osteoporosis. Por último, y muy importante en los ancianos, es la ingesta de agua, ya que en ellos existe una mayor tendencia a la deshidratación y su sensación subjetiva de sed es menor, lo cual favorecería esa tendencia.

La valoración nutricional debería ser una preocupación dentro de la política sanitaria y una rutina en el estudio sistemático en el sujeto de edad avanzada, y principalmente cobra especial interés en determinadas situaciones como pueden ser las correspondientes a pacientes con problemas con la propia nutrición, en aquellos con enfermedades crónicas de cualquier tipo, y sobre todo en el caso de personas mayores con demencia o enfermedad de Alzheimer, o en los que han tenido intervenciones quirúrgicas en su tubo digestivo o que toman un número elevado de fármacos.

No hay que perder de vista el creciente aumento del sobrepeso en la vejez que se está observando en nuestra sociedad. Algunos autores han encontrado una relación entre obesidad y mayor riesgo de discapacidad. Un incremento de la obesidad en edades tempranas (jóvenes y adultos) puede conducir a un aumento de las tasas de discapacidad en edades más elevadas (Lafortune et al., 2007). Como ya se ha manifestado, el tipo de alimentación es uno de los factores que influye en el estado de salud de las personas. Una mala dieta sumada a la falta de ejercicio físico puede conducir a enfermedades del corazón, cerebrovasculares, diabetes y también a la obesidad.

Señala Ribera (2011) que se está observando una tendencia general al sobrepeso en las personas mayores. Casi la mitad de éstas tienen sobrepeso, en mayor porcentaje los hombres que las mujeres, entendido éste cuando el índice de masa corporal se sitúa entre el 25 y 29,9 kg/m². En forma correlativa el porcentaje de obesos entre la población mayor de 65 años ha aumentado en 11 puntos porcentuales entre 1987 y 2009 hasta situarse en 24,1 % (21,49 % los varones y 26,2 % las mujeres (INE. Encuesta Europea de Salud, 2009).

El índice de masa corporal, se calcula con la siguiente fórmula:

$$\text{Índice de masa corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Estatura}^2 (\text{metros})}$$

Por ejemplo: Peso = 70 kg

Estatura = 1,61 m.

$$\text{IMC} = \frac{70}{(1,61)^2} = \frac{70}{2,59} = 27$$

En general, se considera normal IMC de 20 a 25. Bajo 20 es bajo peso y sobre 25 se denomina sobrepeso; más de 30 obesidad.

3.2.3. Algunas recomendaciones para conseguir una alimentación correcta

Creemos conveniente tener en cuenta una serie de pautas:

- La dieta debe ser lo más variada posible. El anciano sano debe procurar comer alimentos de todos los grupos y en cantidades moderadas.
- La alimentación debe ser preparada en lo posible con alimentos naturales, frescos y/o congelados.
- Presentada en forma llamativa y estimulante.
- Servida en horarios adecuados y habituales. Idealmente acompañada de otras personas.
- Ingerir sal de forma muy moderada para evitar la hipertensión y la retención de líquidos.
- No ingerir más de una dosis de alcohol al día.

- Hacer entre 3 y 5 comidas diarias.
- Tomar frutas, verduras y legumbres para evitar el estreñimiento.
- Tomar lácteos en cantidades adecuadas para prevenir la osteoporosis.
- Beber suficiente líquido, incluso sin sed (aproximadamente 2 litros al día o más).
- Las personas mayores diabéticas tiene que reducir el consumo de azúcares y grasas y, sobre todo, evitar largos periodos de tiempo sin comer para evitar bajadas bruscas de los niveles de azúcar.

4. HIGIENE EN LAS PERSONAS MAYORES

En la actualidad, los mayores constituyen el elemento de más alta demanda en el conjunto de los sistemas nacionales de salud de los países desarrollados. Sus características respecto a la morbilidad y utilización de recursos, así como a las condiciones sociales y económicas que frecuentemente les caracterizan, hacen de este grupo de población un objetivo prioritario en el establecimiento de programas específicos orientados hacia la conservación de la salud y prevención de la enfermedad.

En este sentido, el establecimiento y desarrollo de programas de educación para la salud en la población de la tercera edad es uno de los retos para los profesionales de la salud dentro del proyecto global dirigido a mejorar las condiciones de vida de nuestros mayores.

La educación para la salud que realicemos estará en función de los riesgos percibidos, de la conducta observada y de la conducta deseada.

Algunos de los objetivos de ésta son contribuir a eliminar hábitos y costumbres nocivas en relación a:

- Alimentación
- Higiene general
- Hábitos tóxicos, etc.
- Disminuir los factores de riesgo existentes en el medio
- Vivienda

- Entorno
- Adiestramiento de la familia del mayor para lograr un mejor cuidado de éste
- Fomento del autocuidado
- Fomento de actividades físicas y mentales
- Recreativas, culturales y sociales
- Fomento de la participación de la población
- Fomentar la aceptación del mayor en el medio familiar y social
- Recuperación y rehabilitación del mayor enfermo.

Los contenidos de la educación para la salud en cuanto a la higiene en las personas mayores vendrán priorizados, según las necesidades, observadas y sentidas por los propios mayores. Dentro de los contenidos vamos a señalar dos: la higiene de la persona y la higiene del medio.

4.1. Higiene de la persona

La higiene personal tiene como objetivo prevenir la enfermedad y fomentar la salud física y mental.

En el mayor, los hábitos de higiene personal vienen dados por el desarrollo de los mismos durante su vida. La creación de nuevos hábitos en esta edad está dificultada por las conductas aprendidas, por lo que resulta más difícil su modificación.

Contemplamos dentro de la higiene individual los siguientes aspectos: 1) alimentación y nutrición; 2) higiene corporal; 3) ejercicio físico; 4) hábitos tóxicos, y 5) higiene mental.

4.1.1. Alimentación y nutrición

La falta de educación para la salud, las costumbres, el bajo nivel adquisitivo, la dificultad de acceso en muchas ocasiones, el estado de la boca, la soledad, etc.,

son factores que influyen negativamente sobre el anciano en la práctica de una correcta alimentación.

La conservación y la forma de preparar los alimentos son aspectos a tener en cuenta para evitar que éstos pierdan sus propiedades nutritivas.

Las necesidades nutritivas varían según la edad, peso, actividad física, etc.

Los requerimientos calóricos van disminuyendo con el envejecimiento y hay que tener en cuenta que la obesidad constituye un factor de riesgo aumentando la morbilidad, por ello es conveniente mantener a las personas de edad en el peso que les corresponda.

Tabla 9. Relación de conductas observadas y deseadas en relación a la alimentación

CONDUCTA OBSERVADA	CONDUCTA DESEADA
– Desconocimiento del valor nutritivo de los alimentos. – Excesivo consumo de grasas e hidratos de carbono. – Poca variedad de menús. – Excesivo consumo de sal, dulces, pan, café, etc. – Excesivo consumo de alcohol. – Deficiencia ingesta de líquidos. – Inadecuada conservación y preparación de los alimentos. – Inadecuado número de comidas. – Masticación insuficiente. – Ausencia de hábitos higiénicos (lavado de manos antes de comer y manipular los alimentos, higiene bucal, etc.).	– Conocimientos de la composición de los alimentos y su valor nutritivo. – Consumo de una dieta equilibrada y variada. – No consumo de alimentos nocivos. – Adecuada ingesta de líquidos. – Adecuado número de comidas. – Correcta masticación. – Prácticas higiénicas (lavado de manos antes de las comidas, lavado de dientes después de ellas, etc.).

Fuente: Elaboración propia.

Contenido:

- Dieta equilibrada. Alimentos necesarios. Productos que se deben suprimir. Elaboración de diferentes dietas y menús. Importancia de la ingesta de líquidos.
- Forma de preparar y conservar los alimentos.
- Importancia de las prácticas higiénicas.
- Importancia de buenos hábitos del comer: número de comidas, horarios y cantidad.
- Influencia de la dieta de salud.

4.1.2. *Higiene corporal*

De la misma manera que la nutrición, el mantenimiento de la higiene corporal se encuentra dificultado por diversas causas: deficientes condiciones de la vivienda (ausencias de baños o difícil acceso), bajo nivel cultural, ausencia de educación para la salud, etc.

La práctica de la higiene corporal es importante tanto desde el punto de vista sanitario como estético, favoreciendo la comodidad, la conservación de la imagen y autoimagen y evitando la aparición de determinadas enfermedades.

El mantenimiento de la higiene y elasticidad de la piel están relacionadas directamente con la salud del individuo.

Algunas partes del cuerpo necesitan especial atención en lo que a su higiene se refiere: las manos y las uñas por ser las intermediarias de la gran mayoría de los actos de la vida; el cabello; los pies (el cuidado de los pies en la persona mayor es de suma importancia; uñas mal implantadas, callos, durezas, etc., son la causa en muchas ocasiones de inmovilidad); la boca (el estado de la boca en las personas de edad es en general bastante malo debido a la falta de atención). No obstante la práctica de la actividad higiénica se hace indispensable para el mantenimiento de su buen estado y/o para evitar la aparición de problemas mayores.

Otro aspecto de la higiene corporal es el vestuario. Este debe reunir unas características tales que favorezcan el mantenimiento de la temperatura corporal y la comodidad.

Tabla 10. Relación de conductas observadas y deseadas en relación a la higiene corporal

CONDUCTA OBSERVADA	CONDUCTA DESEADA
– Desconocimiento de la importancia de la higiene corporal. – Ausencia de baño como práctica habitual de aseo. – Piel deshidratada. – Ausencia y despreocupación de la práctica de higiene bucal. – Ausencia de cuidado de los pies. – Vestimenta adecuada. – Calzado inapropiado. – Pasividad y falta de estímulo de los familiares.	– Conocimientos de la importancia de la higiene corporal. – Responsabilización de su propio aseo y práctica del mismo de forma correcta y completa. – Vestido y calzado apropiados. – Colaboración y estímulo familiar

Fuente: Elaboración propia.

Contenido:

- Importancia del aseo corporal.
- Cuidado de la piel, boca, pies, etc. Forma de realizarlo.
- Aspectos peculiares e importancia del vestido y calzado. Adecuación de éstos.
- Importancia de la colaboración familiar en la práctica de hábitos higiénicos del mayor.

4.1.3. Ejercicio físico

El ejercicio físico favorece la capacidad respiratoria, activa la circulación, favorece la higiene mental, ayuda al mantenimiento y mejora del estado funcional motor. En los mayores los ejercicios de fuerza y velocidad deben suprimirse. Su práctica estará en relación con las capacidades de cada persona.

El ejercicio y el descanso tienen que estar regulados adecuadamente. El paseo, la gimnasia, y la práctica de deportes suaves (natación, petanca, golf) constituyen la forma idónea de ejercicio para las personas de edad.

Tabla 11. Relación de conductas observadas y deseadas en relación al ejercicio físico

CONDUCTA OBSERVADA	CONDUCTA DESEADA
– Desconocimiento de la importancia del ejercicio físico. – Ausencia de hábito de su práctica. – Falta de estímulo de sus familiares. – Tendencia al sedentarismo. – Preferencia por actividades que requieren menor esfuerzo. – Concepciones erróneas sobre efectos perjudiciales del ejercicio físico (creer que el ejercicio físico es para jóvenes, etc.).	– Concienciación de la importancia del ejercicio físico. – Conocimiento de ejercicios apropiados. – Práctica habitual de alguna actividad física. – Actitud activa de los familiares.

Fuente: Elaboración propia.

Contenido:

- Importancia de la actividad física. Su relación con la salud.
- Ejercicios recomendados para las personas de edad.
- Lugares donde se puede practicar y horarios más apropiados.

4.1.4. Hábitos tóxicos

Incluimos el consumo de alcohol y tabaco y la automedicación, por ser los hábitos tóxicos que con más frecuencia se observan en los ancianos.

Tabla 12. Relación de conductas observadas y deseadas en relación a los hábitos tóxicos

CONDUCTA OBSERVADA	CONDUCTA DESEADA
- Desconocimiento de los efectos nocivos. - Consumo excesivo de alcohol. - Consumo de tabaco. - Práctica habitual de automedicación. - Incorrecto cumplimiento de la prescripción médica. - Actitud pasiva de los familiares.	- Conocimiento de los efectos que producen en el organismo. - Disminución del consumo de alcohol y tabaco. - No automedicación. - Correcto seguimiento de la medicación prescrita. - Apoyo y colaboración familiar.

Fuente: Elaboración propia.

Contenido:

- Consecuencias del consumo excesivo de alcohol y tabaco. Su relación con la aparición de enfermedades o el empeoramiento de las existentes.
- Como actúan los medicamentos en el organismo. Peculiaridades del mayor.
- Importancia del correcto seguimiento de la prescripción médica (consecuencias de la interrupción del tratamiento, importancia de la dosificación, etc.).
- Importancia del apoyo familiar para el correcto cumplimiento del tratamiento.

4.2. Higiene mental

Consideramos que la higiene mental (entendida como conjunto de actitudes y conductas que favorecen el mantenimiento y promoción de la salud mental) no es una actividad al margen de las demás prácticas de higiene y acciones de salud en general, sino que al potenciar cualquier aspecto de éstas contribuimos a mejorar la salud mental.

Tendremos que observar y comprender las características personales de cada persona mayor, su actitud ante la vida y la muerte y su capacidad para compren-

der y participar en las actividades de la salud, en definitiva, su situación tanto física y psíquica como familiar y social, para identificar sus necesidades y contribuir en la medida de lo posible a su satisfacción.

Nos encontramos ante un tipo de sociedad que niega y rechaza el deterioro y la muerte y que margina a aquellas personas que lo pueden poner de manifiesto. Los profesionales de la salud (médico, enfermera, trabajador social, pedagogo, psicólogo, educador social...) no escapan a esta concepción, teniendo problemas en su relación con el anciano al sentirse abrumados por esta realidad.

Sería conveniente la discusión en grupos de las personas encargadas más directamente del cuidado del mayor a fin de mejorar la comprensión, no sólo de los problemas psicológicos de éste, sino también de los sentimientos que estos les crean, a fin de poder separar su angustia personal de las necesidades del anciano y poder ser más objetivos respecto a la ayuda que se les puede prestar y la actuación sobre los problemas que puedan solucionarse, aceptando sin angustias aquellos que no puedan ser resueltos.

Tabla 13. Relación de conductas observadas y deseadas en relación a la higiene mental

SITUACIÓN OBSERVADA	CONDUCTA DESEADA
– Cambios estructurales familiares (viudedad, soledad, abandono,...) – Disminución o pérdida de las relaciones sociales (pérdida o desvinculación de las aferencias sociales, aislamiento...) – Deterioro de las funciones intelectuales (pérdida de memoria, iniciativa y motivación, apatía). – Pérdida de la seguridad individual y de la autoestima (pérdida de la agilidad física y mental, padecimiento de enfermedades crónicas, físicas y/o mentales, bajo poder adquisitivo). – Actitudes erróneas de la familia y sociedad frente a las necesidades del anciano (paternalismo, rechazo, negación, pasividad y/o inhibición frente a las necesidades dietéticas, higiénicas, estéticas, de movilización, etc.).	– Adaptación a los cambios estructurales familiares y sociales. – Mantenimiento y aumento de las relaciones socio-familiares. – Realización de actividades que ayuden a mantener la capacidad intelectual física y mental favoreciendo la iniciativa y motivación y manteniendo su seguridad y autoestima. – Tratamiento y control adecuado de las enfermedades. – Actitud familiar y social correcta frente a las necesidades del anciano (respeto, integración, aceptación y colaboración).

Fuente: Elaboración propia.

Contenido: Para promover la salud mental se desarrollarán contenidos y actividades referidos a las distintas situaciones observadas y de las conductas que favorecen la higiene mental.

4.3. Higiene del medio

4.3.1. Físico

En esta apartado, sólo nos vamos a ocupar de la vivienda como parte del medio físico. Las condiciones de salubridad de la vivienda influyen sobre la salud de los individuos que la ocupan.

Las condiciones de las viviendas de las personas de edad con frecuencia no reúnen suficientes condiciones higiénicas: falta de agua corriente, servicio fuera de la vivienda, poca iluminación, escasas dimensiones en relación con las personas que la habitan, humedades, mal estado de la conservación, etc. Podríamos decir que una vivienda es higiénica cuando reúne todos los requisitos de orden estructural y arquitectónico, ciertas condiciones para evitar enfermedades y accidentes y además pueden satisfacer necesidades tanto de orden físico como psíquico y social.

Una vivienda que permita desarrollar una vida familiar y social plena, a la vez que proporcione intimidad. El problema de la vivienda se va agravando en la ancianidad. Generalmente son viviendas viejas y en malas condiciones, y su reforma no resulta fácil ya que el nivel de ingresos económicos en esta edad suele ser bajo.

Dado que es competencia de otras entidades en dar solución a este grave problema, nuestra intervención estará encaminada tanto a informar a las autoridades competentes como a dar normas de actuación a la persona mayor y a su familia para que estas deficiencias interfieran lo menos posible en su salud.

Tabla 14. Relación de conductas observadas y deseadas en relación a la higiene del medio

CONDUCTA OBSERVADA	CONDUCTA DESEADA
– Desconocimiento de la relación entre la higiene de la vivienda y la salud. – Insuficiente tiempo de ventilación. – Insuficiente limpieza. – Presencia de insectos u otros animales salvajes. – Deficientes medidas higiénicas con animales domésticos. – Inadecuada utilización y distribución de los sistemas de calefacción. – Desconocimiento, tanto de situaciones que pueden ser riesgo de accidentes como de la forma de prevenirlos: actitud incorrecta cuando se producen.	– Conocimiento de la influencia de la higiene de la vivienda en la salud. – Mejora de la limpieza y ventilación de la vivienda. – Disminución del número de insectos y otros animales no domésticos. – Adopción de medidas de higiene con los animales domésticos. – Correcta utilización de los sistemas de calefacción. – Conocimiento de las causas que pueden provocar accidentes y cómo evitarlos.

Fuente: Elaboración propia.

Contenido:

- Influencia de la higiene de la vivienda en la salud.
- Forma de mantener la limpieza del hogar.
- Desinsectación: forma de realizarla.
- Ventilación: importancia, forma de realizarla.
- Precauciones y normas de higiene cuando se convive con animales domésticos.
- Riesgo de accidentes que existen en el hogar (gas, estufas, braseros, etc.). Pautas a seguir para evitarlos.
- Normas básicas sobre primeros auxilios.

4.3.2. Social

La educación para la salud irá encaminada a obtener el más alto grado de integración social del anciano, actuando sobre él y aún más sobre los seres que le rodean.

Para una mejor comprensión de las personas mayores, la educación debe de empezar desde la infancia; los maestros y padres deben de ser los encargados de inculcar al niño el respeto y la comprensión hacia sus mayores.

Por otra parte, es competencia de los profesionales de Atención Primaria de Salud hacer saber al mayor cuáles son los recursos que existen en la sociedad para su disfrute, protección y ayuda y cuál es la forma de poder acceder a ellos.

Tabla 15. Relación de conductas observadas y deseadas en relación a lo social

CONDUCTA OBSERVADA	CONDUCTA DESEADA
– Deficiente integración familiar y social. – Sentimiento de inutilidad. – Desinterés por las cosas que le rodean. – Desconocimiento o deficiente utilización de los recursos sanitarios, culturales, etc. Existentes o rechazo hacia los mismos. – Excesivo culto al joven. – Actitud de rechazo de la sociedad en general hacia el anciano.	– Aumento de la integración social y familiar. – Aumento del interés por las cosas. – Realización de actividades que favorezcan el grado de integración en el grupo y la autoestima. – Conocimiento de los recursos existentes en la sociedad y adecuada utilización de los mismos. – Aumento del grado de aceptación social.

Fuente: elaboración propia.

Contenido:

- Situación actual de los mayores en sus aspectos económicos, social y familiar.
- Importancia del papel del mayor y aportaciones del mayor a la sociedad.
- Formas de integración familiar y social.
- Importancia de mantener una actitud activa ante la vida (participación en los actos de la vida cotidiana, desarrollo de ocupaciones creativas, mantenimiento de la actividad intelectual, etc.).
- Información sobre los recursos existentes en la sociedad (culturales, de ocio, sanitarios, sociales, etc.). Forma de acceder a ellos y cómo utilizarlos adecuadamente.

5. ESTILOS DE VIDA Y MEDIDAS PREVENTIVAS

El ser humano realiza actividades y se expone a una serie de factores que inciden positiva o negativamente en su salud, provocándole bienestar o enfermedad; por lo que es necesario que a lo largo de su vida vaya adquiriendo, asimilando y poniendo en práctica conocimientos que le permitan vivir en armonía con el medio en el que convive.

Las personas necesitan en el transcurso de su vida de una alimentación adecuada, actividad física y descanso para fortalecer y mantener el cuerpo, y satisfacer necesidades vitales, mentales y espirituales. En caso contrario, la ausencia de alguno de estos factores provoca daños, en ocasiones irreversibles para su salud. En consecuencia, el cambio de los estilos de vida es fundamental para retrasar el envejecimiento y optimizar nuestra salud y bienestar.

Los factores que inciden en el aceleramiento del proceso de envejecimiento de las personas vienen determinados no sólo por factores genéticos sino que en gran medida están condicionados por los estilos de vida y el medio ambiente.

Cabe destacar que numerosos son los estudios acerca de cómo la adopción de estilos de vida saludables (ejercicio físico, dieta equilibrada, reducción del consumo alcohol y tabaco, reducción y/o control del estrés, entre otros) son importantes en todas las etapas del curso vital y que ayudan a mejorar y potenciar un envejecimiento más activo y saludable, así como a prolongar la independencia de

las personas en edades avanzadas (Cotman y Bertchold, 2002; Bryan, 2004; Bello, 2005; Cabo, 2007; Muntané, 2008; Henrich y Prieto, 2009, entre otros).

En las páginas siguientes nos centraremos en lo que entendemos por estilos de vida saludables, y analizaremos cuáles son algunos de ellos, de qué modo interfieren positiva o negativamente en nuestra salud y bienestar y la importancia de adoptar medidas preventivas para ayudar a las personas a adoptar o mantener un estilo de vida saludable a lo largo de la vida para el logro de una mejora calidad de vida en edades avanzadas.

5.1. ¿Qué entendemos por estilos de vida saludables?

