

105

gener · juny 2013

# informació psicològica

## **dossier**

---

envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional  
cambios cognitivos asociados al envejecimiento  
reserva cognitiva, plasticidad cerebral y compensación  
campo de trabajo de voluntariado

## **temes d'estudi**

---

¿hay vida más allá del cognitivismo?

## **entrevista**

---

Pura Díaz Veiga

## **crítica de llibres**

---

autoestima sana

**Equip Directiu**

**Direcció:**

Consuelo Claramunt Busó, Gabinet Municipal. Torrent

**Subdirecció:**

Enrique Cantón Chirivella, Univ. València

Pedro Rafael Gil-Monte, Univ. València

Miguel José Perelló del Río, Centre d'Aplicacions Psicològiques.  
València

**Equip Editorial:**

**Responsables de secció:**

Maria Cortell Alcocer, Clínica de Psicoanàlisis. València

Mariño Franco Calatayud, Ara Psicòlegs, València.

Irene Checa Esquivá, Rendiment Espai Salut

Consuelo Martínez Valero, Centre d'Aplicacions Psicològiques. València

**Comité Editorial:**

M. Constanza Aguilar Bustamante, Univ. de Santo Tomás, Colòmbia

Cristina Aguilar Giner. ALENA. Psicología Clínica i Salut. València.

Francisco Alcantud Marín, Univ. València

Esther Barberá Heredia, Univ. de València

M. Carmen Barrachina Segura, consulta privada. València.

Francisco Bas Ramallo, Centre de Psicologia Bertrand Russell, Madrid

Luis Benites Morales, Univ. de San Martín de Porras, Perú

Vicent Bermejo Frigola, Salut Mental Infantil. Conselleria de Sanitat

Javier Bou Piquer, Associació Sistemàtica de València

Jesús Cabezas Fernández, consulta privada. València.

Amparo Cabrera Vallet, Consulta privada. València.

Maria José Cantero López, Univ. València

José Cantón Duarte, Univ. Granada

Maite Cortés Tomás, Univ. de València

Maria Victoria del Barrio Gandara, UNED

Edelmira Doménech Llaberia, Univ. Autònoma Barcelona

Begoña Espejo Tort, Univ. València

M. Dolores Ferrando Moncholi, consulta privada. València

Enrique Garcés de los Fayos Ruiz, Univ. Murcia

Francisco Gotzens Busquets, Ajuntament de València

Francisco Hidalgo Mena, Generalitat Valenciana

Elvira Asunción Jaime Coll. MAR. Psicologia Clínica i Jurídica, València

Anette Kreuz - Smolinski, Centre de Teràpia Familiar Fàsica. València

Ángel Latorre Latorre, Univ. València

Eva León Zarceño, Univ. Miguel Hernández de Elche

Wilson López López, Pontificia Univ. Javeriana Bogotà i ABA Colòmbia

Tomás Josep Llopis Giménez, Univ. de València

Fernando Lluch Gutiérrez, Ajuntament de Cullera

Maribel Martínez Benlloch, Univ. València

Ángel Martínez Moreno, PAINA Consultoria València

Carmen Mateu Marques, Univ. València

Manuel Medina Tornero, Univ. de Murcia

Francisco Xavier Méndez Carrillo, Univ. Murcia

Maria Vicenta Mestre Escrivá, Univ. València

Luis Valentín Montoro González, Univ. València

Gonzalo Musitu Ochoa, Univ. València

Maria del Mar Navarro Diaz, Gabinet Municipal Torrent

José Olivares Rodríguez, Univ. de Murcia

Godoleva Rosa Ortiz Viveros, Institut d'Investigacions Psicològiques,  
Univ. Veracruzana, Mèxic

José María Peiró Silla, Univ. València

Jordi Pérez Montiel. Psicòlego. Mediador

Gema Pons Salvador, Univ. de València

Adriana Rey Anastasi, Institut de Medicina Legal, València

Jesús Rodríguez Marín, Univ. Miguel Hernández, Elche

Joan Rovira i Prats, Ajuntament d'Alzira

Juan Sevilla Gascó, Centre de Teràpia de Conducta València

M. Ángeles Tomás Bolos, Gabinet de Psicologia Clínica i Educativa. València

Maria Victoria Trianes Torres, Univ. Málaga

Javier Urrea Portillo, President de la Comissió Deontològica de Madrid

Rosario Valdés Caraveo, Universidad ELPAC, Chihuahua, Mèxic

Miguel Ángel Verdugo Alonso, Univ. Salamanca

**I.S.S.N.** 0214-347 X - D.L. V-841-1983.

**I.S.S.N.** 1989-9076

Està inclosa en les següents bases de dades:  
**CINDOC, PSICODOC, LATINDEX,  
DIALNET I REDALYC**