El origen del estudio de los estilos de vida comienza en Inglaterra con Sigesrit (1945) que definió las principales tareas de la medicina no relacionadas con aspectos no biológicos que intervienen en la salud: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. También en la década de los años cincuenta en Estados Unidos se empezó a prestar especial atención en el estudio de los factores que intervienen en la prevención de la salud. Incluso en la década de los años setenta se comienza a hablar de estilos de vida nocivos y de factores que predisponen a la enfermedad, como comer demasiado, no hacer ejercicio, fumar, beber alcohol en exceso, o vivir en un estado de estrés permanente.

Los estilos de vida pueden ser entendidos como aquellos comportamientos y conductas entre los que las personas pueden adoptar o rechazar y que influyen en su estado de salud, o lo que es lo mismo en el binomio salud-enfermedad, resultado de dichas acciones.

Los estilos de vida hacen referencia al conjunto de comportamientos que comparten un grupo social en conexión con las condiciones de vida y patrones culturales de ese grupo, de manera que los estilos de vida de las personas y las condiciones en las que viven y trabajan influyen fuertemente en su salud y longevidad (Ortega Navas, 2011: 36).

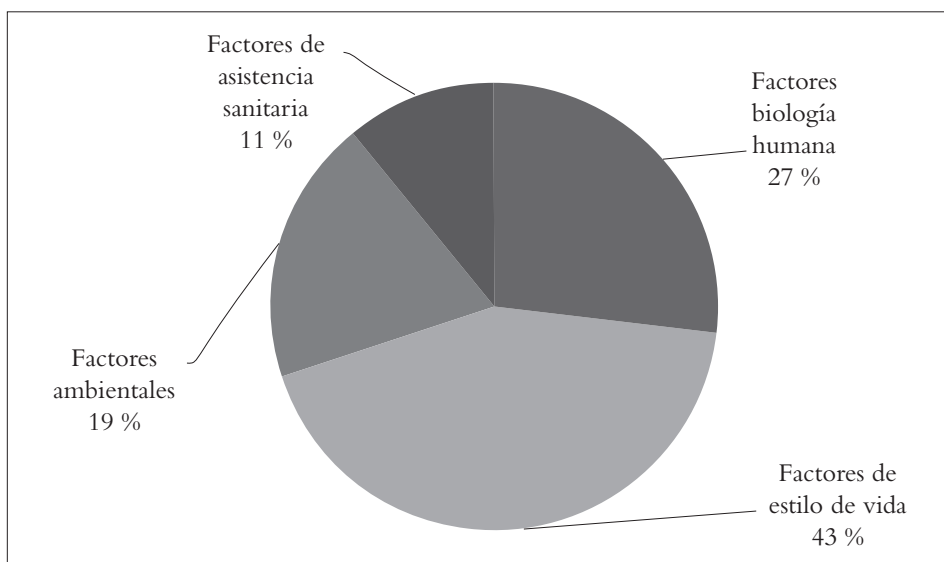
5.2. Estilos de vida saludables

Lalonde (1974), ministro de Sanidad y Bienestar de Canadá, sugiere en el documento *A new perspective on the health of Canadians* que existen cuatro catego-

rías o determinantes interrelacionados generales que influyen positiva o negativamente en la salud:

1. La biología humana (constitución física, la carga genética, el desarrollo y envejecimiento y los factores hereditarios que pueden proteger o favorecer la aparición de las enfermedades).
2. El medio ambiente (factores de insalubridad: contaminación del medio por factores físicos, químicos, biológicos y psicosociales).
3. Los estilos de vida y conductas de salud (consumo de sustancias nocivas, inadecuada alimentación, estrés, sedentarismo).
4. La organización del cuidado de la salud y asistencia sanitaria (mal uso de recursos materiales, económicos, humanos, medios tecnológicos, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia y sucesos adversos debidos a la asistencia sanitaria).

Gráfico 3. Factores determinantes de la salud



Fuente: Lalonde (1974).

A continuación abordaremos la tercera categoría o determinante, los estilos de vida y conductas de salud que influyen positiva o negativamente, tema que nos ocupa en esta ocasión. No obstante, somos conscientes de su interrelación

con los otros determinantes de acuerdo a la clasificación establecida por Lalonde (1974) al ser fundamental para la mejora de la calidad de vida de las personas.

5.3. Alimentación

El debate sobre la influencia de una alimentación sana para la salud es actualmente un tema sumamente discutido en ámbitos sanitarios y educativos, entre otros.

Una buena alimentación es importante para una buena salud. Por ejemplo, se ha demostrado en estudios epidemiológicos que un mayor consumo de verduras y/o frutas, potenciando el consumo de la dieta mediterránea disminuye el riesgo de cáncer de pulmón, de esófago, de estómago y de colon (Greenwald, Clifford y Milner, 2001). Igualmente numerosos estudios han demostrado el efecto protector de la dieta mediterránea en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, distintos tipos de cáncer, enfermedades neurodegenerativas e incluso en el envejecimiento. Un ejemplo de ello es el estudio que se está realizando por la European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) formado por diez países europeos (Alemania, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Holanda, Italia, Noruega, Reino Unido y Suecia) desde 1992. En dicho estudio, entre otras conclusiones, se han corroborado que una dieta rica en fibra reduce el cáncer colorrectal y que el consumo de frutas y verduras no está asociado con el riesgo de cáncer de mama.

La obesidad aumenta el riesgo de una persona a padecer enfermedades y muerte debido a diabetes, apoplejía enfermedad de la arteria coronaria, hipertensión, colesterol alto, así como trastornos del riñón y la vejiga. Además, la obesidad puede aumentar el riesgo de desarrollar ciertos tipos de cáncer, arterioesclerosis, ataque al corazón o insuficiencia cardíaca, renal, entre otras complicaciones.

Cada día se hace más necesario que las personas mayores tomen conciencia de la importancia que tiene la adquisición de hábitos alimenticios saludables que repercutan favorablemente en su calidad de vida. De hecho, las personas deben ser conscientes que una dieta desequilibrada incide negativamente en su estado de bienestar y salud.

Cabe destacar que la alimentación es un factor cuya repercusión en la salud se hace fundamental en todas las etapas de la vida y en el caso de las personas de

edad conforme al Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (2002) en su artículo 68, objetivo 3 que hace referencia al acceso de todas las personas de edad a los alimentos y a una nutrición adecuada, tenemos que prestar especial atención a las deficiencias nutricionales y educar a las personas de edad sobre las necesidades nutricionales especiales de estas personas, incluso en lo relacionado a la ingesta suficiente de agua, vitaminas, minerales y calorías.

Además, numerosos son los estudios que tratan de relacionar el proceso de envejecimiento con el papel de la dieta en las personas mayores (Bryan, 2004). La mayoría se centran fundamentalmente en los efectos beneficiosos de una dieta antioxidante rica en verduras, frutas, cereales, productos ricos en omega-3, y las sustancias que contienen elementos antioxidantes los betacarotenos y los minerales en la aparición de ciertas enfermedades degenerativas y crónicas como el Alzheimer (Alarcón et al., 2001; Castillo et al., 2007).

5.4. Actividad física

Uno de los objetivos para fomentar entre la población estilos y hábitos de vida activos para una vida saludable es concienciar de la importancia que tiene la práctica de actividad físico-deportiva durante toda la vida desde edades tempranas. La relación entre actividad física y salud se ha puesto en evidencia con los numerosos estudios que se han realizado en las últimas décadas (Thune y Furberg, 2001; Cotman y Berchtold, 2002; Colcombe et al., 2003; McDowell et al. 2003, y Gray y Leyland, 2008, entre otros).

Según la OMS (2001), en el documento *Salud para todos en el año 2010* destaca la importancia y necesidad de aumentar la proporción de personas que realizan actividad física moderadamente, puesto que no hay que olvidar que la actividad física regular, además de disminuir el riesgo de caídas y fracturas etc., promueve un mejor bienestar y funcionamiento cognitivo.

En España, la Encuesta Nacional de Salud del 2006 refleja que un 60,6 % de la población mayor de 16 años realiza ejercicio físico en su tiempo libre. De este porcentaje, las mujeres participan en una proporción algo menor que los hombres, 57,6 % frente al 63,6 %. Aunque lo que es verdaderamente preocupante es la tendencia a perder el hábito de realizar actividades físicas conforme se cumplen más años.

Por otra parte, queremos destacar que la práctica regular de ejercicio físico puede mejorar la salud y la plasticidad cerebral a lo largo de la vida pero sobre todo en la vejez (Cotman y Berchtold, 2002).

Algunos de los beneficios del ejercicio físico como factor de protección y promoción de la salud en términos generales son entre otros los siguientes: reducción de la presión sanguínea, aumento de la masa muscular que reduce el peligro de dolores articulares y rigidez en la tercera edad, fortalecimiento los huesos reduciendo el riesgo de desarrollar osteoporosis y el corazón y del sistema circulatorio, mejora de la función inmunitaria, aumenta la actividad pulmonar aumentando la absorción del oxígeno del aire, disminución del colesterol, ayuda a controlar el peso y evita la obesidad, disminución de enfermedades asociadas al envejecimiento (diabetes, cáncer de colon, derrame cerebral y enfermedades degenerativas como la demencia o el Alzheimer) y de la ansiedad y el estrés, mejora de las relaciones sociales y la autoestima, la capacidad de conciliar el sueño y ciertas capacidades mentales como la memoria, la concentración y el razonamiento.

Por otra parte, no debemos de perder de vista que las personas en la actual sociedad de cambios vertiginosos y problemas que conllevan la vida moderna, no favorecen la práctica regular de actividad física resultado de la amplia gama de tecnologías, la automatización de la maquinaria y los sistemas de transporte que conllevan una reducción de la actividad física y fomenten así el sedentarismo (Jackson et al., 2003). Por ello, se hace cada vez más necesario las intervenciones de actividades que promocionen la práctica de actividad física de forma regular para evitar una *epidemia de sedentarismo* que incremente la propensión de las personas a enfermar y adquirir signos de envejecimiento más tempranamente.

Algunas de las propuestas para impulsar y recomendar el incremento de la actividad física por parte de las personas mayores van en la línea de concienciar los beneficios de:

- Aumentar progresivamente la actitud de las personas para querer incorporar a la vida diaria hábitos como caminar, subir escaleras, ejercicios de flexibilidad y/o estiramientos, y bailar siempre que sea posible, de modo que cada persona valore junto con un especialista las condiciones que la persona debe reunir a la hora de seleccionar el tipo de actividad física con la que se puede comprometer, con qué frecuencia, duración e intensidad.
- Realizar algún tipo de actividad aeróbica o deporte al aire libre, durante tres días no necesariamente consecutivos a la semana.

Por último, queremos señalar que hoy se está prestando especial atención a la gimnasia para la tercera edad, gimnasia suave (gerontogimnasia) que contribuye a introducir actitudes saludables y hábitos para aquellas personas que presentan algún tipo de deterioro físico o algún problema locomotor y que les va a permitir su mejora física y en consecuencia mejor movilidad, actitud mental positiva y menor dependencia entre otras ventajas.

5.5. Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias tóxicas

En una reciente revisión sobre el tema numerosos estudios (Álvarez, 2003; Lorenzo et al., 2003; Banegas et al., 2005; Ruiz, 2005; Márquez et al., 2007, entre otros) coinciden en que el tabaco y el alcohol son sustancias en absoluto inocuas para el organismo, que crean dependencia y modifican las funciones del organismo.

Las consecuencias del consumo del alcohol sobre el organismo a corto plazo son: problemas de orientación espacio-temporal, trastornos de la visión, de los reflejos, del pensamiento y del habla y sobre el comportamiento sensación de euforia, posibilidad de tener reacciones violentas y problemas en las relaciones sociales en general. Por otra parte a largo plazo el consumo de alcohol provoca en nuestro organismo gastropatías, miocardiopatías, pancreopatías y dependencia física (tolerancia y síndrome de abstinencia) y a nivel comportamental: irritabilidad, agresividad, mayor porcentaje de suicidios, disminución del rendimiento laboral y aumento de la posibilidad de accidentes.

Por otra parte, el consumo de tabaco guarda una clara y constante manifestación como la cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular y el aumento de la mortalidad global. Las consecuencias del consumo de tabaco en el organismo a corto plazo son entre otras: el aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial, dolor de cabeza. A nivel comportamental aumentan las situaciones en las que se comienza con un consumo ocasional y que aumenta en frecuencia progresivamente. A largo plazo el consumo de tabaco en el organismo ocasiona disminución de la memoria, dolores de cabeza, fatiga, bronquitis, dependencia física y síndrome de abstinencia, cáncer de pulmón, boca y de laringe y en el comportamiento provoca irritabilidad y ansiedad consecuencia del síndrome de abstinencia y dependencia psíquica.

Por su parte, el consumo de drogas (ciertos medicamentos psicoactivos, alcohol, tabaco, drogas: heroína, cocaína y drogas sintéticas, etc.) afecta al natural

funcionamiento del sistema nervioso central y del cerebro, y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas. En las personas mayores una de las dificultades estriba en la dependencia de medicamentos y en la polifarmacia y el mal uso que se hace en ocasiones de los mismos, así como las reacciones adversas fruto de alterar, modificar u olvidar las pautas de medicación que le han sido prescritas. De hecho las personas mayores de 65 años consumen un tercio de los medicamentos que se recetan, entre ellos depresores del sistema nervioso central (benzodiacepinas y analgésicos opiáceos).

En suma, no debemos de olvidar que para establecer unas pautas que ayuden a sentar las bases de un estilo de vida saludable, tenemos que conseguir potenciar las campañas de educación y prevención del consumo de ciertas sustancias como el tabaco, alcohol y drogas.

5.6. El estrés

El estrés es un término ampliamente utilizado en diferentes ámbitos científicos pero sobre el que aún no se tiene una idea precisa sobre lo que dicho concepto abarca. Así por ejemplo Sandín (1995,4) afirma que

«(...) llama la atención que después de medio siglo de profusa investigación del término estrés, aún siga siendo necesario delimitar el significado de dicho término en revistas especializadas. Y es que posiblemente no exista otro término en psicología sobre el que haya más ambigüedad y abuso. Es utilizado frecuentemente por psicólogos, médicos, psiquiatras, sociólogos... y por la gente en general (...)»⁵¹.

Un hecho que no queremos dejar pasar por alto es que, aunque el estrés normalmente se asocia con lo negativo (ansiedad, pesimismo, bloqueo emocional y mental, entre otras), un cierto grado de estrés es imprescindible en nuestras vidas porque potencia capacidades como la creatividad, el sentido positivo, la capacidad de aprendizaje y la toma de decisiones, entre otras (Ortega Navas, 2006). Además si el nivel de estrés es «muy intenso o prolongado el organismo se agota, provocando las llamadas enfermedades del estrés» Ortega Navas (2006: 488).

La vulnerabilidad al estrés produce en las personas mayores la aparición o empeoramiento de ciertas dolencias como por ejemplo diabetes, hipertensión, asma, artritis, obesidad, migrañas, disfunciones renales, accidentes, depresión,

⁵¹ Consúltese: <http://multimedios.org/docs/d001727/> - fnf_0-p4

irritabilidad, fatiga, agotamiento, alteraciones del apetito, ansiedad y suicidio y conductas compensatorias como el consumo de caféina, chocolate, alcohol y tabaco, entre otras.

5.7. Importancia de las medidas preventivas

Las medidas preventivas son aquellas medidas necesarias antes de que aparezca el problema de salud. De hecho las medidas preventivas efectivas para la mejora del estilo de vida vienen condicionadas por la definición de objetivos realistas que contribuyan a evitar los factores de riesgo para la salud relacionados con hábitos de vida poco saludables. De este modo, algunas de las enfermedades no transmisibles (ENT) como el cáncer, las cardiopatías, la diabetes y las enfermedades respiratorias no infecciosas que provocan muchas muertes anuales podrían prevenirse reduciendo el consumo excesivo de alcohol, tabaco, mejorando la dieta y promoviendo la actividad física.

Las ventajas de las medidas preventivas son múltiples y actúan en diferentes campos. Constituyen una realidad en todo lo referente a prevención primaria, pero también, en muchos casos, en el terreno de la prevención secundaria y terciaria. Así, las ventajas de adoptar estilos de vida saludables son abrumadoras en la literatura especializada sobre la temática que nos ocupa.

Según el presidente de la Asociación Médica Mundial, Martin Wiseman, las personas no son conscientes que factores como la obesidad y el consumo del alcohol, entre otros, incrementan el riesgo de la salud de las personas y plantea que de no tomarse medidas tendremos que hablar de una *epidemia crónica* de las enfermedades relacionadas con el estilo de vida, que irán en aumento si no se toma conciencia de las enfermedades que, en estados avanzados, que hacen que los tratamientos sean caros y más complejos.

La prevención es posible en cualquier momento y edad. Las medidas preventivas contribuyen a mejorar no sólo la calidad de vida de las personas mayores, sino que también va a ser rentable en términos económicos al reducir gastos derivados de la morbilidad, puesto que numerosas enfermedades podrían prevenirse reduciendo el consumo excesivo de alcohol, mejorando la dieta, y promoviendo la actividad física.

Entre los principales objetivos de las medidas preventivas destacamos:

1. Evitar, reducir y retrasar los factores de riesgo
2. Retrasar el inicio de las discapacidades
3. Aliviar la gravedad y retrasar la morbilidad
4. Prolongar la vida evitando la mortalidad precoz

A nivel de prevención primaria, las medidas preventivas están motivadas por lo general por los cambios en el estilo de vida de una persona «saludable» pero que está en riesgo para que no desarrollen una determinada enfermedad, es por lo que se persigue evitar el inicio de la enfermedad en las personas susceptibles de factores de riesgo, igualmente, se trata de detectar, evaluar, reducir y controlar los factores de riesgo. El tipo de actividades propuestas será entre otras la promoción de la actividad física, programas de prevención y abandono del tabaquismo y seguir unas recomendaciones dietéticas más saludables.

Por otra parte, la prevención secundaria se realiza en personas que ya padecen determinada enfermedad y lo que se busca es prevenir las complicaciones con cambios en el estilo de vida más fármacos. Además, se dirige a personas con morbilidad reducida o personas asintomáticas para evitar el deterioro biológico gracias a las actividades de detección precoz y evolución de la enfermedad, así como el autoexamen de la salud para detectar lesiones.

Por último, la prevención terciaria busca prevenir una recaída en las personas que sufren una enfermedad que ya tuvo una complicación. Este tipo de medidas preventivas permitirán evitar ésta y la progresión de la enfermedad mediante medidas de rehabilitación a pacientes con sintomatologías más avanzadas, así como control de la eficacia de los fármacos y sus efectos secundarios, y la educación sobre modificación de hábitos higiénicos-dietéticos.

Según queda reflejado en el Libro Blanco sobre el envejecimiento activo entre un 40-70 % del total de enfermedades son parcial o totalmente prevenibles a través de la modificación en los estilos de vida, manejo y control de los factores de riesgo, y prevención primaria y secundaria.

Las intervenciones para ayudar a las personas a adoptar o mantener un estilo de vida saludable se deberán caracterizar porque las personas deberán tener un papel proactivo durante el proceso de cambio, adquieran nuevas conductas me-

diante un aprendizaje basado en aproximaciones sucesivas, para lo cual se deberá tener en cuenta el contexto en que ocurre.

Además se trata de buscar estímulos asociados a la conducta no deseada, planteando alternativas y estrategias de afrontamiento, de manera que se transmita interés en ayudar a las personas a mejorar su salud apoyando y reforzando el más mínimo cambio, reconociendo que los cambios de conducta son difíciles.

6. SÍNTESIS

La persona es agente principal en el proceso de su propio envejecimiento. Un 25 % de la longevidad está explicada por factores genéticos, ello mantiene un amplio margen a la actuación individual y social sobre las formas de envejecer estimada en un 75 %. El énfasis debe ponerse en todo lo relativo a la prevención primaria. Llevar unos hábitos de vida saludables constituye la mejor forma de prevención a cualquier edad.

La salud es una de las preocupaciones fundamentales del ser humano. La educación para la salud es fundamental para mejorar su calidad de vida que repercutirá no solo en la persona sino en sus familiares y/o cuidadores. De hecho las personas mayores se sienten más vulnerables a las agresiones o problemas específicos conocidos como síndromes geriátricos (trastornos sensoriales, caídas, inmovilismo, etc.), debido a que sus mecanismos de defensa se ven limitados con la edad.

Es fundamental la creación de programas de prevención y promoción de salud para personas mayores que incluyan educación para la salud con énfasis en aspectos: hábitos de vida saludable, social, actividad física regular y alimentación, etc., y que se afronten mediante una planificación de objetivos y actividades conjuntos por un equipo multidisciplinar de profesionales. La prevención el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación de los síntomas o enfermedades son fundamentales para posponer lo más posible el desarrollo de incapacidad y la pérdida de la autonomía con la consiguiente mejora de la calidad de vida.

Asistimos a una nueva cultura de la salud que trasciende los tradicionales campos de la medicina, ya que este concepto ha manifestado cambios significativos. La salud, entendida como ausencia de enfermedad, ha pasado a considerarse en un sentido positivo.

El término *salud positiva* está estrechamente relacionado con la calidad de vida, identificándose en términos generales como: bienestar personal, grado de satisfacción de un individuo con uno mismo, en relación con el grupo social y el medio ambiente, capacidad de funcionamiento y sensación positiva de su vida y felicidad (Perea, 2009: 43).

El paradigma del envejecimiento activo, a través de nuevas políticas y el desarrollo de programas adecuados, mejoran las condiciones de salud (previniendo la dependencia y promoviendo la independencia) y sirve para generar nuevas oportunidades de participación y de ejercicio de los derechos (previniendo la heteronomía y favoreciendo la autonomía de las personas mayores).

La nutrición es el conjunto de funciones orgánicas de transformación y de utilización de alimentos para permitir la actividad y desarrollo de los seres vivos. Esta definición refleja la estrecha relación de la nutrición con funciones del organismo tan importantes como la digestión, la absorción, la excreción, la respiración y la circulación (Pacho y Fernández, 2004: 80).

Una alimentación variada y equilibrada, junto con un aumento de la actividad física, tienen una repercusión muy positiva en la salud y bienestar del anciano y pueden contribuir notablemente a mejorar su calidad de vida.

Conviene animar a la persona mayor a aumentar al máximo su actividad dentro de sus posibilidades y estado de salud, para incrementar su gasto energético y que de esta manera pueda consumir más alimento sin peligro de aumentar peso. Además el ejercicio condiciona otras ventajas sanitarias y psíquicas.

A través de la educación para la salud podemos conseguir cambios en el estilo de vida que se traducen en una disminución del riesgo de enfermar y morir, y al mismo tiempo mantienen o mejoran la salud de las personas consideradas en su totalidad.

A los enfoques tradicionales de la salud física de las personas debe añadirse la necesidad de considerar a los mayores en su complejidad social, ya que muchos de los problemas que afrontan tienen que ver con su inserción en economías débiles, el aislamiento social en el que por distintas razones viven los mayores y les priva de apoyos emocionales, físicos y financieros.

Envejecer de manera saludable implica no solo tener la posibilidad de cuidados médicos ante los problemas de salud que se presenten en esta etapa de la vida; implica también reconocer a los mayores como seres humanos con necesidades y

posibilidades especiales. Significa aceptar que, además de su buen estado de salud física, los mayores necesitan reconocimiento, respeto, seguridad y sentirse partícipes de la sociedad a la cual pueden aportar toda su experiencia. Alcanzar estos logros va más allá de acciones individuales. Es preciso que las familias, las comunidades y el Estado actúen en conjunto para conseguirlo. Se ha demostrado ampliamente la importancia de tener estilos de vida saludables que debieran ser la continuación de estilos que se siguieron en etapas anteriores de la vida, y no iniciarlos solo en la tercera edad.

La dieta inadecuada, la inactividad física y el consumo de tabaco y alcohol y altos niveles de estrés son factores determinantes en la aparición de enfermedades. De hecho se pueden prevenir enfermedades a través de hábitos de comportamiento de hábitos saludables.

Las medidas preventivas son fundamentales antes de la aparición de la enfermedad o en su caso cuando aún es tiempo de reaccionar para que la enfermedad progrese de manera que se eviten los factores de riesgo para la salud derivados de estilos de vida poco saludables. En definitiva, el fomento de los estilos de vida saludables y medidas preventivas es una de las principales estrategias para promover la salud.

Capítulo 5

Cómo intervenir
en personas mayores

M.^a Elena Cuenca París

1. Metodología de acción socioeducativa con mayores.
2. Habilidades para la intervención.
3. Fisioterapia geriátrica.
4. Terapia ocupacional.
5. Voluntariado, un compromiso solidario.
6. Síntesis.

La acción socioeducativa con las personas mayores designa un amplio campo de actuaciones con infinitud de posibilidades. En general, los diferentes escenarios, la heterogeneidad del grupo de las personas mayores y las múltiples áreas de interés que presentan son elementos de vital importancia para definir esta acción.

En este capítulo se hace referencia a una acción orientada que implica la relación social y define la intervención como un proceso intencional, sistemático y previamente planificado. El proceso de intervención socioeducativa con personas mayores integra diferentes momentos de acción que concretan la práctica y sistematizan el trabajo profesional. Se defiende la intervención «con» las personas mayores, en tanto que su protagonismo es fundamental más allá de considerarlas como un punto de partida o simples destinatarias.

La metodología de acción socioeducativa con mayores hace referencia al conjunto de procedimientos utilizados en la práctica profesional para lograr una *acción* coherente, una *relación* satisfactoria y una *intervención* que transforme el problema en solución y mejore la realidad del mayor.

El procedimiento empleado por el profesional en su práctica demanda la realización de tareas específicas que requieren habilidades y conocimientos sobre las personas mayores. Los equipos multidisciplinares que desempeñan su labor, en este campo deben disponer de profesionales, personal y socialmente hábiles. Para ello, deben estar capacitados y desplegar actitudes socialmente habilidosas para intervenir con personas de edad.

El aprendizaje de habilidades sociales en las personas mayores es otro aspecto importante que se puede situar en la base de la intervención. Este aprendizaje fomenta conductas que capacita al mayor para establecer relaciones saludables y satisfactorias.

Los distintos profesionales que intervienen con las personas mayores deben actuar interdisciplinariamente, a la vez que desarrollar su acción en áreas especí-

ficas. En este sentido, se ejemplifica la labor del fisioterapeuta como profesional que mantiene o potencia el dominio físico en el mayor, favoreciendo su desarrollo funcional.

Desde la fisioterapia geriátrica se despliegan diferentes programas de intervención, en función de la *valoración geriátrica integral* que adapta la terapia física en cada caso. El terapeuta ocupacional, por su parte, fomenta la autonomía de las personas mayores, conservando su capacidad para desempeñar las actividades básicas de la vida diaria. Las ocupaciones o actividades que potencia este profesional favorecen la relación entre la persona mayor y su entorno inmediato.

Por último, se pone en valor la acción voluntaria. Las personas mayores, como colectivo vulnerable de la sociedad, son receptoras de ayudas y servicios que proporcionan personas desinteresadas y altruistas. No obstante, se destaca la multidireccionalidad del voluntariado. Las personas mayores, como ciudadanos activos, pueden aportar a la sociedad sus conocimientos y experiencia vital. El voluntariado integra al mayor en la dinámica social, abriendo cauces para su participación y favoreciendo un envejecimiento activo sin etiquetas ni estereotipos.

1. METODOLOGÍA DE ACCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON MAYORES

La práctica socioeducativa con los mayores se configura desde la *acción*, la *relación* y la *intervención* como elementos sinérgicos que potencian sus efectos. Aunque someramente, es necesario explicar estos conceptos con el fin de contextualizarlos y proporcionarles el sentido correcto.

Acción

El diccionario de la Real Academia Española, en su 21ª edición, define el término «acción» como ‘efecto de hacer’ que, a su vez, lo concreta como ‘producir, fabricar, dar forma a una cosa, y ejecutar o poner en práctica un trabajo’.

La *acción* social va más allá de «hacer por hacer», en tanto que debe estar fundamentada, orientada y ser intencional. El fundamento de dicha acción está condicionado por los elementos sociales y educativos que la hacen posible. Por su parte, la orientación delimita la posición y dirección que toma la acción; y la

intencionalidad propicia este «hacer» orientado, siendo importante focalizar siempre la acción social hacia un objetivo educativo concreto de mejora y de cambio personal, grupal o comunitario (Pérez Serrano, 2000).

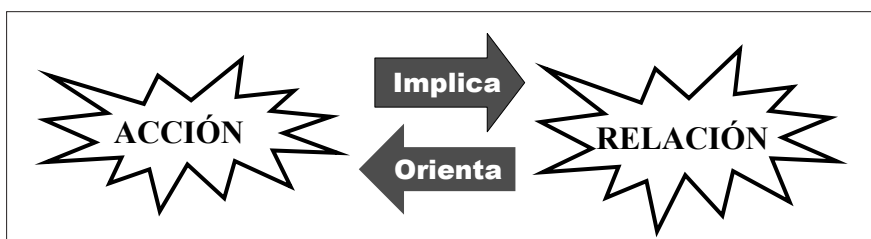
La acción no se entiende sin la relación. Max Weber, en su obra *Economía y Sociedad: esbozo de sociología comprensiva* entendía la acción social como momento de la relación social:

«Por la relación social debe entenderse una conducta plural -de varios- que por el sentido que encierra se presenta como recíprocamente referida, orientándose por esa reciprocidad. La relación social consiste, pues, plena y exclusivamente, en la probabilidad de que se actuará socialmente en una forma (con sentido) indicable» (Weber, 1982, p. 21).

Relación

En la práctica socioeducativa se establecen procesos recíprocos en los que todos los elementos interactúan. La acción, definida anteriormente, favorece la creación de vínculos responsables y el desarrollo de relaciones sociales. Por ello, la acción implica relación. Al mismo tiempo, las relaciones establecidas guían a la acción y la dotan de sentido, es decir, la relación orienta a la acción. De este modo, acción y relación se impulsan mutuamente a través de la implicación y la orientación que favorecen la práctica socioeducativa.

La relación, por tanto, debe entenderse como un conjunto de interacciones que orienta a la acción y supone establecer conexiones recíprocas capaces de generar reflexión, modificación de conductas y comportamientos estables y duraderos.



Fuente: Elaboración propia.

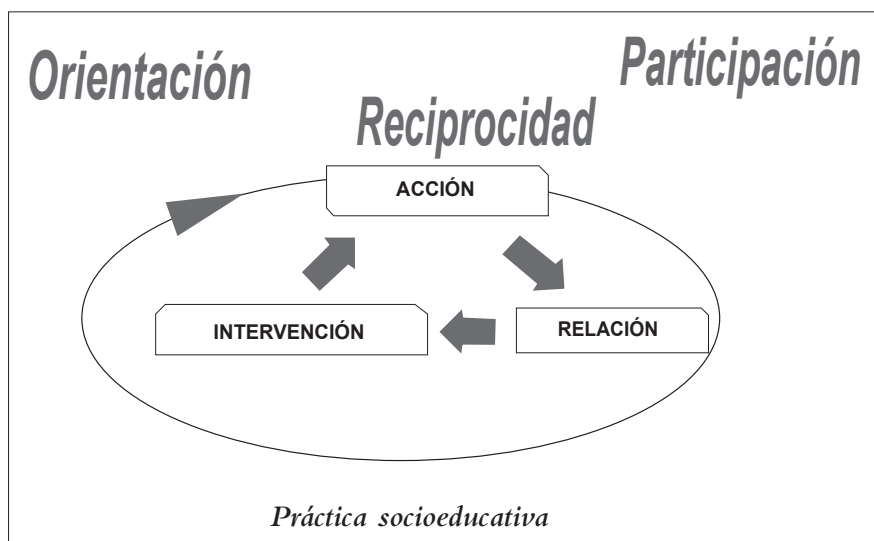
Figura 8. Líneas de atracción entre acción y relación

Intervención

La versatilidad del concepto y unas supuestas reminiscencias autoritarias y dirigistas han hecho que el término intervención haya sido fuertemente denostado por algunos autores (Úcar, 2004). La acepción que nos ocupa nada tiene que ver con el concepto médico de «intervención», que supone un abordaje interno del sujeto. En este caso, se defiende la última palabra, derivada del latín *interventio*, que proviene de la palabra latina *interventus*, que significa ‘ocurrencia de un evento’. Por su parte, «ocurrencia» es definido por el Diccionario Enciclopédico Vox 1 en su Edición de 2009 como ‘encuentro’. Además, la RAE, define «intervención» como el ‘efecto de intervenir’ que, a su vez, significa ‘tomar parte en un asunto’.

Por ello, se entiende que la *intervención* es un encuentro en el que las personas implicadas toman parte, es decir, participan. De aquí la diferencia con el término médico. Las personas que forman parte del proceso socioeducativo no son intervenidas sino que son partícipes de dicho proceso.

Las personas mayores son nuestros partícipes, protagonistas indiscutibles en el proceso de intervención que configuran la práctica desde la *acción* orientada, la *relación* recíproca y la *intervención* participativa. No se puede pensar en actuar sin establecer una relación que no tenga en cuenta la participación.

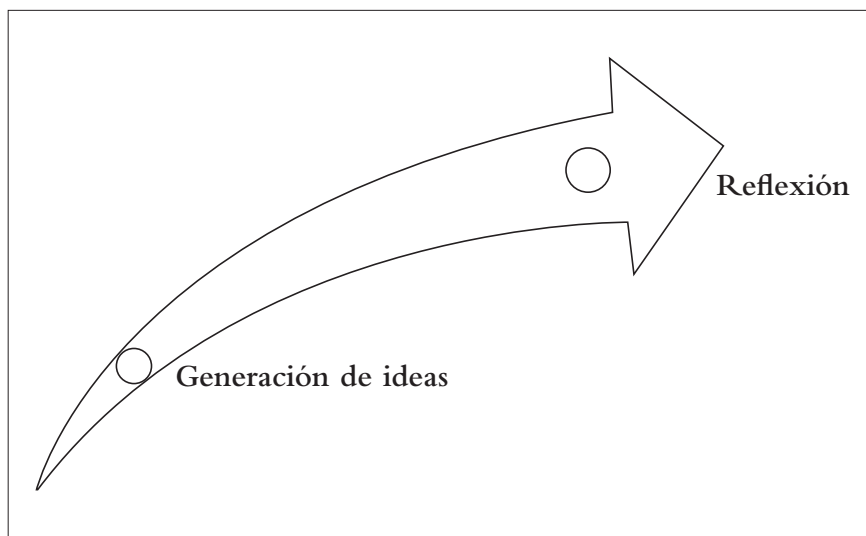


Fuente: Elaboración propia.

Figura 9. Práctica socioeducativa

1.1. El proceso de intervención socioeducativa con personas mayores

La intervención con las personas mayores supone la creación de un escenario de acción en el que todo está conectado y en continuo movimiento. El modelo de intervención que se ofrece es un proceso dirigido, pero abierto; planificado, pero flexible, que inspira en el profesional la generación de dinámicas que puedan mejorar las condiciones y la calidad de vida de las personas mayores. Se trata de un proceso de construcción que va creciendo, desde la generación de ideas hasta la reflexión.

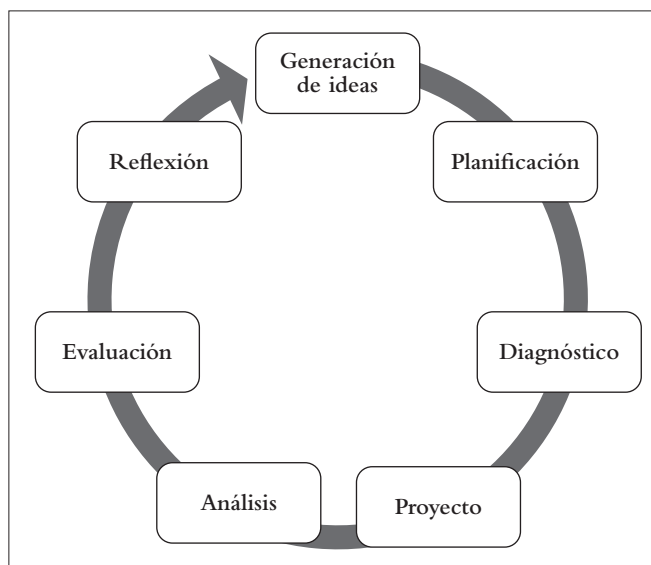


Fuente: Elaboración propia.

Figura 10. Crecimiento en el proceso de intervención socioeducativa

El proceso de intervención con personas mayores integra siete *momentos de acción*, que incluyen elementos activos y aplicaciones prácticas en el que el proyecto socioeducativo es un momento de acción más dentro de dicho proceso. No obstante es importante señalar que el proyecto es donde se concreta la práctica socioeducativa.

Los distintos *momentos de acción* se disponen en el proceso de forma circular. La práctica socioeducativa con las personas mayores no es lineal, la reflexión en torno al proceso emprendido crea nuevas relaciones que, a su vez, genera nuevas ideas para la acción.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 11. Proceso de intervención socioeducativa. Representación circular

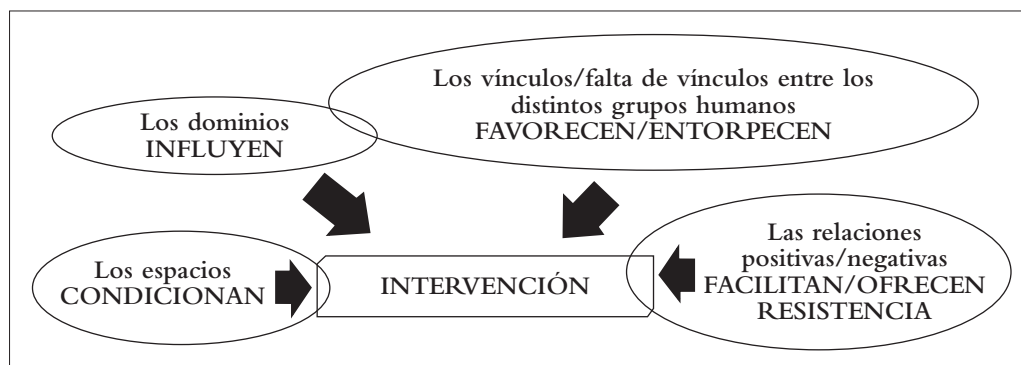
A continuación se describen estos momentos de acción, concretando en cada uno de ellos los diferentes elementos para la intervención con las personas mayores. No se pretende exponer un esquema fijo, más bien al contrario se trata de facilitar un modelo estratégico y primario que fomente la creatividad y la generación de ideas en el profesional que desarrolle su labor en el ámbito de las personas mayores.

Momento de acción 1: *Generación de ideas*

El momento de generar ideas es complejo. No se trata de plasmar ocurrencias más o menos originales sin ningún fundamento. La generación de ideas dentro del proceso de intervención con las personas mayores requiere un conocimiento profundo del *contexto de acción*. Este contexto está configurado por:

- *Los espacios de intervención*: Son los distintos escenarios en los que el profesional realiza la intervención. En general, los espacios más habituales en los que se puede desarrollar la intervención son los centros socioeducativos, culturales o cívicos; los centros de día, centros residenciales y, en ocasiones, la intervención se puede trasladar al domicilio de la persona mayor si la demanda así lo requiere.

- *Los dominios de intervención.* Los dominios⁵² son las áreas de actuación que representan los intereses de la intervención. De forma genérica, se pueden agrupar en:
 - Dominio personal. Dentro de este dominio, se destaca la dimensión psicológica, el área higiénico-sanitaria, los hábitos personales, rutinas, etc.
 - Dominio familiar. Estructura, relaciones, cultura, etc.
 - Dominio social. Habilidades sociales, redes, ocio, etc.
 - Dominio pedagógico. Alfabetización, nivel de estudios, conocimientos procedimentales e instrumentales básicos, etc.
- Los grupos humanos. Principalmente son dos:
 - No profesionales. En este grupo están incluidas las personas mayores y sus familiares.
 - Profesionales. Son los equipos multidisciplinares que intervienen con las personas mayores.
- *Las relaciones:* Son las interacciones, las conexiones y los vínculos que se establecen entre los anteriores. Todo está relacionado.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 12. Interacciones entre los elementos del contexto de acción

⁵² El concepto de «dominio» se toma de la literatura que hace referencia a la *evaluación criterial*. En este caso, asumimos este término en orden a significar los elementos de las distintas áreas de interés que aportan criterios para la intervención socioeducativa. El estudiante puede profundizar en A. Heredia, (2009): «Dos formas diferenciadas de evaluación didáctica: evaluación normativa para seleccionar a los alumnos y evaluación criterial para el dominio del conocimiento básico», *Bordón*, 61(4), 39-248.

El profesional debe conocer bien los elementos del contexto de acción. Este conocimiento aportará los criterios desde los que se generarán las ideas en torno a qué se puede hacer con las personas mayores.

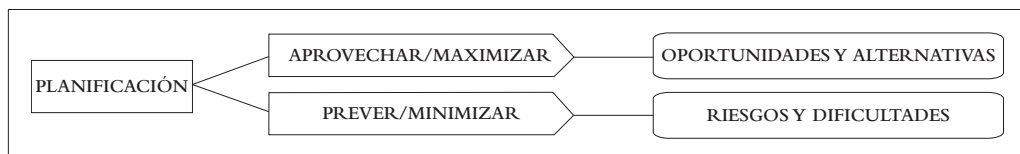
Momento de acción 2: Planificación

Tras conocer qué se puede hacer, llega el momento de planificar el proceso de intervención socioeducativa con las personas mayores. Según la RAE, en su 21ª edición, planificar es trazar los planos para la ejecución de una obra; pues bien, en este momento del proceso se trazarán las posibles líneas de acción para la intervención. Se trata de desarrollar racional y estructuralmente lo que se va a hacer (Pérez Serrano, 2000).

Planificar es prever con precisión unas metas, y los medios congruentes para alcanzarlas. Se trata pues de racionalizar la acción humana dentro de una pauta temporal, en función del logro de unos fines bien definidos que se consideran valiosos (Castillo y Cabrerizo, 2003). La planificación se refiere siempre al futuro, es una prospectiva diseñada para la acción. Siguiendo a Cembranos, Montesinos y Bustelo (2004), al planificar se debe:

- Analizar las oportunidades que el futuro ofrece para la acción.
- Estudiar las alternativas que se plantean.
- Buscar nuevas vías.

La planificación siempre debe partir de la generación de ideas surgidas del conocimiento profundo del contexto de acción, y debe determinar el futuro. Se trataría, por un lado, de aprovechar las oportunidades y alternativas y, por otro, de prever las dificultades y los riesgos (Cembranos, Montesinos y Bustelo, 2004):

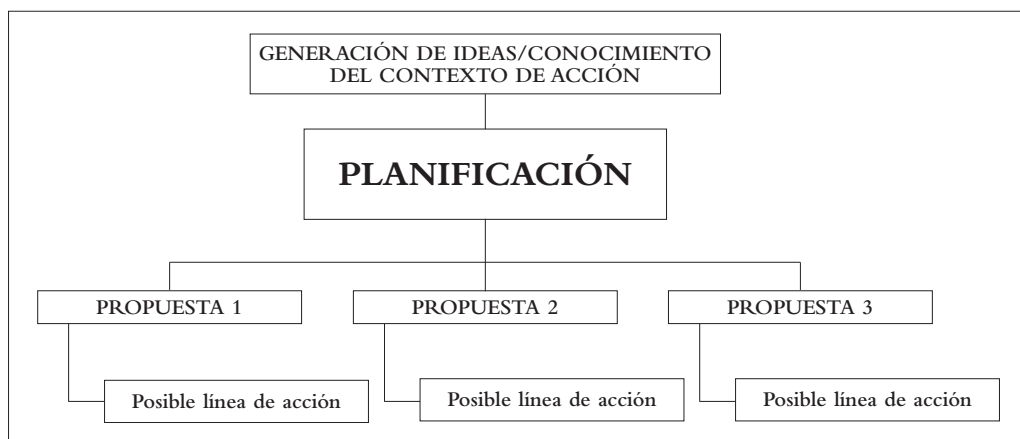


Fuente: Elaboración propia.