**editorial** \_\_\_\_\_ **3**

**dossier** \_\_\_\_\_ **4**

- Introducción. Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional  
Coordinat per Sacramento Pinazo Herandis..... 4
- Estrés y cambios cognitivos asociados al envejecimiento  
Hidalgo, V., Villada, C, Pulpulos, M. M., Almela, M., Salvador A..... 14
- Reserva cognitiva, compensación y potencial de aprendizaje: relación entre medidas  
Juan Carlos Meléndez, Alicia Sales Galán y  
Teresa Mayordomo Rodríguez..... 29
- La Terapia de Aceptación y Compromiso como herramienta para optimizar las intervenciones potenciadoras del envejecimiento activo  
María Márquez-González, Virginia Fernández-Fernández,  
Rosa Romero-Moreno y Andrés Losada..... 42
- Ayuda psicológica a cuidadores en diferentes escenarios  
Andrés Losada, Celia Nogales-González, Javier López,  
María Márquez-González y Estefanía Jiménez-González..... 60
- Campo de trabajo de voluntariado: Alacant, trobada intergeneracional  
María Clara Aguado Barahona..... 78
- Reflexionando sobre la vejez a través del cine.  
Una aproximación incompleta  
Sacramento Pinazo Herandis..... 91

**temes d'estudi** \_\_\_\_\_ **110**

- ¿Hay vida más allá del cognitivismo?. Encontrando respuestas en la psicología social"  
Javier Pons Diez..... 110

**entrevista** \_\_\_\_\_ **130**

- Pura Díaz Veiga  
per Sacramento Pinazo Herandis ..... 130

**crítica de llibres** \_\_\_\_\_ **133**

- Autoestima Sana. Una visión actual basada en la investigación  
per Consuelo Martínez Valero..... 133

## editorial \_\_\_\_\_ 3

## dossier \_\_\_\_\_ 4

- Introduction. Active aging and intergenerational solidarity.  
Coordinated by Sacramento Pinazo Hernandis.....4
- Stress and cognitive changes associated with the aging.  
Hidalgo, V., Villada, C., Pulpulos, M. M., Almela, M. and Salvador, A. .. 14
- Cognitive reserve, compensation and learning potential:  
relationship between measures.  
Juan Carlos Meléndez Moral, Alicia Sales Galán and  
Teresa Mayordomo Rodríguez.....29
- Acceptance and Commitment Therapy as a tool for the  
optimization of a Active Aging Interventions.  
María Márquez-González, Virginia Fernández-Fernández,  
Rosa Romero-Moreno and Andrés Losada..... 42
- Psychological help for caregivers in different settings.  
Andrés Losada, Celia Nogales-González, Javier López,  
María Márquez-González and Estefanía Jiménez-González.....60
- Volunteer work camp : “Alacant, trobada intergeneracional” .  
María Clara Aguado Barahona.....78
- Thinking about the oldness across the cinema.  
An incomplete approximation.  
Sacramento Pinazo Hernandis.....91

## topics of study \_\_\_\_\_ 110

- Is there life beyond cognitivism? Finding answers in social  
psychology.  
Javier Pons Díez ..... 110

## interview \_\_\_\_\_ 130

- Pura Díaz Veiga  
by Sacramento Pinazo Hernandis..... 130

## review of books \_\_\_\_\_ 133

- Autoesteem recovers. A current vision based on the  
investigation. Elia Roca.  
by Consuelo Martínez Valero..... 133

### Consell Editor:

Francisco J. Santolaya Ochando (degà)  
Vicenta Esteve Biot (vicedegana 1ª)  
Concepción Sánchez Beltrán (vicedegana 2ª)  
Mar Lluç Quevedo (vicedegana 3ª)  
Óscar Cortijo Peris (secretari)  
Paloma Botella Marco (vicesecretaria)  
Miguel A. Torricos Sanchis (tresorer)  
Vocals:  
Amparo Malea Fernández, Rosario Morales Moreno,  
Andrea Ollero Muñoz, Manuel R. Peretó i Soriano,  
Pilar del Pueblo López i Juan Luis Quevedo Rodríguez.

### Secretària de redacció:

Lidia Tena i Espada

### Disseny:

Susana Aguilar Giner

**Tirada:** 6.500 exemplars

### Impressió i maquetació:

Gráficas Antolin Martínez, s.l.  
C/ Barón de Herves, 8 • 46003 Valencia  
Tel. - Fax 96 391 89 84 • www.grafamar.com

### Col·legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana

Carrer Comte d'Olocau, 1. 46003 València  
www.informaciopsicologica.info  
revistaip@cop-cv.es  
tf: 96 392 25 95 • fax: 96 315 52 30

## Nº 105. Profundizando en el Envejecimiento Activo

Tal como recordarán nuestros lectores, con el Dossier del número anterior *Informació Psicològica* quiso aportar su “granito de arena” a las iniciativas desarrolladas a lo largo del 2012 con motivo de la celebración del Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional.

Las limitaciones de espacio no permitieron dar cabida a la totalidad de los artículos, motivo por el cual se decidió dar una continuidad a ese monográfico, presentando una segunda parte que complementara la línea iniciada. Para ello, hemos contado de nuevo con la activa colaboración de la profesora Dra. Sacramento Pinazo, a quien agradecemos una vez más su dedicación e interés.