Figura 13. Planificación

Otro elemento importante que se debe tener en cuenta, en el momento de planificar, es el significado que tiene nuestra acción para las personas mayores

¿qué representa para ellas? Obviamente, la intervención tiene su finalidad en la mejora de la realidad de las personas mayores, pero ¿cómo se traduce esa mejora? El profesional debe hacer visible sus intenciones en la planificación y realizar propuestas viables que tracen las posibles líneas estratégicas que seguirán las acciones futuras. Además, estas propuestas orientarán el diagnóstico en cada caso. No es viable planificar «a ciegas», se debe proyectar la generación de ideas hacia el diagnóstico y las pautas de intervención. En este momento, se conoce el grupo de personas mayores con los que se llevará a cabo la intervención, el escenario de la misma, el dominio en el que se va a intervenir, los profesionales que actuarán y las relaciones existentes entre los diferentes grupos humanos y su entorno. Obviamente, se cuenta con mucha información que será útil para planificar los posibles pasos a seguir en el futuro.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 14. Situación de la planificación en el proceso de intervención

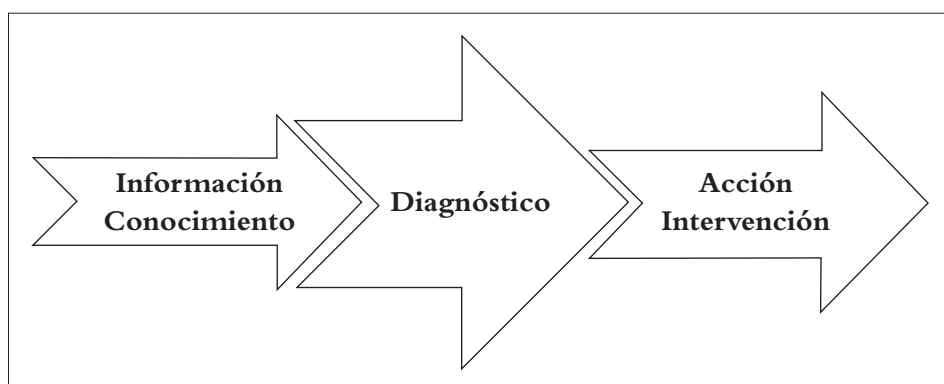
Momento de acción 3: *Diagnóstico*

Este es el momento de saber qué se necesita hacer. Después de proponer y planificar las posibles líneas de acción, se debe considerar objetivamente qué actuaciones son necesarias. Para ello, el profesional realiza un diagnóstico, siguiendo un proceso lógico basado en el análisis de toda la información disponible sobre el caso, a la luz de los conocimientos que la experiencia y el estudio proporcionan (Brueckner y Bond, 1992). Este proceso permite orientar la acción socioeducativa hacia los aspectos más importantes, dirigiendo el conocimiento hasta los problemas y sus causas. El diagnóstico supone la comprensión de las situaciones y establece un

estudio pormenorizado de la realidad de las personas mayores susceptible de mejorar. Se trata de establecer una definición de la distancia existente entre lo que conocemos —lo analizado, lo observado— y lo que esperamos —lo que consideramos posible, lo que programamos, nuestra propuesta alcanzable— (Bermejo, 2004).

El profesional analiza la situación y determina la naturaleza y el alcance de las necesidades, considerando la emergencia y la urgencia de determinadas acciones socioeducativas. El diagnóstico, por tanto, implica una priorización, tanto de necesidades como de posibles actuaciones, que ponga en perspectiva la realidad que se quiere modificar y muestre la viabilidad de la intervención futura.

A través de este proceso, se hacen factibles las líneas de acción propuestas en el momento anterior. El análisis realizado conecta toda la información recogida con la acción socioeducativa, por lo que el diagnóstico constituye el punto final del proceso informativo y el punto de partida para la intervención (Marín y Buisán, 1987).



Fuente: Elaboración propia.

Figura 15. El diagnóstico como conector entre el conocimiento y la intervención

Momento de acción 4: *Proyecto de acción*

El proyecto de acción es el momento más importante del proceso de intervención socioeducativa con las personas mayores. Se trata de elaborar un guión para la acción que refleje las conclusiones del análisis realizado. Las posibles líneas de acción propuestas en la planificación, y priorizadas a través del diagnóstico, son definidas en el proyecto desde los siguientes elementos:

- El establecimiento de unos objetivos.

- El diseño de tareas y estrategias de intervención.
- La dotación de los recursos necesarios.

Los *objetivos* son los logros que se pretenden alcanzar con la ejecución de una acción (Pérez Serrano, 2000). Resulta conveniente formular los objetivos de forma operativa, es decir, como acciones a emprender. Su correcta formulación exige que dichos objetivos cumplan la siguiente serie de condiciones (Cembranos, Montesinos y Bustelo, 2004):

- Que sean coherentes con lo que se pretende conseguir.
- Que motiven para la acción.
- Que sean participativos.
- Que sean concretos y estén planteados con claridad.
- Que sean proporcionados con los recursos de los que se dispone.
- Que sean evaluables, es decir, que al finalizar la acción permitan verificar con exactitud si se han cumplido o no, y por qué.

En esta fase del proceso se debe tener claro qué hacer, y estar en disposición de saber cómo hacerlo.

El *diseño de tareas y estrategias de intervención* se configuran desde la elaboración de actividades concretas. Estas acciones conllevan el compromiso de implicación por todos los agentes. Todos tienen un rol, y el reparto de tareas es fundamental. El cometido de cada uno debe formar parte de las estrategias de intervención definidas y éstas, a su vez, estar integradas perfectamente en el desarrollo de las actividades. El profesional puede seleccionar entre una multitud de actividades posibles pero, en general, para intervenir con personas mayores, sería conveniente que reunieran las siguientes características:

- Las actividades deben ser realizables, es decir, se seleccionarán aquellas que los mayores puedan realizar.
- La participación de las personas mayores es fundamental, ellas son las protagonistas, por lo que las actividades deben responder a sus intereses, y por qué no, a sus gustos.
- Las actividades deben facilitar la consecución de los objetivos establecidos y responder a las necesidades detectadas.

- Se deben considerar aquellas actividades que fomenten la motivación y la actitud positiva. Existe la posibilidad de que las personas mayores, en un primer momento, se encuentren desanimadas y se muestren poco colaboradoras. Se pueden buscar elementos de motivación sobre aquellos aspectos asociados a la realidad de las personas mayores; su identidad, su tradición y su recorrido vital aportan aspectos importantes que generan cercanía y motivan a éstas a participar.

Una vez seleccionadas las actividades, el profesional podrá optar entre diversas técnicas para recoger información durante la ejecución del proyecto. La observación resulta muy útil y sus instrumentos se adaptan a las situaciones creadas. Conviene tener en cuenta que esta información será objeto de análisis en un momento posterior, por lo que se recomienda elaborar instrumentos válidos que recojan todo aquello que se quiere saber para conseguir los objetivos. Las listas de control, los registros de incidentes y los diarios son, entre otros, instrumentos que permiten obtener información significativa, aportando elementos de análisis y espacios de reflexión.

La *dotación de recursos* para el proyecto se debe llevar a cabo según los principios de «suficiencia», «necesidad», «disponibilidad» y «responsabilidad», es decir, se emplearán los recursos suficientes para la ejecución del proyecto, necesarios para funcionar y que estén disponibles. Del mismo modo, se deben utilizar los recursos de forma responsable.

Siguiendo la tipología clásica, los recursos para implementar un proyecto pueden ser:

- Materiales. Estos recursos incluyen los espacios (interiores o exteriores), las infraestructuras (organizacionales, administrativas, etc.); y todos aquellos que son específicos para el buen desarrollo de las actividades.
- Humanos. Están configurados por las personas necesarias que, de forma responsable, actúan en el proyecto. Cada una de ellas debe reunir las competencias adecuadas para desempeñar sus funciones y desarrollar las tareas que le son encomendadas.
- Económicos. El proyecto debe tener el respaldo económico necesario para cubrir los gastos que de su implementación se deriven.

Un profesional, en el ejercicio de sus funciones, debe ser capaz de seleccionar, organizar y emplear adecuadamente los recursos disponibles. Estos aspectos son fundamentales y pueden llegar a marcar la diferencia entre el fracaso y el éxito de las acciones emprendidas.

Momento de acción 5: *Análisis*

Todo el proceso, desde el principio, es susceptible de análisis. La información que se ha reunido en cada momento debe ser analizada. Previamente, se recomienda organizar y preparar la información. Aunque para realizar estas tareas no existen esquemas fijos, el profesional debe tener en cuenta que el fin de la organización y preparación de la información es facilitar el análisis y posterior interpretación. Por ello, sería recomendable establecer unos criterios que permitan reordenar la información en función de:

- El momento en el que se haya reunido.
- A qué responde dicha información.
- Su tipología (datos, texto, imágenes, etc.).

Una vez preparada la información se procede a su análisis. Como indica Pérez Serrano (2000) tenemos que plantearnos ¿cómo vamos a llevar a cabo el análisis?, ¿qué técnicas emplearemos? La respuesta depende del tipo de datos que hayamos obtenido. En este sentido, se puede hablar de dos modalidades, según se trate de información de naturaleza cuantitativa o de carácter cualitativo (Pérez, 2006).

Siguiendo a este autor, la información cuantitativa, recogida a través de los diferentes instrumentos y procedimientos, es traducida a valores numéricos llegando el momento de proceder a su tratamiento y análisis a través de la Estadística.

Por su parte, los datos de carácter cualitativo se analizan en orden a extraer su significado en relación a los objetivos establecidos. El procedimiento habitual es el análisis de contenido; son muchos los autores que han escrito sobre esta técnica (Pérez Serrano, 2000; Pérez, 2006; Ander-Egg, 2003; Bisquerra, 2004); pero, independientemente del modelo seleccionado por el profesional, este proceso servirá para identificar el valor de la información recogida, reducirla hasta su comprensión y presentarla para su interpretación.

Sin perder de vista el ámbito en el que nos encontramos, el momento de análisis dentro del proceso de intervención con personas mayores debe conciliar la creatividad y el rigor, adaptándose continuamente al contexto y la evolución del proceso, no perdiendo de vista las exigencias dictadas por su marco conceptual de referencia (De Ketele y Roegiers, 2000).

Momento de acción 6: *Evaluación*

Una vez analizada la información, el profesional se encuentra en disposición de valorar el grado de consecución de los objetivos y de evaluar la acción emprendida.

En la literatura se pueden encontrar diferentes enfoques evaluativos, según el proceso planteado o las características y finalidades establecidas por los diversos autores (Tyler, 1950; Scriven, 1980; Cronbach y col., 1980; Stufflebeam y Shinkfield, 1987; Fernández-Ballesteros, 2001; Castillo y Cabrerizo, 2003; Pérez, 2006; Martínez, 2007). De forma general, el origen etimológico de «evaluación» procede del latín «valere» (valorar), que supone ‘atribuir un mérito o valor a algo’. Sin embargo, la evaluación que aquí se defiende sólo puede entenderse como un instrumento para aprender, mejorar y cambiar, y no como una fase con la que legitimar nuestra acción (Bermejo, 2004).

Ante lo expuesto, este es el momento de dar respuesta a las siguientes cuestiones:

- ¿Se llegó a un conocimiento profundo del contexto de acción?
- ¿La planificación fue coherente con la generación de ideas y el posterior diagnóstico?
- ¿Los objetivos formulados en el proyecto de acción respondieron a las necesidades detectadas?
- ¿Las actividades se diseñaron teniendo en cuenta las características de las personas mayores?
- ¿La información recogida y analizada aporta elementos válidos que justifiquen los logros perseguidos?
- ¿Qué dificultades se han encontrado?
- ¿Se han conseguido los objetivos establecidos?
- ¿Se ha conseguido mejorar la realidad de las personas mayores?

Estas preguntas son fundamentales para saber si la intervención ha conseguido un cambio en la situación diagnosticada; no obstante, el profesional puede plantearse muchas más dependiendo de cuánta información quiere obtener para

conocer hasta dónde ha conseguido mejorar o perfeccionar con su acción en el proceso de intervención socioeducativa con las personas mayores.

La evaluación se puede llevar a cabo de muchas maneras dependiendo del proceso elegido pero cabe destacar que:

- La evaluación se debe contemplar desde el inicio del proceso de intervención.
- La evaluación es un proceso para el cambio y la mejora.
- La evaluación informa pero, sobre todo, activa los mecanismos de reflexión para intervenciones futuras.

Momento de acción 7: Reflexión

Este momento supone un punto y seguido en el proceso de intervención con las personas mayores. Puede parecer la última etapa de la acción emprendida pero, en realidad, la reflexión complementa la evaluación realizada, aportando razones para mejorar el proceso en sus distintos momentos; o bien, mantener actuaciones mediante los logros y beneficios obtenidos. Las consecuencias de las acciones deben ser justificadas y, para ello, el profesional reflexiona críticamente en torno a por qué se ha conseguido, o no, lo esperado. Todo el proceso es objeto de esta reflexión, y de ella emergen nuevas bases para la generación de ideas en un nuevo proceso de intervención, con nuevo planteamiento y posibles proyectos de acción que mejoren la realidad de las personas mayores.

1.2. Técnicas para la intervención

El proceso de intervención socioeducativa con personas mayores es, ante todo, un proceso práctico. Para cada momento descrito anteriormente, el profesional puede utilizar diversas técnicas que faciliten sus propósitos. A modo de ejemplo, a continuación se presenta una tabla que indica diversas técnicas para hacer operativos los diferentes momentos de acción que configuran el proceso de intervención⁵³:

⁵³ Puede tratarse de técnicas para la recogida de información y análisis; técnicas de grupo para la intervención con las personas mayores, etc. El alumno puede profundizar consultando toda la literatura existente al respecto.

Tabla 16. Operatividad de los momentos de acción

MOMENTO DE ACCIÓN	PROPÓSITOS	TÉCNICAS
Generación de ideas	• Espacios de intervención • Dominios de intervención • Grupos humanos • Relaciones	• Revisión de la documentación personal, familiar e institucional • Estudio de casos • Historias de vida • Entrevistas • Sociogramas
Planificación	• Proponer líneas de acción	• <i>Brainstorming</i> • Reuniones de equipo
Diagnóstico	• Detectar y priorizar necesidades	• Observación • Entrevistas • Encuestas
Proyecto de acción	• Formular objetivos • Diseñar actividades • Intervenir	• Tormenta de ideas • Reuniones de equipo • Técnicas y dinámicas de grupo.
Análisis	• Extraer información relevante para el proceso	• Compilación de documentación • Síntesis • Análisis de contenido
Evaluación	• Consecución de los objetivos • Identificar la eficacia del proceso	• Observación • Encuestas • Entrevistas
Reflexión	• Seleccionar elementos para intervenciones futuras	• Reuniones de equipo

Fuente: Elaboración propia.

2. HABILIDADES PARA LA INTERVENCIÓN

La intervención socioeducativa es un ámbito laboral dinámico que está sometido a constantes cambios. Los profesionales deben adaptarse a estos cambios y desarrollar habilidades que les capaciten para desempeñar sus funciones de manera más efectiva y competente.

La intervención con personas mayores requiere de habilidades básicas para atender de forma adecuada a este grupo de población y conseguir un ejercicio profesional de alto nivel que favorezca (Márquez et al., 2005):

- Un envejecimiento saludable, tanto en el área física como en la social y psicológica, potenciando la autonomía y participación social de la persona mayor.

- Una reducción de la prevalencia y consecuencias negativas de problemas asociados al envejecimiento (dependencia, aislamiento, trastornos emocionales, etc.).
- Evitar los fenómenos de estigmatización y discriminación hacia las personas mayores.

La intervención con las personas mayores tiene como condición necesaria ser *profesionalmente hábil*, pero no es suficiente; además, el profesional debe *ser socialmente hábil* para identificar la compleja realidad de estas personas, estar sensibilizado con sus necesidades e intereses y favorecer el cambio.

Entre las habilidades que debe presentar un profesional que trabaja con personas mayores se encuentran⁵⁴:

- *Habilidades personales.*
 - *Actitud de incondicionalidad y apoyo a la persona mayor.* Se considera imprescindible el equilibrio de trato hacia las personas mayores. No deben existir condiciones ni parcialidad en la intervención socioeducativa con esta población. Todas las personas deben recibir el mismo apoyo y, lo que es más importante, el profesional ha de saber transmitir esta actitud.
 - *Empatía.* En este sentido, «conectar» con la persona mayor es fundamental para lograr información de su realidad, demostrando interés y comprensión. El profesional debe mostrar el deseo de comprender en un proceso de escucha activa, adaptado a las personas mayores, es decir, a su ritmo y considerando lo que es importante para ellas.
 - *Respeto.* La capacidad de respetar la dignidad de las personas mayores es una habilidad básica para la intervención. Se encuentra en la base del desarrollo personal y profesional, y este valor debe impregnar todas las actuaciones emprendidas relacionadas con este grupo de población.
 - *Paciencia y comprensión.* La intervención con las personas mayores requiere tiempo y comprensión para obtener su confianza y colaboración. Se debe tener en cuenta que son personas con una amplia experiencia vital que, en la mayoría de los casos, mantienen escasas y cerradas relaciones personales; y suelen ofrecer cierta resistencia a la apertura social.

⁵⁴ Parte de este contenido ha sido extraído de <http://www.imsersomayores.csic.es>

- *Habilidades de comunicación con personas mayores.*
 - *Uso de un lenguaje comprensible.*
 - *Saber dirigir la conversación*, centrando la atención en la persona.
 - *Capacidad de tranquilizar* a la persona mayor, en el caso de ansiedad o temor.
 - *Comportamiento asertivo.* En este sentido, no ser excesivamente crítico ni complaciente. Existen situaciones, en las que el profesional debe responder adecuadamente ante reiteradas actitudes negativas o intentos de control del proceso de intervención por parte de las personas mayores.
- *Habilidades instrumentales básicas de refuerzo.* Tener la *capacidad de fomentar la motivación* de las personas mayores para obtener su colaboración en el proceso de intervención, así como de reforzar las actitudes y conductas positivas que se generen.
- *Habilidades pedagógicas.* La *transmisión de valores y la ejemplaridad* adquieren un papel relevante en la intervención. El profesional es un referente para las personas mayores; si se pretende fomentar el envejecimiento activo, evitar los estereotipos negativos y minimizar las consecuencias del posible deterioro en estas personas, se deberá creer en ello, no tener prejuicios ante el envejecimiento y no ser un elemento de resistencia al cambio.
- *Habilidades de escucha.* Las personas mayores se expresan y emiten mensajes que proporcionan información de primer orden para el proceso de intervención. Saber escuchar supone no emitir juicios de valor y ajustar las expectativas del mayor. El profesional debe tener destreza y poner en práctica, fundamentalmente, habilidades de escucha como:
 - *Favorecer la elaboración del mensaje* emitido por la persona mayor, aclarando los mensajes confusos.
 - *Ayudar a las personas mayores* a centrarse en el contenido del mensaje.
 - *Facilitar la expresión* de sus sentimientos.
 - *Saber reducir la distancia emocional* entre el profesional y la persona mayor.
 - *Aumentar la confianza y la empatía.*
 - *Interrumpir* la excesiva ambigüedad.
 - *Resumir el progreso* para facilitar el proceso de la comunicación.

- *Adoptar* una conducta no verbal adecuada, manteniendo el contacto visual, utilizando un tono de voz suave y audible; emitiendo expresiones faciales congruentes con el mensaje de la persona mayor, empleando frecuentemente la sonrisa y los gestos suaves que confirmen el contenido del mensaje.
- *Habilidades para el trabajo interdisciplinar.* La acción socioeducativa con personas mayores requiere de la práctica de distintos profesionales, especialistas en los diversos dominios susceptibles de intervención. Los equipos multidisciplinares deben integrar sus actuaciones y, para ello, los profesionales deben poseer habilidades para intervenir de una forma interdisciplinar, siendo capaces de:
 - *Comunicarse con otros profesionales*, empleando un lenguaje comprensible para todos.
 - *Respetar* el trabajo y competencia de otros profesionales.
 - *Elaborar soluciones alternativas* cuando no funcionan las que se hayan puesto en marcha.
- *Habilidades relacionadas con la acción socioeducativa.* El momento de la intervención solicita por parte del profesional distintas habilidades propias del proceso, emprendido con el fin de lograr los objetivos perseguidos. En general debe tener la capacidad para:
 - *Intentar* que la intervención sea lo más individualizada posible, realizando las adaptaciones instrumentales o procedimentales que sean necesarias.
 - *Ser sensible* en los casos que se requiera.
 - *Planificar metas* realistas y con significado para las personas mayores.
 - *Flexibilizar* la implementación de las intervenciones.
 - *Analizar globalmente* todos los aspectos relacionados de alguna forma con la situación-problema.
 - *Considerar ética y legalmente* la intervención que se va a emprender.
 - *Reconocerla importancia* de las familias o las personas del entorno de los mayores, planificando intervenciones en las que éstos participen.
 - *Concienciar* a las personas mayores del papel activo que deben tener en la intervención.

- *Aceptar los límites* de su competencia y conocer las competencias del resto de los profesionales.
- *Facilitar el aprendizaje* de habilidades sociales a las personas mayores. Entrenar a las personas mayores en habilidades sociales se considera una destreza significativa para el profesional que pretende desarrollar una práctica competente y eficaz. Por ello merece especial atención y una definición más detallada, que se presenta a continuación.

2.2. Aprendizaje de habilidades sociales en personas mayores

Las habilidades sociales son «aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales, para obtener o mantener reforzamiento del ambiente» (Kelly, 1992). Entendidas de esta manera, suponen un aprendizaje que capacita a las personas mayores para establecer relaciones sociales saludables, consiguiendo maximizar los beneficios y minimizar las consecuencias negativas.

Las habilidades sociales constituyen una herramienta enormemente útil, de la que se sirven los seres humanos a lo largo de toda su vida para acceder a las posibilidades que ofrecen otros, y así cubrir sus necesidades. Los momentos cambian y las necesidades también, pero la facilidad o dificultad para conectar con los demás puede persistir. Ser poco hábil en determinados contextos supone la reducción de posibilidades de obtener refuerzo, ayuda, atención, etc., de los demás; con la consiguiente pérdida de oportunidades para aprender (Ballester y Gil, 2002).

«La conducta socialmente habilidosa es el “conjunto de conductas emitidas por un individuo, en un contexto interpersonal, que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo, de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas”» (Caballo, 2007, p. 6).

En definitiva, estas conductas permiten mejorar las relaciones interpersonales favoreciendo el autoconcepto positivo y evitando la ansiedad en situaciones difíciles o novedosas. Además facilitan la comunicación emocional y la resolución de problemas.

En muchas ocasiones, el mayor no se siente libre para expresarse, o no encuentra la forma de pedir un favor; le cuesta realizar él solo actividades sencillas y tiene dificultad para resolver ciertas situaciones con los familiares, provocando su aislamiento y el sentimiento de soledad. Todas estas dificultades pueden subyacer a la carencia de habilidades sociales.

2.3. Habilidades sociales necesarias

Existen unas habilidades sociales básicas y otras más complejas. En función de las circunstancias, se muestran unas u otras, dependiendo de la situación y de la dificultad de ésta (López, 2010). En general, las habilidades básicas ayudan a mantener una comunicación eficaz, fundamentando de esta manera el desarrollo de habilidades más complejas. Sin las primeras no podemos aprender y poner en práctica las segundas.

Atendiendo al patrón de adquisición y, en consonancia con los agrupamientos descritos por varios autores (López, 2010), se presenta la siguiente tabla de habilidades sociales necesarias para las personas mayores:

Tabla 17. Habilidades sociales

GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV	GRUPO V	GRUPO VI
Primeras habilidades sociales	Habilidades sociales avanzadas	Habilidades relacionadas con los sentimientos	Habilidades alternativas a la hostilidad	Habilidades de afrontamiento al estrés	Habilidades de planificación
Escuchar	Pedir ayuda	Conocer los propios sentimientos	Pedir permiso	Formular una queja	Tomar iniciativas
Iniciar una conversación	Participar	Expresar los sentimientos	Compartir algo	Responder a una queja	Discernir sobre la causa de un problema
Mantener una conversación	Dar instrucciones	Comprender los sentimientos de los otros	Ayudar a los demás	Demostrar compañerismo después de la actividad	Establecer un objetivo
Formular preguntas	Seguir instrucciones	Enfrentarse con el enfado del otro	Negociar	Resolver la vergüenza	Recoger información
Ser agradecido	Disculparse	Expresar afecto	Emplear el autocontrol	Superar el sentimiento de soledad	Resolver los problemas según su importancia
Presentarse	Convencer a los demás	Superar el miedo	Defender los propios derechos	Defender a un amigo	Tomar decisiones



GRUPO I	GRUPO II	GRUPO III	GRUPO IV	GRUPO V	GRUPO VI
Primeras habilidades sociales	Habilidades sociales avanzadas	Habilidades relacionadas con los sentimientos	Habilidades alternativas a la hostilidad	Habilidades de afrontamiento al estrés	Habilidades de planificación
Presentar a otras personas		Auto-recompensarse	Responder a las bromas	Responder a la persuasión	Concentrarse en una tarea
Hacer un cumplido			Evitar problemas con los demás	Responder al fracaso	
			Evitar conflictos	Enfrentarse a los mensajes contradictorios	
				Responder a una acusación	
				Prepararse para una conversación difícil	
				Hacer frente a las presiones	

Fuente: Elaboración propia.

Como se ha expuesto anteriormente, uno de los problemas más graves a los que se enfrentan las personas mayores es el aislamiento y la soledad; si se logra dotarles de estas habilidades, su círculo de relación se ampliará y será más satisfactorio (Monreal, 2006).

Se debe tener en cuenta que las habilidades sociales no son disposiciones inherentes a las personas, sino que se pueden aprender. Este aprendizaje en el ambiente natural de la persona mayor es consecuencia del reforzamiento, los modelos a los que ha tenido acceso, la retroalimentación que ha recibido de su conducta para ir modelándola hacia comportamientos más deseables, las oportunidades para practicar las habilidades recién aprendidas y el desarrollo de expectativas de ejecución más o menos positivos (Ballester y Gil, 2002). Por eso, las bases de la intervención se encuentran en el aprendizaje de habilidades sociales. Este aprendizaje debe incluir (Ballester y Gil, 2002):

- Entrenamiento en habilidades sociales, que incluya la enseñanza de las conductas apropiadas, su práctica y su integración dentro del repertorio de la persona.
- Técnicas de reestructuración cognitiva, con el fin de analizar y contrarrestar las creencias irracionales de la persona mayor acerca de los demás y hacia sí mismo, racionalizar expectativas y fomentar autoinstrucciones facilitadoras de la ejecución social.

- Entrenamiento en solución de problemas, a través del cual se plantea la situación en la que el mayor tiene dificultades buscando alternativas, con el fin de maximizar las posibilidades de éxito en su actuación social.
- Técnicas para la disminución de la ansiedad social, como la relajación o técnicas de respiración.

En el entrenamiento en habilidades sociales existen dos momentos claramente diferenciados (Monreal, 2006):

1. *Planificación: Delimitación de objetivos y condiciones iniciales de aplicación.* El objetivo que, de forma general, se persigue, es que las personas mayores adquieran conductas eficaces en sus relaciones interpersonales. Para ello, el profesional debe analizar el contexto, identificando las demandas de la situación y las personas implicadas. Además, será conveniente tomar decisiones en torno a los criterios de éxito, la aplicación de forma individual o grupal, las normas y la temporalización de dicho entrenamiento.

2. *Aplicación.* Es el momento en el que las personas mayores adquieren y entrenan las habilidades sociales. Existen una variedad de técnicas para el aprendizaje en éstas habilidades, de las cuales el profesional puede servirse con el fin de lograr que la persona mayor se enfrente a su situación social. Todas las técnicas tienen como objetivo la adquisición de una nueva conducta, en el caso de que no esté en el repertorio del sujeto (Ballester y Gil, 2002). Entre las más utilizadas se encuentran (Caballo, 2007):

- | | |
|-----------------------------|---|
| • Modelado | • Reestructuración cognitiva |
| • Representación de papeles | • Autoinstrucciones |
| • Autoevaluación | • Detección de pensamientos |
| • Retroalimentación | • Ejercicios de resolución de problemas |
| • Reforzamiento | • Discusión en pequeños grupos |
| • <i>Coaching</i> | • Biblioterapia |
| • Relajación | • Uso de películas seleccionadas |
| • Clarificación de valores | • Uso de un diario |

Fuente: Elaboración propia.

Figura 16. Técnicas para el aprendizaje en habilidades sociales

Esta segunda fase culminaría con la aplicación a los contextos reales, de las habilidades sociales aprendidas por las personas mayores. Para demostrar la efectividad del entrenamiento, el profesional puede observar las conductas de los

mayores en diversas situaciones y documentarlas a través de registros. Del mismo modo, sería conveniente que la persona mayor, entrenada, se autoobservara y autorregistrara sus comportamientos, con el fin de comprobar su aprendizaje y reforzar sus conductas socialmente hábiles.

Por último, recordar que el aprendizaje en habilidades sociales, así como su entrenamiento, está en la base de la intervención con las personas mayores. El profesional debe motivar para este aprendizaje, a la vez que considerar sus ritmos y respetar sus características, con el fin de lograr un cambio efectivo en su conducta social.

3. FISIOTERAPIA GERIÁTRICA

El proceso de intervención con personas mayores precisa de la práctica de distintos profesionales, que atiendan integralmente las necesidades de este grupo de población. El momento de acción diagnóstica requiere un método multidimensional e interdisciplinario para determinar problemas médicos, psicológicos, sociales, educativos y funcionales. Se impone lograr la intervención de un equipo multidisciplinario formado, al menos, por un médico geriatra, enfermero, psicólogo, trabajador social, educador social, fisioterapeuta y terapeuta ocupacional.

Cada uno de estos profesionales son expertos en los diferentes dominios de intervención con las personas mayores. Sus prácticas específicas integran acciones que amortiguan los posibles efectos adversos del proceso de envejecimiento.

En este sentido, se profundiza en torno al proceso de envejecimiento que está asociado al deterioro de capacidades fisiológicas, que pueden derivar en alteraciones que incluyen la limitación funcional, la pérdida de autonomía personal y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas (Pacheco, 2011). En este dominio de intervención están implicados, fundamentalmente, los profesionales de la fisioterapia.

El Informe Técnico de la OMS, n° 158 del año 1958, indica que la fisioterapia pretende desarrollar, mantener y restaurar al máximo las capacidades funcionales a lo largo de la vida de las personas con afectaciones somáticas, psicosomáticas y orgánicas, o a aquellas que deseen un nivel adecuado de salud y calidad de vida. Esta disciplina, aplicada a las personas mayores, se denomina *fisioterapia geriátrica* definiéndose como la rama de la Fisioterapia que ayuda previniendo, modificando, corrigiendo o adaptando los factores que limitan el buen funcio-

namiento o el comportamiento de las personas mayores, para facilitarles el mayor grado de autonomía utilizando los medios físicos para este fin (Sutcliffe, 1992).

La fisioterapia geriátrica dota a los fisioterapeutas de habilidades para realizar una valoración integral del estado físico, motriz y funcional de las personas mayores, para proporcionarles la máxima autonomía mediante ejercicios y técnicas manuales, con el fin de diseñar un programa de prevención individualizado compartido con un equipo interdisciplinar.

La fisioterapia geriátrica proporciona programas preventivos, correctivos o de mantenimiento, con el objetivo de conseguir la independencia funcional de las personas mayores, en las que el proceso involutivo de la edad puede desencadenar procesos patológicos que llevarían a la disminución de sus capacidades funcionales (Ceballos, 2011). En la base de esta disminución se encuentra, en la mayoría de los casos, la inactividad o inmovilidad. El profesional debe considerar importante las consecuencias de la inactividad para valorar la necesidad de rehabilitación de una persona mayor. Es imprescindible entender la relación entre la inactividad y la salud en las personas mayores. El proceso de envejecimiento tiene consecuencias similares a la inactividad y debe diferenciarse de los efectos de la enfermedad.

Los principios generales de la rehabilitación en la persona mayor, cualquiera que sea el proceso del que se trate, debe aplicarse como medida general para luego aplicar las técnicas específicas correspondientes al proceso (Ceballos, 2011).

En la decisión de iniciar un tratamiento rehabilitador intervienen las siguientes variables (Mas et al., 2007):

1. La correcta indicación del mismo.
2. La adaptación al nivel asistencial en que se lleve a cabo.
3. Las características de cada paciente.

La correcta indicación del tratamiento de fisioterapia viene dada por la *valoración geriátrica integral* (VGI). Se trata de un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar la persona mayor, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos (Redín, 1999). El carácter multidimensional e interdisciplinar de la VGI demanda la interrelación

y coordinación, entre otros, de los equipos de enfermería y rehabilitación; trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, equipos de atención primaria y servicios sociales comunitarios.

Los objetivos que se plantea la *valoración geriátrica integral* son (Sanjoaquín et al., 2009):

- Mejorar la exactitud diagnóstica en base a una evaluación cuádruple (clínica, funcional, mental y social).
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.
- Establecer un tratamiento adecuado y racional a las necesidades del anciano.
- Mejorar el estado funcional y cognitivo.
- Mejorar la calidad de vida.
- Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar.
- Situar al paciente en el nivel médico y social más adecuado a sus necesidades, evitando siempre que sea posible la dependencia, y con ello reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones.
- Disminuir la mortalidad.

En el caso de la fisioterapia geriátrica cobra especial importancia la valoración funcional de la persona mayor, dirigida a recoger información sobre su capacidad para realizar las actividades habituales y mantener su independencia en el medio en que se encuentra (Sanjoaquín et al., 2010).

La valoración funcional de la persona mayor informa al profesional acerca de la independencia o dependencia para realizar actividades como vestirse, comer, aseo personal, etc.; sin olvidar aspectos tan importantes como la capacidad de moverse de forma autónoma o con ayudas humanas o técnicas (muletas, silla de ruedas). Del mismo modo, la valoración debe extenderse a los elementos sociales de la persona mayor (actividades recreativas, viajes) o de relación con su entorno más inmediato (comprar, uso de aparatos como el teléfono o la televisión). Los instrumentos más empleados en las evaluaciones de la esfera funcional de las personas mayores son:

- *Índice de actividades de la vida diaria (Katz)*. Es el instrumento más apropiado para evaluar el estado funcional como una medida de la capacidad de la

persona mayor para realizar actividades de la vida diaria de forma independiente (Wallace y Shelkey, 2007).

- *Índice de Barthel*. Es conocido, también, como el «Índice de Discapacidad de Maryland». Se trata de una medida genérica que valora el nivel de independencia del mayor respecto al desempeño de algunas actividades de la vida diaria. Permite evaluar los grados de discapacidad de forma más escalonada que el índice de Katz.
- *Escala de incapacidad física de la Cruz Roja*. Desarrollada en el Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid y publicada por primera vez en 1972; son dos escalas que valoran, por un lado, la esfera funcional del mayor (*incapacidad física*) y, por otro, la cognitiva (*incapacidad mental*). En nuestro país es una escala que ha sido ampliamente utilizada como instrumento para detectar necesidades sociosanitarias de la población mayor, así como para conocer su situación de independencia/dependencia en diversos ámbitos.
- *El índice de Lawton y Brody*. Se trata de un instrumento que valora la capacidad de la persona mayor para desarrollar tareas que implican el manejo de utensilios habituales y actividades sociales del día a día. Esta escala incluye un rango de actividades más complejas que las que se necesitan para el autocuidado personal, como las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad.

La selección del nivel asistencial es otro aspecto importante que el profesional debe considerar para la realización del tratamiento de recuperación funcional. Las personas mayores pueden tener diferentes necesidades que determinan el nivel asistencial para la intervención. En general esas necesidades se agrupan atendiendo a los siguientes criterios:

- Supervisión médica.
- Asistencia en actividades básicas de la vida diaria.
- Aprendizaje para el autocuidado.
- Atención geriátrica específica.

Otros condicionantes del nivel asistencial se sitúan en el plano social y familiar de la persona mayor. Esta elección, también, depende (Echevarría, 2001):

- Del soporte social que tenga el paciente.

- De las preferencias de paciente y familia.
- De los recursos de que se disponga.

Los niveles asistenciales desde los que el fisioterapeuta puede intervenir con las personas mayores son (Álvarez y col., 2010):

a) Medio hospitalario.

- Unidades geriátricas de recuperación funcional o de convalecencia, o de media estancia.
- Unidades de ictus.
- Unidades de ortogeriatría.
- Hospital de día de geriatría o rehabilitación ambulatoria hospitalaria.

b) Medio residencial.

c) Domicilio.

Cada uno de estos espacios cuenta con infraestructuras y recursos diferentes que el profesional debe conocer y que forman parte del *contexto de acción* del proceso de intervención con personas mayores, en general, y de la fisioterapia geriátrica en particular.

Con respecto a las *características de la persona mayor*, el fisioterapeuta debe estar capacitado para intervenir con este grupo de población y haber adquirido los conocimientos básicos sobre sus rasgos clínicos y psicofuncionales. De esta forma su acción será positiva en el logro y mantenimiento de la independencia funcional del mayor. El terapeuta debe inspirar confianza y respeto por todos, y desarrollar el máximo de esfuerzo por alcanzar la cooperación del paciente en función de su rehabilitación; sus iniciativas constantes y enriquecedoras deben motivarle sistemáticamente hacia la búsqueda de soluciones para los problemas que se presenten y celebrar juntos los éxitos que se alcancen (Rodríguez, 2009).

La persona mayor es el centro del proceso de intervención. El fisioterapeuta debe establecer un plan de actividades y ejercicios adecuados a sus peculiaridades. Los ejercicios serán sencillos y de fácil comprensión para las personas mayores y sus familiares; lo fundamental es mantener la independencia y prevenir las discapacidades del mayor, en su caso, así como implicar a la familia en el proceso de intervención y seguimiento de las técnicas. De esta forma, el profesional con-

seguirá una buena respuesta y cooperación para cumplir los objetivos del programa terapéutico.

La intervención del fisioterapeuta con las personas mayores persigue los siguientes objetivos (Rodríguez, 2009):

Generales

1. Mejorar la calidad de vida
2. Mantener las capacidades residuales⁵⁵.
3. Reintegrar a la persona mayor a su medio natural.
4. Aumentar su autoestima.

Específicos

1. Control de la enfermedad y sus factores de riesgo.
2. Prevención de las enfermedades secundarias, complicaciones y secuelas.
3. Recuperación de la capacidad funcional.
4. Adaptar la capacidad residual, modificando el medio para facilitarle las tareas diarias.

El programa de ejercicios debe adaptarse a las capacidades de cada uno de los individuos y a sus necesidades personales, en función de la VGI. El fisioterapeuta preparará este programa, controlará su seguimiento y guiará a la persona mayor a lo largo de toda la terapia física.

De forma general, las sesiones de actividad física y funcional para las personas mayores se estructuran en tres fases (Martínez-González, 2000):

1. *Fase de calentamiento.* Esta fase inicial incluye ejercicios que preparan el organismo para la actividad que se va a realizar posteriormente, éstos deben tener un carácter general, activando en primer lugar el sistema circulatorio y respiratorio y, después, el sistema muscular. Los ejercicios han de ser de baja intensidad y las repeticiones no serán excesivas. En este momento sería recomendable realizar:

- Ejercicios aeróbicos, que eleven la temperatura corporal, como por ejemplo la carrera suave o la bicicleta estática.

⁵⁵ La capacidad residual funcional es la cantidad de aire que permanece en el sistema respiratorio. Esa cantidad es la mínima que hay dentro de un pulmón, y no puede ser expulsada.

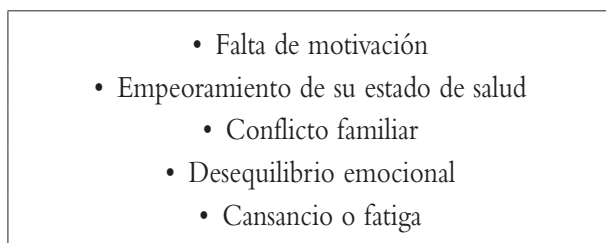
- Movilización articular, con rotaciones y flexiones de las grandes articulaciones.
- Estiramientos.

2. *Fase de acondicionamiento.* Se trata de la fase más prolongada y en la que se realizan actividades que requieren un mayor esfuerzo físico. La intensidad y la fuerza del ejercicio estarán adaptadas a la condición funcional del mayor. El acondicionamiento físico se realiza a través de:

- Ejercicios para estimular la agilidad.
- Actividades de coordinación, ritmo y equilibrio, a través de juegos con aros, balones, etc.
- Ejercicios de resistencia y fuerza muscular.

3. *Fase de enfriamiento o vuelta a la calma.* Es tan importante como el calentamiento, ya que el organismo necesita recuperarse y volver a su estado inicial. Los estiramientos, los ejercicios respiratorios y de relajación muscular, previenen calambres y disminuyen el riesgo de mareos. Además, es recomendable realizar técnicas de relajación que permitan a las personas mayores adquirir sensaciones de bienestar.

Con respecto a la duración de las sesiones, los investigadores están de acuerdo en que, para ser efectivas, deben durar entre 45 y 70 minutos, independientemente de la frecuencia de las mismas (Martínez-González, 2000). No obstante, existen algunos factores que pueden ofrecer resistencia a la intervención, y que el fisioterapeuta debe tener en cuenta para adaptar las sesiones, según cada caso.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 17. Factores de resistencia a la terapia física

El dominio funcional de las personas mayores supone la autonomía física en la mayoría de los casos. La fisioterapia contribuye a un envejecimiento saludable y activo a través del ejercicio terapéutico adecuado y guiado por el profesional.

La terapia física conduce a las personas mayores al bienestar, consiguiendo, de forma general, los siguientes beneficios (Rodríguez, 2009):

- Mejora la flexibilidad y arcos articulares.
- Aumenta la función intelectual y psicológica; por tanto, ayuda a la autoestima.
- Disminuye los factores de riesgo: obesidad, sedentarismo, tasa de colesterol, y hace más efectiva la contracción muscular.
- Mejora la fuerza muscular, de modo que aumenta la resistencia al esfuerzo.
- Evita descalcificación ósea.
- Reduce el peligro de infarto agudo de miocardio.
- Disminuye riesgos de formación de coágulos en los vasos y, por ende, la incidencia de trombos y embolia.
- Incrementa la capacidad respiratoria y oxígeno en sangre, así como refuerza el sistema nervioso y el equilibrio de éste con el sistema neurovegetativo.
- Favorece la eliminación de desechos de sustancias en sangre.
- Disminuye la formación de cálculo en los riñones y conductos urinarios.
- Conserva más ágiles y atentos los sentidos.
- Refuerza la actividad intelectual, gracias a una buena oxigenación cerebral.
- Contribuye a conservar el equilibrio psicoafectivo.

Los beneficios que trae consigo la actividad física conducen a evitar que las funciones generales de las personas mayores se deterioren rápidamente y con mayor intensidad.

4. TERAPIA OCUPACIONAL

La práctica de la terapia ocupacional hace referencia al proceso y a los métodos necesarios para mejorar el desempeño ocupacional del paciente en aquellas actividades consideradas relevantes (Corregidor, 2010). El colectivo de las personas mayores es una parte de la población especialmente sensible a la disfunción ocupacional. Esta pérdida en la capacidad para desempeñar ocupaciones presenta algunas particularidades que las distingue de otras etapas vitales (Alegre, 2010):

- El proceso de envejecimiento conlleva a su vez la aparición de una fragilidad ocasionada por la disminución de la reserva fisiológica del organismo, provocando una situación de vulnerabilidad en las personas mayores.
- Las consecuencias del desarrollo y mejora de la atención sociosanitaria en los países desarrollados ha reducido la mortalidad y aumentado la esperanza de vida; pero, sin embargo, ha incrementado la discapacidad en los sectores de población más envejecidos.
- La jubilación es también un aspecto psicosocial que repercute en el desempeño vital de ocupaciones de aquellas personas que han desarrollado a lo largo de su vida un ejercicio laboral.
- La tendencia al aislamiento social y a la soledad, debido a pérdidas de contactos sociales, independencia de los hijos o muerte del cónyuge.
- Dificultades en las actividades necesarias para el autocuidado y para el mantenimiento de la autonomía personal.

De acuerdo con la RAE, la palabra «terapia» hace referencia a ‘la aplicación o utilización de algún agente, entidad o medio que tiene como finalidad curar, restablecer la salud o aliviar alguna situación penosa que afecte al bienestar del individuo’. Por su parte, el término «ocupación» se refiere al proceso que ubica al ser humano en su medio, dándole cabida en él, en la medida en que se apropia y toma posesión de los objetos que le rodean, haciéndolos suyos, captando su voluntad, su deseo de actuar y su posibilidad de obrar (Moruno, 2011). Por tanto, se conceptualiza la terapia ocupacional como la «Praxis que aplica o utiliza la ocupación como agente, entidad o medio terapéutico, con el propósito de preservar, promover, mantener, restablecer y mejorar la salud o aliviar una situación penosa que afecta al bienestar del individuo» (Moruno y Romero, 2004).

Si se atiende a la definición propuesta por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional en 1986 (Polonio et al., 2011):

«La Terapia Ocupacional es el uso terapéutico de actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida».

Los diferentes modelos de práctica ocupacional⁵⁶ tienen el objetivo de analizar los diferentes factores que rodean a la ocupación, contemplando a la persona como un conjunto de sistemas/componentes relacionados con el entorno a través del desarrollo de actividades (Alegre, 2010).