En esta ocasión, se presenta una serie de trabajos que abordan desde diferentes puntos de vista el envejecimiento. La propia Dra. Pinazo introduce esta cuestión recogiendo datos de investigaciones recientes acerca de la percepción de la vejez y de los estereotipos/prejuicios negativos asociados a esta etapa vital, así como su influencia en las personas mayores y en la sociedad en general.

Tras la introducción, le siguen un conjunto de trabajos realmente destacables. El Proyecto Mneমে, llevado a cabo por el Laboratorio de Neurociencia Social Cognitiva de la Universidad de Valencia, plantea el estudio del estrés como factor determinante en las diferencias individuales asociadas al envejecimiento. Meléndez, Salas y Mayordomo exponen tres conceptos relevantes: la reserva cognitiva, la plasticidad cerebral y la compensación como formas adaptativas de frenar el deterioro. Los resultados de su estudio muestran la existencia de diferencias significativas entre los sujetos con alta y baja reserva cognitiva.

El equipo encabezado por María Márquez plantea que la intervención psicológica para promover el envejecimiento activo puede ser complementada por la Terapia de Aceptación y Compromiso, describiendo una propuesta concreta de intervención, dirigida a personas que cuidan de familiares mayores con demencia. Siguiendo con el tema, Andrés Losada y colaboradores muestran un análisis de intervenciones específicas en escenarios distintos que pueden servir de ayuda a los cuidadores.

Clara Aguado presenta el programa de intervención que tiene por objetivo favorecer la convivencia intergeneracional y posibilitar el intercambio de experiencias entre personas mayores y jóvenes.

Como cierre, queremos resaltar la original contribución de la Dra. Pinazo, la cual aporta una amplia selección y análisis de películas, con el objeto de profundizar en el conocimiento de las personas mayores y en otras cuestiones relevantes, como el envejecimiento positivo y la solidaridad intergeneracional.

Nuestra Sección Entrevista está dedicada a Pura Díaz Veiga, la cual como coordinadora del Proyecto EtxeanOndo Residencias, nos relata las características de esta experiencia piloto basada en la implantación del Modelo de Atención Centrado en la Persona.

Confiamos en seguir contando con vuestro interés y con la misma buena acogida que en la primera entrega de esta serie monográfica.

Por último, el equipo directivo continúa trabajando en la transición al formato digital y en la incorporación de las herramientas necesarias para la gestión electrónica de la revista. Diversas circunstancias, del todo ajenas a nuestra voluntad, determinan que los avances sigan un ritmo más lento del deseable, con lo es probable que sigamos todavía en papel durante este año. Los coleccionistas nostálgicos podrán añadir un ejemplar más en la estantería; los ecologistas fruncirán el ceño. Una de cal y una de arena.

*Chelo Claramunt*  
Directora

## Introducción al Dossier • Envejecimiento activo

# Envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional

Sacramento Pinazo Hernandis

Profesora de Psicología Social. Universidad de Valencia  
Directora del Máster en Atención Sociosanitaria a la Dependencia

“Soy una persona de edad y me siento orgulloso de serlo”

Koffi Anan

### resumen/abstract:

Las representaciones sociales son un concepto clave en la Psicología Social, que ha desarrollado mucho interés, sobre todo en su relación con los prejuicios y conductas discriminatorias. En este artículo pretendemos reflexionar sobre los estereotipos acerca de la vejez y el envejecimiento. Se han realizado diferentes investigaciones en este campo y los resultados muestran el edadismo como una descripción de las personas mayores basada en características negativas vinculados con prácticas discriminatorias. Es necesario aumentar los esfuerzos de los psicólogos y otros profesionales de las ciencias sociales que trabajan en gerontología al cuidado de personas mayores y también de los investigadores para afrontar las consecuencias del edadismo en las personas mayores y en la sociedad en general. Debe incrementarse la formación de especialistas y los contenidos sobre la vejez y el envejecimiento en el curriculum y en los planes de estudio de los grados en las universidades.

*Social representation is a key concept in social psychology who has developed a lot of interest, and also their relations with prejudice and discrimination. In this article we would think about older people's and elderly's stereotypes. Some research has been done in this field and results showed ageism as a description of older people built in negative factors linked with discriminatory practices. Improving efforts by psychologists an other professionals of social sciences working in gerontology and caring for old people, and researchers to cope with consequences of this ageism in old people and for society as a whole, is necessary. Training for specialists and more contents about ageing and old age in the curriculum development and syllabus at Universities should improve.*

### palabras clave/keywords:

Personas mayores, envejecimiento, estereotipos, edadismo, discriminación.