En terapia ocupacional, *ocupación y actividad* hacen referencia a dos conceptos muy similares (Moruno y Romero, 2011). Ambos responden al empeño desde el cual el ser humano se distingue y expresa, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social.

Según la *American Occupational Therapy Association*, «*Occupations are purposeful and meaningful daily activities that fill a person's time*»; es decir, las ocupaciones son las actividades diarias útiles y significativas que llenan el tiempo de una persona. La terapia ocupacional, entendida en estos términos, facilita y fomenta la participación e integración social en las personas mayores. Su terapéutica mantiene y mejora el desarrollo de actividades que inciden en el bienestar individual y la calidad de vida de estas personas.

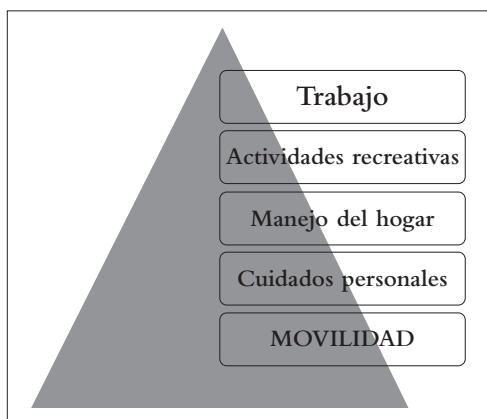
El terapeuta ocupacional forma parte de los equipos interdisciplinares que intervienen con las personas mayores, facilitando su adaptación progresiva a las limitaciones que el proceso de envejecimiento ocasiona; haciendo su entorno accesible y permitiendo el mantenimiento de sus destrezas, el disfrute del ocio en plenas facultades y la oportunidad de participar en la vida social y comunitaria. En definitiva, la terapia ocupacional persigue fundamentalmente los siguientes *objetivos*:

- Fomentar y mantener las capacidades mentales, físicas y sociales de las personas mayores.
- Prevenir y disminuir la dependencia.
- Evitar el aislamiento y la soledad de las personas mayores.
- Conservar la movilidad.
- Estimular los sentidos.
- Fomentar la participación y la integración social.

⁵⁶ Citados por la autora en *Terapia Ocupacional en Geriátría y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Ergon. Madrid. Pág. 12.

El terapeuta ocupacional sustenta su intervención en las relaciones entre la ocupación y la salud, desempeña un importante papel en la transmisión de información y en el desarrollo de estrategias, que prevengan la aparición de enfermedades y estados de dependencia en las personas mayores. Específicamente, desarrolla estrategias a largo plazo, por medio de su implicación en ocupaciones significativas, que promuevan su bienestar y su salud (Alcántara y col., 2010).

Los programas de terapia ocupacional se sustentan en una evaluación ocupacional individual y pormenorizada, previa a cualquier intervención. Esta evaluación se centra en el desempeño de las tareas de la vida diaria que abarcan cinco categorías (Matilla, 2012):



Fuente: Elaboración propia.

Figura 18. Actividades de la vida diaria

Estas categorías se presentan jerarquizadas, en función de su importancia, y son analizadas desde las habilidades del mayor y las funciones básicas implicadas en el desempeño de dichas ocupaciones o actividades diarias. Así, pueden ser seleccionadas determinadas actividades como método de tratamiento, persiguiendo objetivos concretos ligados a la restauración o recuperación de capacidades, habilidades, destrezas o al desarrollo de aspectos psicológicos, emocionales o relacionales (Moruno y Romero, 2004).

La siguiente tabla resume las distintas modalidades de utilización de la ocupación como método terapéutico, describiendo las funciones atribuidas a la ocupación en cada modalidad y los objetivos perseguidos en cada caso según el Libro Blanco de terapia ocupacional, elaborado por la Conferencia de Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional en mayo de 2004.

Tabla 18. Modalidades, funciones y objetivos de la ocupación

MODALIDADES	FUNCIONES	OBJETIVOS
La ocupación como entidad	Favorece y promueve la participación e integración social, a través de la adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades ligadas al automantenimiento y autocuidado, la educación y la productividad, y el ocio y el juego.	Aprendizaje y adquisición de las habilidades y destrezas ligadas al desempeño de actividades Adquisición, mantenimiento, mejora o recuperación del desempeño de actividades Modificación y adaptación de las ocupaciones que un individuo desempeña o del entorno físico o social en que son desempeñadas
La ocupación como medio	Posibilita el desarrollo y recuperación de las funciones y estructuras psicológicas y corporales, en la medida en que estas funciones y estructuras están implicadas en las ocupaciones que un sujeto realiza.	Desarrollo normalizado de las estructuras y funciones corporales y psicológicas Restauración o recuperación de las estructuras y funciones corporales y psicológicas
La ocupación como agente	Promueve el adecuado funcionamiento de las estructuras y funciones corporales y el bienestar psicológico previniendo la aparición de enfermedades y de condiciones de discapacidad	Promover estilos de vida saludables y prevenir la aparición de enfermedades somáticas o psicológicas, y de los déficits consecuencia de ellas Adquisición, mantenimiento y mejora del sentimiento subjetivo de bienestar psicológico y social

Fuente: Elaboración propia.

Según la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG), la intervención de la terapia ocupacional se desarrolla en los siguientes niveles asistenciales geriátricos:

- Atención primaria de la salud.
- Unidades hospitalarias.
- Servicios sociales comunitarios: servicios de ayuda a domicilio, centros de día y residencias.

La intervención ocupacional en todos los niveles asistenciales de las personas mayores se caracteriza por su carácter interdisciplinar. El terapeuta ocupacional, como miembro del equipo desarrolla los diferentes programas de intervención en colaboración con el resto de profesionales y de familiares/cuidadores principales. La intervención ocupacional aislada no consigue beneficios si no se generaliza en otros contextos y, para esta generalización, es necesaria la cooperación de otros profesionales del equipo (Corregidor, 2010). Siguiendo a la autora, los programas de intervención ocupacional incluyen:

– *Programas de actividades de la vida diaria.* Es el principal programa de intervención. Las distintas actividades de la vida diaria ponen en funcionamiento habilidades motoras, cognitivas y comunicativas que son esenciales para el mantenimiento funcional de las personas mayores.

Como se indicaba anteriormente, la actividad en sí misma puede ser medio y fin para motivar al mayor en el proceso de intervención. Es fundamental este aspecto en tanto que si las actividades no son interesantes para la persona dificultaría su implicación y colaboración.

El terapeuta ocupacional debe considerar un programa de intervención que comience con actividades suaves y sencillas para evitar la desmotivación del mayor y fomentar el sentido de pérdida que éste pudiera tener a causa del proceso de envejecimiento.

– *Programa de ayudas técnicas o productos de apoyo.* Los productos de apoyo se definen como

«cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipo, instrumentos, tecnologías y *software*) fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación» (Corregidor, 2010).

La práctica ocupacional que se incluye en este programa requiere productos de apoyo para facilitar el desempeño de las actividades diarias de una forma más autónoma. Además, estos productos evitan consecuencias fatales para la persona mayor, en caso de discapacidad o enfermedad, como por ejemplo, caídas o accidentes.

– *Programas de psicoestimulación.* Estos programas tienen el objetivo de mantener las funciones cognitivas básicas para el desarrollo de las actividades diarias. La intervención a este nivel puede ser individual o grupal.

– *Programa de intervención psicomotriz.* Estos programas mejoran o mantienen las capacidades psicomotoras de la persona mayor. Los ejercicios que se realizan ubican a la persona en su espacio a través del reconocimiento corporal, la postura, el ritmo, las distancias, etc.

Los programas de terapia ocupacional además deben considerar el potencial del paciente para mejorar o recuperar el estado funcional y el medio por el cual se puede lograr este cambio. El profesional de la ocupación realizará un segui-

miento del programa y registrará los resultados de cada actividad. De esta forma, se evalúan los logros conseguidos por las personas mayores y se determina la efectividad de dicho programa.

5. VOLUNTARIADO. UN COMPROMISO SOLIDARIO

El voluntariado refleja la dimensión más altruista de la persona. Conlleva la lucha contra la exclusión y las desigualdades sociales en continuo aumento, la prevención de la violencia, de la intolerancia y de la ignorancia (Sarrate, 2006). Las personas mayores, como sector vulnerable de la sociedad, son receptoras de acciones voluntarias como respuesta social ante las carencias asistenciales, materiales, personales, sociales, educativas y culturales que pudieran presentar.

El voluntariado dirigido a las personas mayores fundamentalmente ofrecen alternativas a la soledad a través de programas de acompañamiento; facilitan su socialización mediante programas de actividades; y movilizan recursos socio-sanitarios para paliar los posibles problemas de salud y las situaciones de exclusión social que padece este grupo de población.

No obstante, estamos asistiendo a un cambio en la conceptualización del voluntariado en el ámbito de las personas mayores. Se puede establecer la multidireccionalidad de la práctica voluntaria, en tanto que la persona mayor puede ser receptora o emisora de estas acciones.

En la actualidad «ser mayor» no responde a un deterioro por situarse en una etapa avanzada del ciclo vital, ni tan siquiera a un estado de ánimo; en general, la jubilación es la circunstancia que proporciona dicha condición. Las personas mayores, en gran parte, llegan a este momento de sus vidas con buena salud, activas e independientes. El número de personas mayores crece al mismo ritmo que cambian sus características personales y sociales. Nos enfrentamos a una realidad demográfica que requiere actuaciones importantes en el ámbito de la convivencia, la integración y el bienestar (IMSERSO, 2011).

El voluntariado da la posibilidad a las personas mayores de llevar a cabo multitud de tareas, gracias a la extensa experiencia y amplitud de saberes que atesoran. La sociedad no puede desaprovechar la oportunidad de enriquecerse de forma infinita del gran valor que aportan, constituyendo un punto de referencia para el desarrollo generacional. Del mismo modo, las actividades de voluntaria-

do proporcionan cauces de participación a las personas mayores, elevando el sentimiento de pertenencia social que repercute sobre su calidad de vida.

5.1. Concepto

El voluntariado promueve el desarrollo y dinamización de los grupos sociales de una comunidad a partir de situaciones y problemas que son reconocidos por la población. Pero su acción va más allá al trabajar en tareas que contribuyen a la recuperación del tejido social y a la democratización de las estructuras sociales (Diéguez, 2000).

El voluntario pretende movilizar a los propios interesados en la resolución de sus problemas, y para ello lo hace, no tanto de forma individual, como desde una organización a la que pertenece o desde una comunidad en la cual está integrado.

Es responsabilidad de todos construir una comunidad responsable, democrática, participativa y respetuosa, es decir, adquirir un compromiso solidario.

La Declaración Universal sobre el Voluntariado, adoptada por la Junta Directiva de la Asociación Internacional para el Esfuerzo Voluntario (IAVE), en su 16ª Conferencia Mundial de Voluntarios celebrada en Ámsterdam (Holanda), en enero de 2001, indica que el voluntariado es un elemento clave de la sociedad civil y le da vida a las aspiraciones más nobles de la humanidad (la búsqueda de la paz, de la libertad, de las oportunidades, de la seguridad y de la justicia para todas las personas).

A través de la acción voluntaria (IAVE, 2009):

- Los valores humanos de fraternidad, cuidado y servicio, pueden sostenerse y fortalecerse.
- Las personas pueden ejercitar sus derechos y responsabilidades como miembros de comunidades, al mismo tiempo que aprenden y crecen a lo largo de sus vidas, conscientes de su pleno potencial humano.
- Las personas pueden establecer semejanzas sobre diferencias que nos separen, de manera que podamos vivir juntos en comunidades saludables y sostenibles, trabajando juntos para ofrecer soluciones innovadoras a retos compartidos y para moldear nuestros destinos colectivos.

Esta Declaración apoya el derecho de toda persona, ya sea mujer, hombre o niño, de asociarse libremente y de ser voluntario, cualquiera que sea su origen cultural o étnico, religión, edad, género y condición física, social o económica.

Todas las personas en el mundo tienen el derecho de ofrecer a otras personas y a sus comunidades su tiempo, talento y energía, a través de acciones individuales y colectivas, sin esperar remuneración económica (IAVE, 2001).

Dentro del ámbito nacional, destaca el Plan Estatal de Voluntariado 2005-2009, en el que uno de sus objetivos se centra en

proporcionar información a toda la sociedad acerca del valor, las oportunidades y la necesidad de participación voluntaria, de acuerdo con las características de cada grupo de edad y con los intereses de cada ciudadano.

En este sentido, se insistía en las personas mayores como grupo central para desarrollar una participación ciudadana activa dado su tiempo libre, sus experiencias personales, su interés y dedicación, así como sus conocimientos (Medina y Carbonell, 2006).

5.2. Perspectivas

Desde este punto de vista se pone en valor el voluntariado, en el ámbito de las personas mayores, desde una doble vertiente:

1. La persona mayor como ciudadano activo y comprometido.
2. La persona mayor como receptora de servicios voluntarios.

La primera perspectiva está basada en el enfoque activo del envejecimiento. Las personas mayores pueden tener su propio espacio en la sociedad, con el fin de que puedan intervenir de forma activa y útil en su desarrollo y construcción, y para que alcancen, como consecuencia, metas cada vez más altas en su autorrealización personal, consiguiendo con ello la satisfacción vital y una mayor calidad de vida (Amorós, 2006).

Además, las personas mayores son poseedoras de multitud de conocimientos y experiencias adquiridos a lo largo de su vida, que deben considerarse como pilares fundamentales para el desarrollo de la sociedad actual. La participación de las personas mayores en el voluntariado incrementa el intercambio generacional

de experiencias y saberes, así como enaltece el papel de las mismas dentro de las funciones de la sociedad (IMSERSO, 2008).

Las personas mayores, con su acción voluntaria, pueden lograr una mayor implicación e integración en sus comunidades de referencia, provocando un impacto social positivo, a la vez que repercute en su imagen, ayudando a crear nuevos estereotipos hacia este grupo de personas.

Por estos motivos, el movimiento asociativo y de participación social debe apostar por promocionar nuevos programas que sintonicen con la realidad actual y ponga de manifiesto el potencial del conjunto de las personas mayores. En este sentido, el Consejo de Personas Mayores del Principado de Asturias, en el documento titulado «El fomento y la dinamización de la participación social de las personas mayores» recomiendan que estos programas identifiquen como prioritarios los siguientes objetivos:

- Favorecer hábitos saludables y actitudes positivas hacia el envejecimiento.
- Estimular e impulsar la participación activa e integración de las personas mayores en la comunidad.
- Promocionar la cultura, la formación y el acercamiento a las nuevas tecnologías.
- Fomentar y dinamizar la relación social intergeneracional y de apoyo solidario a los colectivos desfavorecidos.
- Canalizar el ocio y tiempo libre hacia actividades o proyectos diversificados, gratificantes y significativos.

El voluntariado de mayores es un claro ejemplo de envejecimiento activo. Las personas mayores se suman cada vez más a las actividades de voluntariado, dedicando parte de su tiempo a multitud de acciones en todos los sectores. Su participación en diferentes organizaciones de voluntariado supone para ellas un elemento de desarrollo personal. Por otro lado, la incorporación como voluntarios de las personas mayores supone importantes ventajas para todos los sectores: organizaciones, sociedad, además de para ellos mismos (Fernández, 2002).

Desde la perspectiva de la persona mayor, como receptora de las acciones voluntarias, resulta imprescindible la labor del voluntario para desarrollar sus proyectos y actividades. Este voluntario debe asumir el compromiso que significa realizar una labor necesaria para las personas mayores. La responsabilidad, la

constancia, la solidaridad y la motivación hacia las tareas, son rasgos que deben caracterizar a la persona voluntaria.

Las actuaciones del voluntariado, en el ámbito de las personas mayores, se extienden desde programas de prevención o de asistencia directa hasta programas de sensibilización social, apoyo y acompañamiento. El voluntario que actúa con personas mayores se compromete de forma desinteresada, sin ningún tipo de beneficio o gratificación, más allá de la satisfacción personal por la ayuda y apoyo que proporciona. Su acción es intencionada, persigue un fin positivo de buscar una mejora de la situación del mayor y, por supuesto, está justificada en tanto que responde a una necesidad real.

El voluntariado dirigido a este grupo de población es una práctica relacional directa, por lo que el voluntario debe estar sensibilizado, sin prejuicios ni estereotipos que puedan dificultar la comunicación. Es recomendable que el voluntario conozca la problemática que rodea a este grupo de población y las labores que pueden realizar.

Las personas mayores que precisan de acciones voluntarias, de forma general, se sienten solas y tienen graves carencias afectivas. Esta situación puede verse agravada por problemas de salud o económicos, que derivan en carencias alimenticias, falta de higiene personal, etc.

Las acciones voluntarias varían en función del estado de salud del mayor, su situación personal y el lugar donde se les preste la ayuda. Si se encuentra institucionalizado, el voluntario puede desempeñar su labor en residencias o centros de día, acompañando a la persona mayor y colaborando en el comedor, las tareas de limpieza o colaborar en el diseño y desarrollo de actividades de ocio.

El voluntario que desempeña su labor en el domicilio de la persona mayor generalmente realiza visitas periódicas, le acompaña en sus paseos o presta pequeños servicios o trámites que, debido a su situación, no puede realizar. Los equipos multidisciplinares que intervienen con el mayor están coordinados y dirigen la acción voluntaria como complemento del Servicio de Ayuda a Domicilio que, en ocasiones, se muestran insuficientes en tiempo y dedicación.

Existen programas de atención a las personas mayores que tienen como finalidad evitar la soledad y el aislamiento de aquellas que no quieren abandonar su hogar. Evidentemente, difieren entre las diferentes Comunidades Autónomas pero, en general, se puede hacer referencia a programas de viviendas alternativas que buscan la integración del mayor en su entorno y proporcionan apoyos que

eviten el internamiento; programas de viviendas compartidas con jóvenes universitarios, que ofrecen un apoyo mutuo a través de una relación intergeneracional, con todos los beneficios que esto supone; programas de viviendas tuteladas, que fomentan la autonomía del mayor con la ayuda de profesionales y voluntarios.

En definitiva, se trata de proporcionar a las personas mayores un sentido de existencia y pertenencia que, en ocasiones, empañan sus perspectivas vitales. El voluntario, desde la comprensión, la serenidad, la constancia y la paciencia, puede devolverles la dignidad perdida. Ser voluntario significa participar en la construcción de una sociedad más abierta, entusiasta y tolerante, en la que cabemos todos promoviendo valores positivos de ayuda mutua, respeto, solidaridad e igualdad de todos los seres humanos.

6. SÍNTESIS

A lo largo de este capítulo se han querido proporcionar elementos para la práctica socioeducativa ante el gran reto que supone intervenir con las personas mayores.

La población mayor ha experimentado un rápido crecimiento, su peso demográfico es excepcional y la sociedad ha mostrado sus carencias para dar respuesta a este fenómeno. Es necesario movilizar recursos humanos, materiales y económicos, para emprender acciones encaminadas a la inclusión social de las personas mayores como seres humanos con todo el derecho a envejecer saludable y activamente.

El proceso de intervención con las personas mayores descrito encamina al profesional hacia este objetivo, aportando momentos de acción dentro de la práctica socioeducativa dirigida a mejorar la realidad compleja de las personas de edad.

Este campo de acción demanda actitudes, conductas y comportamientos efectivos, competentes y socialmente habilidosos, en los profesionales que configuran los equipos multidisciplinares que trabajan con el mayor. Desde la integración de actuaciones específicas, los distintos profesionales desarrollan su práctica, interviniendo en los dominios físico, funcional, psicológico, personal, social, educativo y cultural, que pudieran mostrar carencias y mermar la calidad de vida de las personas mayores.

En este capítulo se ejemplifican dos de estas acciones específicas: la fisioterapia geriátrica y la terapia ocupacional. Ambas disciplinas aportan elementos

esenciales para fomentar la autonomía, la independencia y el control vital que precisan las personas mayores para desenvolverse en su entorno más próximo.

Las acciones voluntarias también constituyen una forma de intervenir con las personas mayores. El voluntariado complementa las intervenciones emprendidas desde los diferentes sectores profesionales, desempeñando labores de apoyo desinteresadas y atendiendo a las personas que, por circunstancias especiales, se encuentran fuera de la dinámica social. Por su parte, las personas mayores ofrecen sus saberes y experiencia vital, a la vez que ejercen sus derechos de ciudadanía desde la actividad voluntaria, participando en labores altruistas.

¿Cómo intervenir con las personas mayores? Se espera que este capítulo pueda dar respuesta a esta cuestión y proporcione elementos de reflexión para la práctica socioeducativa, encaminada a situar a las personas mayores en el lugar que les corresponde, como parte de una sociedad que respeta sus derechos, mantiene su dignidad y ofrece oportunidades para un desarrollo vital completo, enriquecedor y plenamente humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELLÁN, A. y ESPARZA, C. (2009) «Las personas mayores con dependencia». En R. Puyol y A. Abellán, *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española* (pp. 53-72). Madrid: Europe Assistance.
- AGUILAR, M.D. y ANDER-EGG, E. (1999) *Diagnóstico social. Concepto y metodología*. Argentina: Instituto de Ciencias Aplicadas.
- ALARCÓN DE LA LASTRA C.; BARRANCO M.D.; MOTILVA V.; HERRERIAS J.M. Mediterranean diet and health: biological importance of olive oil. *Curr Pharm Des.* (2001) (7), 933-950.
- ALCÁNTARA, V.; RUIZ, M. y MORUNO, P. (2010) «Terapia Ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos». *Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)*. Monográfico nº 3. Disponible en www.revistatog.com
- ALEGRE, J. (2010) «Fundamentos teóricos de la terapia ocupacional. La ocupación en la vejez». En *Terapia Ocupacional en Geriátría y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*, (2). Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Madrid: Ergon.
- ALONSO, R. (1995) *Hacia un nuevo contrato educativo: la educación de adultos*. Gobierno de La Rioja: Logroño.
- ÁLVAREZ GUTIÉRREZ F.J. (2003) El tabaquismo como problema de salud pública. En M. Barrueco Ferrero, *Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Ergon.
- ÁLVAREZ, L.; RADA, S. y MARAÑÓN, E. (2010) Principios básicos de la rehabilitación geriátrica. En *Terapia Ocupacional en Geriátría y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*, (9). Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Madrid: Ergon.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (2008) Occupational therapy practice framework: Domain and Process, 2nd Ed., *American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- AMORÓS, P. y otros (2006) *Construyendo futuro: las personas mayores una sociedad emergente*. Madrid: Alianza Editorial.
- ANDER-EGG, E. (1983) *Metodología y práctica de la animación sociocultural*. Murcia: Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas.
- ANDER-EGG, E. (2003) *Técnicas para la recogida de datos e información*. Métodos y técnicas de Investigación IV. Argentina: Grupo Editorial Lumen.