*Older people, elderly, stereotypes, ageism, discrimination.*

#### Agradecimientos

Y llegado el momento final, me permito unos cuantos agradecimientos pues son muchas las personas que han hecho posible que estos dos números viesan la luz. El agradecimiento, gratitud o apreciación es un sentimiento, emoción o actitud de reconocimiento de un beneficio que se ha recibido y por ello agradezco al COP-CV por haberme confiado la tarea de coordinar estos dos números en un tema de tanta importancia en el momento actual: el envejecimiento humano. Agradezco a los autores por haber cumplido los plazos previstos y haber nutrido estos dos números especiales de textos de gran calidad y valiosos contenidos. Agradezco también a los revisores por su inestimable ayuda al leer los textos y redactar críticas constructivas que han ayudado a los autores a mejorar aún más cada artículo, especialmente a Pura, Javier, MAngeles, Rosa, Paco y Virtudes.

## 1. Envejecimiento. Vejez. Edad.

Todos -a excepción de Benjamin Button<sup>1</sup>- comenzamos a envejecer desde el mismo instante en que nacemos. Algunas células más rápido que otras, según sus funciones. ¿Qué es la edad? ¿Importa la edad que cada uno tiene o la que uno siente? “*He vivido de un modo singular la sobreimpresión de las edades. Fui viejo a la edad de diez años, sin dejar de ser niño, y en muchos puntos he seguido siendo no sólo infantil sino incluso pueril. La muerte de mi madre determinó, al mismo tiempo, un irremediable envejecimiento y una perdurable infantilización*” nos cuenta Edgar Morin en su autobiografía (Morin, 1995: 54).

Esta introducción pretende subrayar algunos de los resultados de dos investigaciones recientes que hablan del envejecimiento y de la vejez, la una llevada a cabo en la Unión Europea y la otra en Estados Unidos.

*Envejecimiento activo y solidaridad entre generaciones* es el nombre que se le dio al año 2012 y también es el título que lleva el *Eurobarómetro especial 378* de la Comisión Europea, de enero de 2012 dedicado íntegramente a esta temática. Se trata de un informe de resultados sobre 31.280 entrevistas cara a cara realizadas a personas de 15 años o más, en los 27 países miembros de la UE y cinco países no miembros de la UE (esto es, Croacia, Islandia, Noruega, Turquía y Macedonia). Del documento podemos destacar algunos datos que –pen-

<sup>1</sup> El curioso caso de Benjamin Button (dir. D. Fincher, 2008) película en la que el protagonista, Benjamin Button es un bebé que nace con la apariencia de un octogenario y conforme avanza la película su reloj biológico va marchando hacia atrás, hasta que al final del film, muere como bebé. Basado en un relato fantástico del escritor norteamericano F. Scott Fitzgerald (1896-1940) (The curious case of Benjamin Button).

samos-, llamarán la atención del lector y ayudarán a entender mejor el porqué dedicar dos números monográficos de la revista *Infomació Psicològica* al *envejecimiento activo y la intergeneracionalidad*.

Al comienzo del cuestionario se pregunta a los participantes sobre cuándo se considera que alguien es “mayor”. Como media, los entrevistados dijeron que los 64 años era el momento de convertirse en “mayor”. La mayor parte de la población entrevistada se considera a sí misma “joven” o de “mediana edad”, pocos sienten que son “mayores”. Esto es así incluso cuando se pregunta a los mayores de 65 años. Según los participantes de la UE-27 la media de edad en la cual uno alcanza la vejez es 63.9 años, aunque hay grandes variaciones entre países y en los diferentes grupos de edad. Así, 64.5 años es la edad para ser mayor según los participantes de la UE-15 frente a 61.4 años para los de países no miembros de la UE, que ya han sido listados en un párrafo anterior. También hay diferencias entre países que van desde los 70.4 años para los Países Bajos y los 57.7 años de Eslovaquia. Para los españoles, la edad para ser mayor se sitúa en los 65.5 años. Si analizamos este dato por grupos de edad, se comienza a ser viejo/mayor a los 59.1 (según los participantes de 15 a 24 años) o a los 67.1 años (según los participantes de más de 55 años).

Y por contraste, ¿a qué edad se deja de ser joven? Como media, a los 41.8 años, sin diferencias entre los diferentes grupos de países. Con respecto a los grupos de edad, para los más jóvenes (de 15 a 24) se deja de ser joven a los 35.1. Esta cifra va aumentando conforme crece la edad de los entrevistados. Así, para los de 25-39 años se deja de ser joven a los 39.5; para los de

40-54 años, se deja de ser joven a los 42 años; y para los de 50 años o más, se deja de ser joven a los 46.3 años.

Nuestra percepción acerca de la vejez está influida por una narrativa edadista acerca de lo que cada uno de nosotros espera (y teme) que sucederá cuando envejezca. Para Rebeca Levy muchas personas comienzan a desarrollar estereotipos sobre las personas mayores durante la infancia, los refuerzan durante la adultez y llegan a la vejez con actitudes negativas hacia su propio grupo de edad, con el cual no se identifican y en el cual no quieren ser identificados. La investigación en el campo de los estereotipos sobre la vejez incluye la percepción de diferentes grupos: en jóvenes, se percibe a la vejez como un período caracterizado por mala salud, inseguridad económica, soledad y decadencia en las capacidades físicas y mentales (Graham y Baker, 1989).

Las investigaciones de Levy sugieren, además, que sostener actitudes edadistas es malo para la salud: las autopercepciones y autoimágenes relacionadas con la vejez se vinculan con una peor salud. En cambio, autopercepciones positivas sobre el envejecimiento pueden mejorar la memoria, el procesamiento de información y la cognición, el estado de ánimo, el funcionamiento general y, además, aumentar la longevidad (Levy y Banaji, 2002). Como muestran los trabajos de Levy, el poder del pensamiento positivo es muy grande.

Otro estudio nos muestra interesantes datos extraídos de un grupo representativo de la población general: se trata del *Informe Pew* que fue llevado a cabo en Estados Unidos durante 2009. Se entrevistó a 2.969 personas, todos ellos mayores de 18 años. Los entrevistados de 18 a 29 años creen que uno llega a ser mayor/viejo cuando cumple 60 años. Para los de mediana edad (30 a

64 años) este momento llega a los 70 años; para los de más de 65 años, uno llega a ser mayor a partir de los 74 años. Esto nos confirma que “nunca es demasiado tarde para sentirse joven”...como dicen los Rolling Stones que pese a sus 50 años juntos y sumando todos juntos casi 280 años, aseguran ser la banda de rock más joven del mundo.

La mitad de los entrevistados del grupo más joven dijo que sentían tener la misma edad que tenían...pero esto no ocurrió en el 60% de los de más de 65 años, quienes declararon sentirse con una edad inferior a la cronológica. El filósofo José Luis López Aranguren ya decía algo similar: “*Me sé viejo pero no me siento viejo*”.<sup>2</sup>

Además, el salto en años entre la edad real y la edad en la que uno se siente mayor crece conforme aumenta la edad de los respondientes. Cerca del 50% de los mayores de 50 años –siguiendo el *Informe Pew*– dicen sentirse con 10 años menos de los que tienen. Entre aquellos de 65 a 74 años, una tercera parte dicen sentirse entre 10 y 19 años menores de lo que su documento de identidad marca. Incluso uno de cada seis dicen sentirse 20 años menores de su edad real. Ante la pregunta: “¿Eres una persona mayor?”. Todos responden con un rotundo “No”. Sólo un 21% entre los de 65 a 74 años se autodefinen como “personas mayores”; y un 35% lo hacen de entre aquellos de 75 años o más.

Recientemente, autores como Stephan, Chalabaev, Kotter-Grühn y Jaconelli

<sup>2</sup>Sólo un año antes de su muerte, a los 87 años dijo “No solo me sé viejo sino que me siento viejo” aunque añadió: “He perdido no pocas de mis facultades pero afortunadamente para mí, no lo he perdido todo todavía. No he perdido mi deseo de comunicarme con la gente. No he perdido tampoco mi pasión por la libertad. Y desde luego no he perdido mi afán de luchar en defensa de los derechos humanos” (ABC, 12.8.1995).

(2013) y Kleinspehn-Ammerlahn, Kotter-Grühn y Smith (2008), hablan de los muchos beneficios que tiene esta autopercepción positiva o edad subjetiva, esto es, el seguir sintiéndose joven. Para los citados autores, la edad subjetiva es el mayor predictor de un mejor funcionamiento físico, incluyendo menores tasas de riesgo de mortalidad, mejor salud y calidad de vida.

Volviendo al estudio del *Eurobarómetro 378* y centrándonos de nuevo en lo que opinan los europeos, la mayor parte de los entrevistados (64%) piensa que a las personas de 55 años o más se les percibe de un modo positivo, aunque una minoría –aunque significativa (28%)- cree que los mayores de 55 años son percibidos negativamente (esta cifra aumenta hasta 42% en los participantes de los cinco países no miembros de la UE). Muchos ciudadanos creen que las personas mayores de 55 años o más juegan un rol importante en aspectos clave de la sociedad (sus familias, la política, la comunidad y la economía; y de estos cuatro, en especial sus familias, -citado por el 82% de los participantes-).

Y es muy importante cómo se define cada uno porque las personas utilizamos indicadores distintivos como la edad, el género, el color de la piel, la vestimenta, etc., con el fin de otorgar una estructura a la complejidad del medio ambiente social sobre la base de criterios de similitud y diferencia (Bruner, 1957). Cuando conocemos nuevas personas automáticamente las clasificamos, las ponemos en categorías de género, raza y edad. Ya en 1954 Gordon Allport asumía que las categorías no son entidades eminentemente descriptivas, sino profundamente evaluativas, esto es, conllevan carga afectiva, emocional. La sociedad se estratifica por edades, con expectativas y roles

determinados por tradiciones y funciones sociales marcadas en cada momento histórico, que definen las creencias y las expectativas de comportamiento. Estas creencias generalizadas acerca de rasgos que se suponen son típicos o característicos de determinados grupos sociales están basadas habitualmente en informaciones ambiguas e incompletas, son los estereotipos. Los estereotipos son creencias consensuales sobre los atributos (características de personalidad, conductas o valores) de un grupo social y sus miembros. En las personas mayores, el estereotipo tiene por lo general una connotación negativa, tanto dentro de la sociedad en general, como dentro del mismo grupo de personas mayores (Wade, 2001). Los estereotipos negativos sobre la vejez no son un tema reciente; hace más de cinco décadas ya se identificaba como un hallazgo consistente y estable (Graham y Baker, 1989). Como decíamos antes, para la psicología cognitiva (Hamilton y Sherman, 1994, por ejemplo), las personas continuamente estereotipamos a los otros y a partir de ahí les asignamos valores, expectativas, e incluso características físicas y esperamos de ellos determinados comportamientos y no otros. Esta categorización nos ayuda; es una suerte de “atajo cognitivo” que nos permite organizar la información que percibimos de los otros, y por consiguiente, nos ayuda a comportarnos.