- ANDERSON, J. (2001) *Aprendizaje y Memoria: Un enfoque integral*. México: McGraw-Hill.
- ANGERMEYER, M. C. y KILIAN, R. (2000) Modelos teóricos de calidad de vida en los trastornos mentales. En H. Katschnig, H. Freeman y N. Sartorius (eds.): *Calidad de vida en trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- ARROYO-ANLLÓ, E. M. (2003) Intervenciones cognitivas en la enfermedad de Alzheimer: ¿cuándo, cómo, dónde y a quién? En M.L. Martínez Lage. y L.F. Pascual Millán, *Alzheimer 2003: ¿qué hay de nuevo?* (pp. 291-304). Madrid: Aula Médica.
- ASOCIACIÓN ESTATAL DE EDUCACIÓN SOCIAL (2004) *Código Deontológico del Educador/a Social*. Consultado el 14 de enero de 2012 desde <http://www.eduso.net/red/codigo.htm>
- ATKINSON, J.W. (1964) *An introduction to motivation*. Pricenton, NJ: Van Nostrand.
- AUSUBEL, D. (1968) *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. México: Trillas.
- BAKER, F. y INTAGLIATA, J. (1982) Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval. Prog. Planning*, 5, 69-79.
- BALLESTER, R. y GIL, M. D. (2002) *Habilidades Sociales*. Madrid: Síntesis.
- BANDLER, R. y GRINDER J. (1975) *Patterns of the hypnotic Techiques of M. H. Erickson*. Cupertino: Cal. Meta Publications.
- BANDURA (1978) The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33, 344-358.
- BANEGAS, J.R, et al. (2005) La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España. *Medicina Clínica*; 124, 769-771.
- BARÁ, J. y DOMINGO, J. (2005) *Técnicas de Aprendizaje Cooperativo*. Taller de Formación ICE-UCM. Abril, Madrid.
- BARTOLOMÉ, B. (2002) *Identidad y ciudadanía. Un reto a la educación intercultural*. Madrid: Narcea.
- BARTOLOMÉ, M. et al. (2000) *La construcción de la identidad en contextos multiculturales*. Madrid: Ministerio de Educación.
- BATZÁN, J.J. et al. (2009) Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *Br Medical Journal*, 338-350. Consultado el 24 de octubre de 2011 desde <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b50>
- BAUMAN, Z. (2003) *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- BELLO, J. (2005) *Calidad de vida, alimentos y salud humana*. Madrid: Díaz de Santos.
- BELTRÁN, J.A. (1993) *Procesos, estrategias y técnicas de aprendizaje*. Madrid: Síntesis.
- BELTRÁN, J.A. (2003) De la Pedagogía de la memoria a la Pedagogía de la imaginación. J.A. Beltrán, *La novedad pedagógica de Internet* (pp.295-388) Madrid. Fundación Encuentro.
- BELTRÁN, J. y BUENO, J.A. (1995) *Psicología de la Educación*. Madrid. Eudema.
- BELTRÁN, J.A. y PÉREZ, L.F. (2004) *El proceso de sensibilización*. Cuaderno nº 1, Colección *Experiencias pedagógicas con el modelo CAIT*. Madrid: Foro Pedagógico de Internet.
- BELTRÁN, J.A. y PÉREZ, L.F. (2005) *El proceso de personalización*. Cuaderno nº 8, Colección *Experiencias pedagógicas con el modelo CAIT*. Madrid: Foro Pedagógico de Internet.

- BERMEJO, L. (1993) *Hogar, dulce hogar. Cómo mejorar su vivienda haciéndola más sana y segura*. Madrid: Popular.
- BERMEJO, L. (2004) *Gerontología Educativa. Cómo diseñar proyectos educativos con personas mayores*. Editorial Médica Panamericana: Madrid.
- BERMEJO L. (2010) *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores. Guía de buenas prácticas*. Madrid: Médica Panamericana.
- BIGELOW, D.A. et al. (1982) The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. En G. J. Stalher y W. R. Tash (eds.): *Innovative approaches to mental health evaluation*. New York: Academic Press Inc.
- BISQUERRA, R. (Coord.) (2004) *Metodología de la investigación educativa*. La Muralla: Madrid.
- BORTHWICK-DUFFY, S.A. (1992) Quality of life and quality of care in mental retardation. En L. Rowitz (Ed.) *Mental retardation in the year 2000* (pp. 52-66). Berlin: Springer-Verlag.
- BOTTOMS, G. y WEBB, L.D. (1998) *Connecting the curriculum to «real life.» Breaking Ranks: Making it happen*. Reston, VA: National Association of Secondary School Principals.
- BROWN, A.L. (1978) Metacognitive development and reading. en R.J. Spiro *et al.* (Eds.), *Theoretical issues in reading comprehension* (pp. 453-481). Hillsdale: Erlbaum.
- BROWN, A.L.; ASHD, D.; RUTHERFORD, M.; NAKAGAWA, K.; GORDON, A. y CAMPIONE, J.C. (1993) Distributed expertise in the classroom. En G. Salomon (Ed.), *Distributed cognitions: Psychological and educational considerations* (pp. 188-228). Cambridge: Cambridge University Press.
- BRUSCIA, K. E. (2007) *Musicoterapia. Métodos y prácticas*. México: Pax México.
- BRUECKNER, L.J. y BOND, G.L. (1992) *Diagnóstico y tratamiento de las dificultades en el aprendizaje*. Madrid: Ediciones Rialp, S.A.
- BRYAN, J. (2004) Mechanisms and evidence for the role of nutrition in cognitive ageing. *Ageing International*, 29 (1), 28-45.
- BUTLER, N. (1977) *Aging and mental Elath*. Saint Louis: Mosby Company.
- CABALLERO, V. y ROMAGUERA, E. (2005) «La terapia ocupacional en la atención sociosanitaria a las personas mayores». Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 182, 181-192.
- CABALLO, V.E. (2007) *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. 7ª Edición. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- CABO, J.R. (2007) Dieta y Longevidad saludable. *Revista Alimentación, Nutrición, Salud*, 14 (2), 47-58.
- CANNON, W.B. (1932) *The Wisdom of the Body*. New York: W.W. Norton.
- CANO, E. (2007) Las competencias de los docentes. En A. López (Coord.) *El desarrollo de Competencias docentes en la formación del profesorado* (pp. 33-60). Madrid: MEC.

- CANTERO, P. y SOLANO, O (Comp.) (2011) *Hacia una definición de la terapia ocupacional en España*. TOG (A Coruña). Volumen 8. Monografía 4. Disponible en www.revistatog.com
- CARBONELL, M. C. y MEDINA, M. E. (2006) *Personas mayores y el voluntariado. Acciones e investigaciones sociales*. (Extra 1), 434. Consultado el 12 de septiembre de 2011 desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2002422>
- CARLSON M.; CLARK F y YOUNG B. (1998) Practical contributions of occupational science to the meaningful life in older adulthood. *Journal Occupational Science*, 5(30),107-118.
- CASARES, P. (2002) *Ancianos. Problemática y propuesta educativa*. Madrid: San Pablo.
- CASTILLO, S.; CABRERIZO, J. (2003) *Evaluación de programas de Intervención Socioeducativa. Agentes y Ámbitos*. Ed. Prentice Hall. Madrid.
- CASTILLO-GARZÓN M.J. et al. (2007) A Mediterranean diet is not enough for health: Physical fitness is an important additional contributor to health for the adults of tomorrow. *World Rev Nutr Diet*, 97, 114-38.
- CEBALLOS, R. (2011) *Actuación rehabilitadora al paciente geriátrico*. Alcalá la Real (Jaén): Formación Alcalá, S. L.
- CEMBRANOS, F.; MONTESINOS, D.H. y BUSTELO, M. (2004) *La animación sociocultural: una propuesta metodológica*. Editorial Popular: Madrid.
- CHARTERS, A. N. (2012) Reflections on Involvement with Six UNESCO International Conferences on Adult Education and Suggestions for the Future. *Adult Learning*, 22 (4), 14-17.
- CICERON, M. T. (2000) *De Senectute*. Madrid: Gredos.
- CIGOLLE, T. S. et al. (2007) Geriatric conditions and disability: The health and retirement study. *Ann Inter Med*, 156-164.
- CLEMENTE, A. (1996) *Psicología del desarrollo adulto*. Madrid: Narcea.
- COLCOMBE, S.J. et al. (2003) Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 58A (2), 176-180.
- COLOM, A. Y ORTE, C. (2001) *Gerontología educativa y social. Pedagogía Social y Personas Mayores*. Palma: Univ. Islas Baleares.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2000) *Memorándum sobre el aprendizaje permanente. Documento de trabajo de los Servicios de la Comisión*. Consultado el 9 de enero, de 2012, desde http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/policy/memo_es.pdf
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2007) *Libro Blanco. Estrategia europea sobre problemas de salud relacionados con la alimentación, el sobrepeso y la obesidad*. Bruselas.
- COMISIÓN EUROPEA (1995) *El Libro Blanco sobre la Educación y la Formación. Enseñar y aprender. Hacia la sociedad del conocimiento*. Bruselas: Oficina de Publicaciones de la COM. Consultado el 6 de marzo de 2011 desde <http://www.uhu.es/cine.educacion/didactica/1libroblanco.htm>

- COMISIÓN EUROPEA (2000) *Memorándum sobre el Aprendizaje Permanente*. Bruselas: Oficina de Publicaciones de la COM. Consultado el 9 de septiembre de 2011 desde http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/policy/memo_es.pdf
- COMISIÓN EUROPEA (2002) Educación y Formación 2010: urgen las reformas para coronar con éxito la estrategia de Lisboa. Bruselas. Consultado el 6 abril de 2012 desde www.fae.es/documentos/UE-com_2003_685-a1_23013_es.pdf
- CONFITEA (1997) V Conferencia Internacional de Educación de Adultos. Hamburgo. Consultado el 12 de febrero de 2012, disponible en <http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/finrepsa.pdf>
- CONFITEA (2009) VI Conferencia Internacional de Educación de Adultos. Brasil. Consultado el 24 de marzo de 2012 desde www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/INSTITUTES/UIL/confintea/pdf/News/confinteavi_final_report_engl_online.pdf
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE DOCTORES Y LICENCIADOS EN FILOSOFÍA Y LETRAS Y EN CIENCIAS (2010) *Código deontológico de la profesión docente*. Consultado el 14 de enero de 2012 desde <http://www.consejogeneralcdl.es/codigo-deontologico-de-la-profesion-docente>
- CONSEJO DE PERSONAS MAYORES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS. (2006) *El fomento y la dinamización de la participación social de las personas mayores*. Consejería de vivienda y bienestar social del principado de Asturias. Oviedo.
- CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS (2002) *Estimulación cognitiva: guía y material para la intervención*. Oviedo, Gobierno del Principado de Asturias.
- CORREGIDOR, A. I. (2010) Intervención de la terapia ocupacional en los niveles asistenciales geriátricos. En *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*. (Secc. 3). Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). Ergon. Madrid.
- CORREGIDOR SÁNCHEZ, A.I. (Comp). (2010) *Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos*. TOG (A Coruña) Vol 7. Monog 3. Consultado el 21 de mayo de 2012 desde www.revistatog.com
- CORTINA, A. (1997) *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid, Tecnos.
- CRESPO, J. M^a (1994) *Curarse en salud. Guía del autocuidado para mayores*. Madrid: Popular.
- CRONBACH, L. J. et al. (1980) *Toward Reform of Program Evaluation: Aims, Methods and Institutional Arrangements*. San Francisco (ca): Jossey-Bass.
- COTIELLO, Y. (2010) Programas para la promoción de la salud: la alimentación y la medicación. En L. BERMEJO, *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con personas mayores*. Madrid: Médica Panamericana, 95-106.
- COTMAN, C.W. y BERCHTOLD, N.C. (2002) Exercise: a behavioural intervention to enhance brain health and plasticity. *Trends in Neuroscience*, 25 (6), 295-301.

- CUMMIS, R.A. (2000) «Personal invome and subjective well-being: a review». *Journal of Happines Studies*, 1 (2).
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1998) *Aprender a fluir*. Barcelona: Kairós.
- DAMASIO, A. (2010) *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Destino.
- DAVIES, B.G. (1993) *Tools for Teaching*. San Francisco: Jossey Bass.
- DAVIS, GFELLER y THAUT (2000) *Introducción a la Musicoterapia, teoría y práctica*. Barcelona: Boileau.
- DE KETELE, J. y ROEGIERS, X. (2000) *Metodología para la recogida de información*. Madrid: La Muralla.
- DELORS, J. (Coord.) (1996) *La educación encierra un tesoro. Informe de la UNESCO de la Comisión para la educación del siglo XX*. Madrid: UNESCO/Santillana.
- DELVAL, J. y ENESCO, I. (1994) *Moral, desarrollo y educación*. Madrid: Anaya.
- DÉRIBÉRÉ, M. (1964) *El color en las actividades humanas*. Madrid: Tecnos.
- DIÉGUEZ, A.J. (2000) «La intervención comunitaria. Experiencias y reflexiones». Espacio Editorial, Buenos Aires, Argentina, y en la Revista *Trabajo Social Hoy*, N.º 30, del Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y AASS. Madrid.
- DUNCAN, N. (2007) Trabajar con las Emociones en Arteterapia. *Arteterapia-Papeles de arte-terapia y educación artística para la inclusión social*, 39-49.
- ECHEVARRÍA, I. (2001) Atención sanitaria al anciano con incapacidad establecida potencialmente reversible. En L. Rodríguez Mañas, J.J. Solano Jaurrieta. *Bases de la atención sanitaria al anciano*. Madrid: SEMEG, 145-82.
- ELOLA SOMOZA, J. (2001) *Política sanitaria española*. Madrid: Díaz de Santos.
- ENRÍQUEZ, T. y NAZRA, J. (2006) *100 Consejos antiedad. Guía de rejuvenecimiento para hombres y mujeres de cualquier edad*. Barcelona: Amat.
- FAURE, E. (1972) *Learning to be*. Paris-London: UNESCO-Harrap.
- FEDERIGHI, P. (1998) Glosario de la Educación de las Personas Adultas en Europa. Amersfoort: Diálogos.
- FELCE, D. y PERRY, J. (1995) Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 16, N° 1, pp. 51-74.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (2001) *Evaluación de programas. Una guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de la salud*. Madrid : Síntesis.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (Dir) *Vivir con vitalidad*. (2002). Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, A., (2002) Voluntariado de personas mayores. Un activo Social. Revista sesenta y más, Madrid. IMSERSO. (286), 8-13.
- FERNÁNDEZ, J. D. y LIMÓN, M.^a R. (2012) *El arte de envejecer con humor*. Málaga: Aljibe.
- FREIRE, P. (1976) *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- FROMM, E. (1994) *El arte de amar*. Barcelona: Paidós.

- GAGNÉ, R. M. (1977) *Principios básicos del aprendizaje para la instrucción*. México: Diana.
- GARCÍA, A., et al. (2000) *Educación para la salud. La apuesta por la calidad de vida*. Madrid: Arán.
- GARCÍA WALKER, D. (2005) *Los efectos terapéuticos del humor y de la risa*. Málaga: Sirio.
- GARDNER, H. (1993) *Multiple intelligences: The theory in practice*. New York: Basic Books.
[Trad. cast. Inteligencias múltiples. Barcelona: Paidós, 1995].
- GARDNER, H. (2005) *Las cinco mentes del futuro. Un ensayo educativo*. Barcelona: Paidós.
- GINES MORA, J. (2005) *Análisis y diseño de estrategias para el desarrollo del aprendizaje permanente en Europa. El caso de la educación continua universitaria en el EEES y la definición de indicadores de desarrollo de la vinculación universitaria en el EEES a través del aprendizaje*. Madrid: MEC. Programa de estudios y análisis. Extraído el 7 de junio de 2007.
- GÓMEZ MARROQUÍN, I., et al. (2008) *Guía para una jubilación satisfactoria*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- GÓMEZ PAVÓN, J. (2002) *El anciano frágil. Detención, prevención e intervención en situaciones de debilidad y deterioro de la salud*. Madrid: Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- GOLDBERG, E. (2006) *La paradoja de la sabiduría. Cómo la mente puede mejorar con la edad*. Barcelona: Crítica.
- GONZÁLEZ, A. M.; NEGUERUELA, M. y DÁVILA, M. C. (Comp.) (2011) *Voluntariado de Mayores. Guía para promover y gestionar su participación en Entidades de Acción Voluntaria*. Dirección General del Voluntariado y Promoción Social. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. Comunidad de Madrid.
- GRAY, L. y LEYLAND, A.H. (2008) Overweight status and psychological well-being in adolescent boys and girls: a multilevel analysis. *European Journal of Public Health*, 18 (6), 616-621.
- GREENWALD P., CLIFFORD CK y MILNER JA. (2001) Diet and cancer prevention. *European Journal of Cancer*, 37: 948-965.
- HARRINGTON, T. y HARRINGTON, M. (2000) *Gerontechnology why and how*. Países Bajos.
- HAZZARD, W.R. (1999) Preventive gerontology: A personalized designer approach to a life of maximum quality and quantity. En V. R. Hazzard, J. P. Blass, J. P. et al. (eds.), *Principles of geriatric medicine and gerontology* (pp. 239-244). Nueva York: McGraw Hill.
- HEREDIA, A. (2009) «Dos formas diferenciadas de evaluación didáctica: evaluación normativa para seleccionar a los alumnos y evaluación criterial para el dominio del conocimiento básico». *Bordón*, 61 (4), 39-48.
- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, G. (2009) «Cese de la actividad profesional y preparación para la jubilación», *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 27 (2), 63-81.
- HENRICH, M. y PRIETO, J.M. (2009) Diet and healthy ageing 2100: Will we globalise local knowledge systems? *Ageing Research Review* 7(3), 249-274.

- HOFFMAN, L.; PARIS, S. y HALL, E. (1996) *Psicología del desarrollo hoy*. Madrid: McGraw-Hill.
- IMSERO (2004) *Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERO (2006a) *Libro blanco de la dependencia*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERO (2006b) *Encuesta de condiciones de vida de los mayores*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERO (2006c) *Las personas mayores en España. Informe, 2006*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERO (2007) *Una sociedad para todas las edades. Retos y oportunidades. Conferencia Ministerial sobre envejecimiento*. León: CEPE.
- IMSERO (2010) *Libro blanco 2010*. Madrid: IMSERSO.
- IMSERO (2011) *Libro Blanco de Envejecimiento Activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- IMSERO (2008) *La participación social de las personas mayores*. Colección Estudios serie Personas Mayores. Ministerio de Educación Política Social y Deporte. Madrid. Consultado el 11 de junio de 2011 desde <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/11005partsocialmay.pdf>.
- INE (2009a) *Censo 2001. Base Nupcialidad*. Madrid: INE.
- INE (2009b) *Encuesta de presupuestos familiares*. Madrid: INE.
- INE (2010) *Movimiento Natural de la Población 2010*. Madrid: INE.
- INE (2012) *Tablas de mortalidad de la población de España por año, sexo, edad y funciones*. Madrid: INE. Consultado en diciembre, 10, 2010.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR VOLUNTEER EFFORT (IAVE). (2009) *Declaración Universal sobre el Voluntariado*. Consultado el 21 de octubre de 2011 desde <http://www.iave.org/content/universal-declaration-volunteering>
- IZQUIERDO MARTÍNEZ, A. (2005) Psicología del desarrollo de la edad adulta. teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación* 16 (2), 601-619.
- JACKSON, J.; CARLSON, M.; MANDEL D.; ZEMKE, R., y CLARK F. (1998) Occupation in lifestyle redesign. *The Well Elderly Study Occupational Therapy Program*. Am Journal Occupational Therapy, 52(5), 326-36.
- JÁUREGUI, E y FERNÁNDEZ, J. D. (2008) *Alta diversión. Los beneficios del humor en el trabajo*. Barcelona: Alienta.
- JOHNSON, D.W., y JOHNSON, R.T. (1989) Cooperative Learning: What Special Education Teachers Needs to Know. *Pointer*, 33 (2), 5-10.
- JOHNSON, D.W.; JOHNSON, R. y SMITH, K. (1991) *Active Learning: Cooperation in the Colledge Classroom*. Edina, MN: Interaction Books Co.
- KAPLAN, R.M. (1994) The Ziggy theorem: toward an outcomes-focused health psychology. *Health Psychol*, 13, 451-460.
- KELLY, J. (1992) *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- KIRKWOOD, T.B.L (2005) The biological science of human ageing. En M.L.M. Johnson, V.I. Bengston, et al. *Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.

- KLEIN, J.P. (2006) La creación como proceso de transformación. *Arteterapia-Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social* 1, 11-18.
- KOHLBERG, L. (1987) El enfoque cognitivo-evolutivo de la educación moral. En J. A. Jordán y F. F. Santolaria (Eds.) *La educación moral, hoy. Cuestiones y perspectivas* (pp. 85-114). Barcelona: PPU.
- KOLB, D. (1984) *Experiencial learning: experiences as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, N.J Prentice Hall.
- LAFORTUNE, G. et al. (2007) Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications. OECD Health Working Papers, 26. Consultado el 13 de diciembre de 2011 desde <http://www.oecd.org/dataoecd/13/8/38343783.pdf>
- LANCHO, J. (2011) Los nuevos paradigmas sociales y su repercusión en los procesos de aprendizaje. En R. Jiménez, J. Lancho, J. C. Sáenz y F. Sáenz, *Educación de personas adultas en el marco del aprendizaje a lo largo de la vida* (pp.11-32). Madrid: UNED.
- LAWTON, M.P. (1991) A multidimensional view of quality of life in frail elderly. In J. E. Birren, J.E. Luben, et al. (eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press.
- LEHMAN, E. B.; WARD, N. C. y LINN, L. S. (1982) Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am. J. Psychiatry*, 139, 1271-1276.
- LEHR, U. (2008) La longevidad un reto para el individuo y la sociedad. En *Foro de la Sociedad Civil sobre Envejecimiento celebrado en León, Noviembre 2007* (Madrid, IMSERSO), 245-247.
- LIMÓN, M^a R. (1997) La educación de las personas mayores. En A. Petrus (Dir.). *Pedagogía social*. Barcelona: Ariel Educación, cap. 13.
- LIMÓN, M^a R. y CRESPO J.A. (2002) *Grupos de debate para mayores*. Madrid: Narcea.
- LÓPEZ, L. (2010) El desarrollo de las habilidades sociales. *Innovación y experiencias educativas*. N^o 31.
- LÓPEZ ARANGUREN, J.L. (1992) *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: INSS.
- LÓPEZ MARTÍNEZ, R.A. (2007) *Reflexión en torno a la sociedad del conocimiento*. Consultado el 18 de agosto de 2008 desde http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/010810202239-Reflexi_.html
- LUQUE, A. (2004) Deterioro de la visión en mayores. En *Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria*. Barcelona: semFYC ediciones, pp. 283-204.
- MACÍAS, J.F., et al. (2001) *Geriatría desde el principio*. Barcelona: Glosa.
- MAIER, N.R. (1952) *Principles of human relations*. New York: McGraw Hill.
- MALAGÓN, J. L. (1995) *La atención socioeducativa con personas mayores. Una sociedad para todas las edades*. Sevilla: Padilla Libros.