Como ya estamos viendo, dentro de las representaciones sociales uno de los conceptos que mayor interés ha despertado en la Psicología Social es el de los estereotipos sociales así como sus relaciones con los prejuicios y la discriminación (Moñivas, 1998). Entre las diferentes definiciones de estereotipo resaltamos aquí las de los clásicos de la psicología social en este tema de las actitudes, Allport (1987): “estereo-

*tipo es una creencia exagerada que está asociada a una categoría*"; y Tajfel y Turner (1989): "estereotipo es un consenso de opinión acerca de los rasgos atribuidos al grupo". En los estereotipos siempre se identifica un consenso social en relación a conjunto de rasgos asociados a un grupo o categoría social (Miller, 1982; Echebarría y González, 1996).

El prejuicio ha sido históricamente definido como *las actitudes hacia una persona debido a su pertenencia a determinada categoría social*. Una de las definiciones de prejuicio más influyentes en la actualidad es la propuesta por Brown (1998), quien se refiere al prejuicio como *la tendencia a poseer actitudes sociales o creencias cognitivas derogatorias, expresar afecto negativo o presentar conductas discriminatorias u hostiles hacia miembros de un grupo debido a su pertenencia a ese grupo en particular*.

El problema, pues, es que un estereotipo asociado a la edad, vinculado al prejuicio correspondiente, puede llevar a la discriminación asociada a la edad. A esto se le ha denominado *edadismo*. Siguiendo a Losada (2004): "el *edadismo (ageism)*, hace referencia al mantenimiento de estereotipos o actitudes prejuiciosas hacia una persona únicamente por el hecho de ser mayor". El edadismo ha sido señalado como la tercera gran forma de discriminación de nuestra sociedad, tras el racismo y el sexismo (Butler, 1980). Mientras que los prejuicios de raza (racismo) y de género (sexismo, machismo) han recibido mucha atención por parte de los profesionales de la psicología y las ciencias sociales, los investigadores han dedicado poca atención al prejuicio basado en la edad (edadismo).

Este tipo de actitudes edadistas están presentes en la sociedad occidental actual

(Palmore, 2001), probablemente incluso en mayor medida que el sexismo y el racismo, aunque son mucho más difíciles de detectar (Levy y Manaji, 2002), y pueden ser mantenidas incluso en mayor medida por las propias personas mayores. Pero lo que es inusual -y esto diferencia al edadismo del racismo o el sexismo- es que no es fácil que cambiemos de raza o de sexo pero sí lo es que la mayor parte de nosotros lleguemos a ser viejos... a no ser que la muerte llegue antes. Todos estamos envejeciendo, como dijo Nelson (2005), el edadismo es un prejuicio hacia nuestro futuro (y temido) self. El edadismo se puede manifestar de muy diversas formas, desde la utilización de chistes (el típico chiste que señala la actividad sexual de un viejo, etiquetándole inmediatamente como *viejo verde*), al uso de un habla infantilizadora o un trato diferente y negativo (o demasiado positivo, con una expresión falsa de cariño o pensando que sólo por tener más de 80 años... será *una viejecita adorable*). El edadismo y el estigma asociado a la vejez inciden en el estado de ánimo de las personas de más edad, animando a un rechazo a la vejez o a todo lo que "suene a viejo", dado que nadie quiere ser etiquetado como "de tercera, pasado, anticuado, *démodé, old-fashioned*" (Dobbs, Eckert, Rubinstein, Keimig, Clark, Frankowski y Zimmerman, 2008). Cuando a una persona se le califica como *senil, pobre, demenciada, deteriorada, frágil, discapacitada, enferma, sucia, sola y dependiente de otros* sólo por haber cumplido muchos años, estamos cayendo en los estereotipos. No es cierto que cuando uno llega a viejo es como si fuese un niño otra vez (y por tanto deba ser tratado como tal), por más que algo así escribiese William Shakespeare en su conocido monólogo de la obra *Como gustéis, Las edades del hom-*

bre<sup>3</sup>. Además de que la población general puede tener estereotipos negativos hacia la vejez y el envejecimiento, también las personas mayores pueden llegar a interiorizarlos de tan presentes que están en nuestras sociedades. Según McGuire, Klein y Chen (2008) el edadismo hace creer a las personas que cualquier deterioro en su estado de salud es normal que ocurra como algo asociado al proceso de envejecer (“*Hombre, a tu edad ¿qué quieres...?*”); y esto lleva a que muchos de ellos se conviertan en miembros pasivos de la sociedad. *A contrario sensu*, si las personas supiesen qué cambios son normales que sucedan con la edad, esto permitiría una mayor capacidad de afrontamiento a los cambios y una mejor adaptación gradual a los mismos. A su vez, las personas podrían ser más activas en la prevención de problemas de salud al asumir la necesidad de implicarse en estilos de vida más saludables e incluso al ver la vejez como una etapa de crecimiento,

<sup>3</sup> “... *Todo el mundo es un teatro, y todos los hombres y mujeres meramente actores. Tienen sus salidas y sus entradas, y un solo hombre en su tiempo hace muchos papeles, y sus actos son siete edades. Al principio, el niño, berreando y vomitando en brazos de la nodriza. Después el quejumbroso escolar, con la mochila y el brillante rostro matutino, arrastrándose como un caracol de mala gana hacia la escuela. Y después el amante, suspirando como un horno, con una dolorosa balada hecha a las cejas de su amada. Después un soldado, lleno de extraños juramentos, y barbado como el leopardo, celoso en el honor, brusco e impetuoso en la reyerta, busca la burbuja de la fama en la boca misma del cañón. Y después el magistrado, con su linda barriga redonda de buenos capones rellena, con ojos severos y barba bien recortada, lleno de sabios refranes y ejemplos presentes, y así hace su papel. La sexta edad cambia al blando pantalón con pantuflas, con gafas en la nariz y la faltriquera al lado, con los calzones de su juventud bien guardados, anchos como el mundo para sus encogidas zancas, y su gran voz viril volviendo de nuevo hacia el tiple pueril, con gaitas y pitos en su sonido. Última escena de todas, que termina esta extraña y movida historia, Es la segunda infancia y el mero olvido, sin dientes, sin ojos, sin gusto, sin nada...*” (Shakespeare, 1599, Como gustéis).

desarrollo y con un gran potencial. Según los estudios de Dittman (2003) las personas mayores con actitudes positivas hacia la vejez viven 7.5 años más que aquellos con actitudes negativas. Recientemente, el meta-análisis realizado por Meisner (2012) muestra que el estereotipo negativo hacia la vejez tiene gran relación con sus comportamientos, mucho más que el estereotipo positivo.

La discriminación hace referencia a las instituciones, normas y prácticas sociales responsables de que se perpetúe y legitime la exclusión o vulnerabilización de ciertos miembros de la sociedad en virtud de su pertenencia a una determinada categoría social. La discriminación (que es algo comportamental, conductual) se refiere al tratamiento diferencial (y por lo general, injusto) del que es objeto una persona en sus interacciones cotidianas por el simple hecho de pertenecer a la categoría social a la que pertenece. Desde la perspectiva del actor, se trata entonces de todas aquellas conductas que tienden a limitar o negar la igualdad en el trato a ciertos individuos o grupos sociales (Allport, 1987).

La discriminación a las personas mayores se da en diversas áreas: en la educación, en el sistema de salud, en el ocio y en el trabajo. En la literatura se ha descrito el estereotipo negativo en el personal médico asociado con la calidad de la atención (Levy y Banaji, 2002). En un estudio realizado en México por Franco, Villarreal, Vargas, Martínez y Galicia (2010) se obtuvo una prevalencia global de 60% de estereotipos negativos, lo cual -según los autores- puede tener implicaciones graves considerando que la transición demográfica y epidemiológica implica mayor demanda de servicios sociosanitarios.

La *discriminación en el trabajo* es el tipo de discriminación más frecuente. En el Eurobarómetro de 2012 antecitado, uno de cada cinco entrevistados había experimentado discriminación o había sido testigo de ella. Más participantes de los países no miembros de la UE frente a los de la UE-15 habían sido discriminados (15% frente a 12%) o habían sido testigos de discriminación en otros (32% frente a 25%).

En el ya citado informe europeo –*Eurobarómetro 378*–, tres de cada diez ciudadanos de la UE cree que las personas mayores de 55 años son percibidas negativamente por la sociedad (como media un 28%) y un 9% piensa que son percibidas de un modo neutro. Las percepciones son más positivas entre los participantes de los países de la UE-15 que en el resto (66% frente a 24%). Los datos de España muestran un 39% de percepción negativa.