- MARÍN, M. A. y BUISÁN, E. (1987) *Cómo realizar un diagnóstico pedagógico*. Barcelona: Oikos Tau.
- MÁRQUEZ, M. y cols. (2005) *Habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores*. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 32. Consultado el 12 de marzo desde <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-habilidades-01.pdf>
- MÁRQUEZ PÉREZ F.L. et al. (2007) El consumo de tabaco como un proceso. En C.A. Jiménez-Ruiz y K.O. Fagerström (Eds.) *Tratado de Tabaquismo* (pp. 31-43). Madrid: Ergon.
- MAROTO SERRANO, M. A. (2005) *Taller de memoria*. Madrid: TEA.
- MARTÍN LESENDE I. (2006) *Anciano de riesgo en el medio comunitario. Planificación de cuidados en atención primaria*. Madrid, Informes Portal Mayores, 44. Consultado el octubre 15, 2011 desde <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/martin-anciano-01.pdf>
- MARTÍN LESENDE I, et al. (2010) El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. *Atención Primaria*, 42, 388-393.
- MARTÍNEZ, C. (2007) *Evaluación de Programas*. Madrid: UNED.
- MARTÍNEZ, I. (2011) *La Participación Social de las Personas Mayores*. IKD baliabideak 1. Consultado el 20 de mayo de 2012 desde <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/6666/1/Martinez-04-2011-ik.pdf>
- MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, M. (2000) Características generales de los programas de Fisioterapia con personas mayores. *Fisioterapia*, 22 (2), 71-82.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2006) «Envejecimiento activo y participación social en los centros sociales de personas mayores. Gobierno del Principado de Asturias», Serie Documentos Técnicos de Política Social, 17, 47-61.
- MAS, M. A.; CAÑAMERAS, N.; LLOBERA, J.; ESPERANZA, A.; MUNIESA, J. M.; MIRALLES, R.; CERVERA, A. M. (2007) Algoritmo de actuación frente al deterioro de la capacidad funcional reciente: rehabilitación y niveles asistenciales. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 17 (2), 111-114.
- MATILLA, R. (2012) *La depresión en el anciano*. Consultado el 24 de marzo de 2012 desde <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Depresionancianos.html>.
- MAYER, R.E. (2004) *Psicología de la Educación. Vol II. La enseñanza del aprendizaje*. Madrid: Pearson Prentice Hall.
- MCDOWELL, K., et al. (2003) Aging, physical activity, and cognitive processing: an examination of P300. *Neurobiology of Aging*, 24, 597-606.
- MEDINA, M. E., y CARBONELL, M. C. (2006) Las personas mayores y el voluntariado. *Acciones e Investigaciones sociales*, 1.
- MEDINA, A. y GENTO, S. (1995) Configuración del proyecto de diseño curricular en educación de adultos. En A. Medina, C. Alonso, C. Domínguez y otros. *La formación de educadores de personas adultas I*. Madrid: UNED.

- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2005) *La Salud de la Población Española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1990) *Guía para la elaboración del programa del adulto en atención primaria*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011) *Envejecimiento activo. Libro Blanco* Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2005) Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid. Consultado el 17 de octubre de 2011 desde <http://www.insersomayores.csic.es>.
- MONCLÚS, A. (2006) La educación en un mundo globalizado. En A. Monclús (Coord.), *Educación y sistema educativo* (pp.51-68). Madrid: ICE-UCM.
- MONEDERO, C. (1986) *Psicología Evolutiva del ciclo vital*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- MONERA OLMOS, M. L. (1986): Los animadores socioculturales: su personalidad y su tipología. En J. M. Quintana Cabanas, *Fundamentos de animación Sociocultural* (2ª ed.) (pp. 256-275). Madrid: Narcea.
- MONREAL, C. (2006) Habilidades para la intervención con las personas mayores. En G. Pérez, *Calidad de Vida en Personas Mayores*. Madrid: Dykinson.
- MONTEJO, M Y MONTENEGRO, M. (2006) Estimulación cognitiva. En G. Pérez Serrano (coord.) *Intervención y desarrollo integral en personas mayores* (pp. 43-84). Madrid: Universitas.
- MONTOYA SÁENZ, J.M. (2006) El envejecimiento de la población. En G. Pérez Serrano (Coord.) *Calidad de vida en personas mayores* (pp. 76-102). Madrid: Dykinson.
- MOORE, M. & KEARSLEY, G. (1996) *Distance Education: a systems view*. California: Wadsworth Publishing Company.
- MORA, F. (2009) Entrevista realizada sobre el envejecimiento humano al profesor Mora. *60 y más*, 285, 14-17.
- MORAGAS, R. (1982) *Programa Preparación Para la Jubilación. Un enfoque Positivo*. Barcelona: Centro de Relaciones Sociolaborales CRSL.
- MORAGAS, R. (1991) *Gerontología Social. Envejecimiento y Calidad de Vida*. Barcelona: Herder.
- MORUNO, P. (2003) *Terapia ocupacional. Teoría y técnicas*. Madrid: Masson.
- MORUNO, P. y ROMERO, D. M. (2011) Historia de la terapia ocupacional en el ámbito de la Salud Mental. *Revista Informativa de la Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales*, 27, 3-10. Madrid.
- MORUNO, P. y ROMERO, D. M. (2006) *Actividades de la vida diaria*. Barcelona. Masson.
- MORUNO, P. y ROMERO, D. M. (2004) Terapia ocupacional en salud mental: la ocupación como entidad, agente y medio de tratamiento. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional (TOG)*, 1.

- MUNTANÉ, M. D. (2008) *Antienvejecimiento, longevidad, salud y felicidad*. Barcelona: Anthropos.
- NATIONAL ASSOCIATION FOR MUSIC THERAPY (NAMT) (1980) *A Career in Music Therapy* (Pamphlet) Washington, DC: Author.
- OCDE (2005) *Educación para adultos. Más allá de la retórica*. México: FEC y Ministerio de Educación y Cultura.
- OMS (2001) *Salud para Todos en el año 2010. 48ª Asamblea Mundial de la Salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2002) *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Naciones Unidas.
- OMS (2002) Envejecimiento activo: un marco político, *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37 (2), 74-105.
- OMS (2002) *Informe sobre la salud en el mundo 2002: Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2005) *Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento: Informe sobre su ejecución*. DOC: A58/19.
- OMS (2005) *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Bangkok.
- ONU (1948) *Derechos Humanos*. Ginebra: Asamblea de las ONU.
- ONU (2007) «El desarrollo en un mundo que envejece. Estudio Económico y Social Mundial». *Departamento de Asuntos Económicos y Sociales*. Informe Naciones Unidas.
- OÑORBE DE TORRE, M. et al. (1994) *El anciano en su casa. Guía de cuidados para familiares, auxiliares a domicilio, voluntariado y ancianos solos*. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de la Salud.
- ORTEGA NAVAS, Mª C. (2006) Educación para la salud. *Revista Española de Pedagogía*, 483-500.
- ORTEGA NAVAS, Mª C. (2011) La salud y su perspectiva holística. En R. Perea, *Educación para la salud y calidad de vida* (pp. 25-46). Madrid: Díaz de Santos.
- PACHECO, S. (2011) *La influencia del Ejercicio Terapéutico en la Calidad de Vida de las personas mayores*. Consultado el 19 de mayo de 2012 desde <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/10142>.
- PACHO, E. y FERNÁNDEZ, R. (2004) La salud en las personas mayores: Nutrición e Higiene. En G. Pérez Serrano, *¿Como intervenir en personas mayores?* (pp. 79-108). Madrid: Dykinson.
- PALLADINO, E. (1984) *La educación de adultos*. Murcia: Humanitas.
- PEDRO, F. y ROLO, J.M. (1998) Los sistemas educativos iberoamericanos en el contexto de la globalización. Interrogantes y oportunidades. *Revista Iberoamericana de Educación*, 17, 257-289.
- PEREA, R. (2009) Las prioridades de la educación para la salud. En Mª A. Murga (Ed.) *Escenarios de Innovación e Investigación educativa* (pp. 43-54). Madrid: Universitas.

- PEREA, R. (2011) *Educación para la salud y calidad de vida*. Madrid: Díaz de Santos.
- PEREA, J. M. y NAVIA, B. (2001) Nutrición del paciente de edad avanzada. En A. M^a Requijo, y R. M^a Ortega, (eds) *Nutri-guía: Manual de nutrición clínica en atención primaria* (pp. 72-82). Madrid: Universidad Complutense.
- PÉREZ DE GUZMÁN, M.V. (2006) *Organización y gestión. Agentes al servicio de los mayores*. Madrid: Universitas.
- PÉREZ JUSTE, R. (2006) *Evaluación de programas educativos*. Madrid: La Muralla.
- PÉREZ SERRANO, G. (1987) La educación de Adultos y la capacidad de aprender. En *Jornadas de Educación Permanente*. Organizadas por la UNED. (pp. 255-270). Asturias: Centro Asociado de Gijón (Asturias).
- PÉREZ SERRANO, G. (2000) *Elaboración de proyectos sociales*. Madrid: Narcea.
- PÉREZ SERRANO, G. (2006a) *Calidad de Vida en Personas Mayores*. Madrid: Dykinson.
- PÉREZ SERRANO, G. (Coord.) (2006b) *Intervención y desarrollo integral en personas mayores*. Madrid: Universitas.
- PÉREZ SERRANO, G. (2011) *Pedagogía Social y Educación Social. Construcción científica e Intervención práctica*. Madrid: Narcea.
- PÉREZ SERRANO, G. (Coord.). (2012) *Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional*. Madrid: UNED.
- PETRUS, A. (1998) *Pedagogía Social*. Barcelona: Ariel.
- PETRUS, A. (2000) Tercera edad y educación social. En M. Romans, A. Petrus y J. Trilla, *De profesión: educador/a social* (pp.63-147). Barcelona: Paidós.
- PIAGET (1962) Los procedimientos de la educación moral. En Piaget et al., *La nueva educación moral*, (pp.7-56). Buenos Aires: Losada.
- PINAZO S.; LORENTE X.; LIMÓN M.^a R.; et al. (2010) Envejecimiento y aprendizaje a lo largo de la vida. En L. Bermejo (Ed.), *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores. Guía de buenas prácticas* (pp. 22-10). Madrid: Médica Panamericana.
- PINILLOS, J.L. (1994) Mitos y estereotipos, los mayores que vienen. En J. L. Pinillos y otros, *Una aproximación pluridisciplinar al entorno de la vejez* (pp. 9-20). Barcelona: SG Editores y Fundación Caja Madrid.
- PLAN ESTATAL DE VOLUNTARIADO 2005-2009 PROPUESTA DE ESTRUCTURA Y CONTENIDOS. Consultado el 2 de abril de 2011 desde http://www.msc.es/ssi/familiasInfancia/ongVoluntariado/docs/evaluacionestatalvoluntariado2005_2009.pdf.
- POLONIO, B.; DURANTE, P. y NOYA, B. (2011) *Conceptos fundamentales de terapia ocupacional*. Madrid: Médica Panamericana.
- QUINTANA CABANAS, J. M. (1994) Los educadores de personas adultas como agentes de acción cultural, social y laboral. En F. Sanz Fernández, *La formación en educación de personas adultas III* (pp.1423-1467). Madrid: UNED-MEC.

- REDÍN, J. M. (1999) Valoración geriátrica integral (I). Evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. *Anales*, 2 (1).
- REIG FERRER, A. (2000) La calidad de vida en gerontología como constructor psicológico. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 35 (52), 5-16.
- REQUEJO, A. (2003) *Educación permanente y educación de adultos*. Barcelona: Ariel.
- RIBERA, J.M. (2011) Envejecer con buena salud. En P. Causapié, et al. *Envejecimiento activo. Libro blanco* (pp. 225-263). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- RIFKIN, J. (2000) *La era del acceso. La revolución de la nueva economía*. Barcelona: Paidós.
- RODRIGO, J. (2009) *Actividad física en geriatría*. Consultado el 27 de marzo de 2012 desde http://www.efisioterapia.net/descargas/pdfs/ACTIVIDAD_FISICA_EN_GERIATRIA.pdf
- RODRÍGUEZ, O. (2009) *Rehabilitación funcional del anciano*. MEDISAN. 13(5). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san14509.htm.
- RODRÍGUEZ ARTALEJO, F. (2011) Envejecer satisfactoriamente. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 46 (1), 1-2.
- ROGERS, C. (1987) *Psicología social de la enseñanza*. Madrid: Visor.
- ROSSELLÓ, M^a J. y PALLÁS, R.J. (1993) *Comer bien para vivir mejor*. Guía básica de nutrición para la perfecta salud. Madrid: Popular.
- RUIZ, J.C. (2005) *Drogas inteligente: Plantas, nutrientes y fármacos para potenciar el intelecto*. Barcelona: Paidotribo.
- RUIZ CORBELLA, M. y SARRATE, M.L. (2005) Las estrategias de enseñanza-aprendizaje: claves para aprender a aprender. En E. López-Barajas y M.L. Sarrate (Coords.) *La educación de personas adultas: reto de nuestro tiempo* (pp. 130-167). Madrid: Dykinson.
- SÁNCHEZ, M. (2005) *Manual de Trabajo Social*. México: Plaza y Valdés.
- SANDÍN B. (1995) El estrés. En B. Belloch et al. *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- SAN MARTÍN, H.; PASTOR y ALDEGUER, V. (1990) *Epidemiología de la vejez. ¿Qué edad tendrá usted cuando cumpla 70 años?* Madrid: Mc Graw- Hill Interamericana.
- SANJOAQUÍN, A. C.; FERNÁNDEZ, E.; MESA, M. P. y GARCÍA-ARILLA, E. (2010) Valoración geriátrica integral. En *Terapia Ocupacional en Geriátria y Gerontología. Bases conceptuales y aplicaciones prácticas*, (4). Sociedad Española de Geriátria y Gerontología (SEGG). Ergon. Madrid. Consultado el 19 de noviembre de 2011 desde <http://www.imserso-mayores.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>
- SÁNZ, F. (2005a) Génesis y desarrollo en la educación de personas adultas. En E. López-Barajas y M.L. Sarrate (Coords.), *La educación de personas adultas: reto de nuestro tiempo* (pp. 59-95). Madrid: Dykinson.

- SÁNZ, F. (2005b) Perfil y funciones del educador/formador de personas adultas. En E. López-Barajas y M.L. Sarrate (Coords.) *La educación de personas adultas: reto de nuestro tiempo* (pp. 213-252). Madrid: Dykinson.
- SARRATE, M.L. (2005) La Educación de personas adultas, ámbito prioritario de la educación permanente. En E. López-Barajas y M.L. Sarrate (Coords.) *La educación de personas adultas: reto de nuestro tiempo* (pp. 18-58). Madrid: Dykinson.
- SARRATE CAPDEVILA, M. L. (Coord.) (2006) *Atención a las personas mayores. Intervención práctica*. Madrid: Universitas.
- SARRATE, M. L. (2006) El voluntariado en las personas mayores. Un compromiso solidario. En G. Pérez Serrano, *Calidad de Vida en Personas Mayores*. Madrid: Dykinson.
- SARRATE, M.L. y PÉREZ DE GUZMÁN, M.V. (2005) Educación de personas adultas: situación actual y propuestas de futuro. *Revista de Educación*, 336, 41-57.
- SCHANK, R. C. (2002) *Designing World-Class E-Learning: How IBM, GE, Harvard Business*.
- SAVATER, F. (1997) *El valor de educar*. Madrid: Ariel.
- SCRIVEN, M. (1980) *The logic of evaluation*. Inverness, CA: Edgepress.
- SKINNER, B.F. (1985) *Aprendizaje y comportamiento*. Barcelona: Martínez Roca.
- SNOWMAN, M. (1986) Learning tactics and strategies. In G.D. Phye & J. Andre (Eds.), *Cognitive Educational Psychology* (pp. 243-276). NY: Academic Press.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2000) *Geriatría XXI. Análisis de las necesidades y recursos en la atención de personas mayores en España*. Madrid: Editores Médicos.
- SUCHODOLSKI, B. (1976) Educación permanente (E.P.): consideraciones filosóficas. En R.H. Dave (Dir.), *Fundamentos de la educación permanente*. Madrid: Santillana/Instituto de la Fundación UNESCO.
- SUTCLIFFE, B. (1992) *El papel de la Fisioterapia en la atención de las personas de la tercera edad*. 1ª edición. Ministerio de Asuntos Sociales, 5-24.
- STUFFLEBEAM y SHINKFIELD (1987) *Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica*. Piados Ibérica. Barcelona.
- TERMES CARRERO, R. (1997) Del Estado de Bienestar a la Sociedad del Bienestar. *Conferencia*. Cursos de Verano Universidad Complutense. Madrid: Escorial.
- THORNDIKE, E. L. (1913) *Educational psychology: Vol. 1. The original nature of man*. New York: Teacher's College Press.
- THUNE, I. y FURBERG, A.S. (2001) Physical activity and cancer risk: dose-response and cancer, all sites and site specific. *Medicine and science in sports and exercise*, 33, (6 Suppl), 530-550.
- TYLER, R.W. (1950) *Basic Principles of Curriculum and Instruction*. Chicago: University of Chicago Press.

- ÚCAR, X. (2004) *De la caridad a la inclusión: modelos de acción e Intervención socioeducativa en el contexto Europeo*. Consultado el 30 de marzo de 2012 desde http://www.pedagogiasocial.cl/DOCS/COPESOC/X_Ucar.PDF.
- UNESCO (1976) *Recomendación relativa al desarrollo de la educación de adultos, aprobada por la Conferencia General de la UNESCO en su decimonovena reunión*. Nairobi, 26 de noviembre de 1976. París: UNESCO. Recuperado el 5 de noviembre de 2011 desde http://www.unesco.org/education/uie/confintea/nairob_s.pdf
- UNESCO (2005) Informe de seguimiento de la EPT en el mundo. Educación para todos: el imperativo de la calidad. París: UNESCO.
- UNESCO (2010) Informe Mundial sobre el aprendizaje y la educación de adultos. Hamburgo: Instituto de la UNESCO para el Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida. Recuperado el 15 de enero de 2012 desde www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/.../UIL/.../grale_sp.pdf
- UNIÓN EUROPEA. (2000) *Carta de los derechos Fundamentales de la UE*. Ginebra: Diario Oficial de las Comunidades. 18/12/2000.
- VERDUGO, M. A. y SCHALOCK, R. (2003) *Calidad de vida. Manual para profesionales de educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- VILLASANA, N. y DORREGO, E. (2007) Habilidades sociales en entornos virtuales de trabajo colaborativo. *RIED*, 2 (10), 45-74.
- VYGOSTKY, L. S. (1979) *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Buenos Aires: Grijalbo.
- WALLACE, M. y SHELKEY, M. (2007) *Katz Index of Independence in Activities of Daily Living ADL*. Consultado el 13 de noviembre de 2011 desde <http://www.imswersomayores.csic.es/documentos/salud/psicologia/autonomia/instrumentos-katz-01.rtf>.
- WEBER, M. (1982) *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. Fondo de Cultura Económica, México.
- WITKIN, H. (1978) Cognitive style in academic performance and in teacher-student situations. In S. Messiak (Ed.), *Individuality in learning*. San Francisco: Jossey Bass.
- YANGUAS LEZAUN, J.J. (2006) *Análisis de Calidad de Vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Edi. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- ZAPATA GARCÍA, R.; CANO PROUS, A. y MOYÁ QUEREJETA. (2002) Tareas del desarrollo en la edad adulta. *Psiquis*, 23 (5), 185-197.



Juan del Rosal, 14
28040 MADRID
Tel. Dirección Editorial: 913 987 521

La calidad de vida en personas adultas y mayores es un tema que aborda un grupo de expertos que han tenido la osadía de acercarse a esta materia desde una perspectiva pluridisciplinar.

Nos encontramos ante una obra colectiva en la que cada autor desarrolla el contenido que le resulta más cercano a su especialidad, desde una perspectiva global, teniendo en cuenta la dimensión educativa. En este sentido, el primer capítulo hace alusión al *aprendizaje de las personas adultas* insertas en la sociedad del conocimiento. Profundiza en las claves del aprender, así como en las políticas, estrategias, funciones y competencias del educador de personas adultas. El capítulo segundo se dedica a la *intervención y desarrollo integral de personas adultas y mayores*. Incide de modo especial en el hecho de la jubilación como momento de cambio substancial a un nivel efectivo y simbólico en aquellas personas que pasan a esta nueva etapa. El tercer capítulo se destina íntegramente a la *calidad de vida en personas mayores*. Analiza el constructo teórico calidad de vida y se revisan aquellos indicadores y variables que los investigadores han considerado más relevantes respecto a la temática tratada. El capítulo cuarto, *envejecimiento activo y saludable*, aborda temas vinculados a la prevención de la salud en las personas mayores. Finalmente, el último capítulo, *intervención en personas mayores*, aporta estrategias y técnicas para llevar a cabo una acción no parcializada, lo que supone un reto para los profesionales que atienden a este colectivo de mayores.

Los autores, especialistas que han colaborado en esta obra, han sabido plasmar en los temas desarrollados, la importancia de garantizar una vida de calidad a los adultos y mayores desde la acción educativa.

UNED

Editorial

ciencias sociales
y jurídicas

ISBN: 978-84-362-6600-9



0102033CT01A01