Pero ahondando más en esto, la investigación muestra que los sesgos edadistas favorecen una descripción de las personas mayores basada fundamentalmente en rasgos negativos que puede fomentar la realización de prácticas profesionales discriminatorias (Montoro, 1998; Perdue y Gurtman, 1990; Grant 1996). Por esta razón, es necesario aumentar el esfuerzo por parte de los profesionales de la psicología y las ciencias sociales que trabajan en servicios y programas de atención a las personas mayores y de los investigadores, para afrontar las consecuencias que el mantenimiento de este tipo de actitudes plantea a las personas mayores en particular (Molina, 2000), y a la sociedad en conjunto (De Mendonça, Levav, Jacobsson y Rutz, 2003). Y es necesario mejorar la formación de los profesionales de atención directa a población mayor. Pero no sólo la formación sino pro-

picar un cambio en el trato a las personas de edad. La importancia de identificar el estereotipo no se limita a la función cognitiva, se extiende a la *función ego-defensiva*, de defensa de la identidad, empleada para mantener y defender la posición de individuos y grupos en la sociedad, una posición dominante sobre otros. Algunas asociaciones, como por ejemplo la *Asociación Americana de Psicología*, incluyeron en 2003 –como parte de su política de actuación– la importancia de intervenir sobre las actitudes edadistas de sus profesionales (APA, 2003). Tras una investigación sobre los psicólogos/as que estaban trabajando con personas mayores la APA se dio cuenta de que menos del 30% habían realizado estudios específicos de gerontología y menos del 20% había realizado prácticas formativas supervisadas previas a comenzar su trabajo en esta área. A partir de ese documento se establecieron en Estados Unidos líneas de actuación entre las que se encuentran la sensibilización social, la formación/capacitación de los especialistas y la incorporación de más contenidos sobre la vejez y el envejecimiento humano en los planes de estudio de los grados.

Un último aspecto a destacar son las respuestas dadas a la pregunta: “*Para cada una de las siguientes cualidades que las personas pueden tener en el ámbito laboral, cuáles corresponderían a las personas mayores y cuales a las personas jóvenes?*”. La experiencia es la cualidad más destacada para las personas mayores –mucho más o algo más– (87%) y la segunda es la confianza (67%). Entre las cualidades más destacadas en las personas jóvenes –mucho más o algo más–: Estar al día en las Nuevas Tecnologías (57%), apertura a nuevas ideas (42%) y creatividad (25%). No hay

diferencias en productividad, habilidad para trabajar bien con otros y habilidad para establecer relación con personas de diferentes niveles culturales (según opinan el 41%, 40% y 39%, respectivamente). Quizás estos datos podríamos leerlos desde la *Teoría de la Identidad Social* de Tajfel y Turner (1979) que habla de las relaciones entre grupos, el endogrupo o grupo de pertenencia y el exogrupo, el otro grupo. No se trata por tanto de cómo se define al grupo de personas mayores sino cómo se define a este grupo cuando se le compara con otro, el de los jóvenes.

Henri Tajfel define el grupo social o categoría social a partir de dos criterios: un criterio interno (esto es, los miembros de un grupo social experimentan una identificación personal y colectiva con ese grupo, y esto se produce en tres componentes, el cognitivo –“saberse miembro del grupo”– el evaluativo –“valoración que se hace del grupo y del hecho de pertenecer a él”– y emocional –“sentimientos asociados al hecho de pertenecer a ese grupo”–) y un criterio externo (desde fuera, otras personas consideran a los individuos de un grupo miembros de él; se trata de una definición puesta desde fuera del grupo).

## 2. Unir generaciones. Vincular grupos de edad

En los últimos 10 años habitualmente realizo dos preguntas a mis estudiantes en la Universitat de València. La primera es con qué frecuencia se relacionan con personas mayores de 55 años en su vida cotidiana, a excepción de sus familiares. La respuesta siempre ha sido la misma: “*Nunca. Con nadie*”. Cuando les he preguntado por la satisfacción con la relación son sus abuelos, la respuestas siempre han sido como

éstas: “*Mi abuelo/a es (ha sido) la figura más importante en mi vida/ Él/ella me ha enseñado los valores que tengo/Tengo mucha confianza con él/ella/Siempre cuento (contaba) con él/ella como mi confidente, mi asesor/a, mi amiga/a*”.

Mi conclusión es: los jóvenes no se relacionan con las personas mayores habitualmente, pero cuando tienen la oportunidad, están muy satisfechos con ello. Estas dos ideas me llevaron a plantear la realización de proyectos intergeneracionales en las aulas universitarias hace unos cuantos años. Bajo el nombre de “*Diálogo entre Generaciones*”<sup>4</sup> desde la Universitat de València hemos llevado a cabo diversos proyectos con un mismo objetivo: poner en contacto a personas de generaciones diferentes en una tarea común. Cuando dos generaciones se relacionan, ambas ganan. La idea es lograr que las actitudes positivas desarrolladas en una situación de contacto óptimo interpersonal se generalicen más allá de la interacción dada en el aula, en un contexto que los psicólogos llamaríamos “de laboratorio”. Los efectos positivos del contacto están mediados por cambios en las representaciones cognitivas de los individuos sobre el endogrupo, el exogrupo y sus relaciones. Un modelo de cambio que parte de esta hipótesis del contacto es el *modelo de la personalización*. Se basa en el supuesto de que los efectos positivos del contacto están mediados por un proceso de *recategorización*. Así, según este modelo, una situación óptima de contacto activa cambios en la percepción de los miembros de los grupos porque en esta situación se pone de relieve la información personalizada sobre los otros independientemente de la categoría social

<sup>4</sup>Para más información ver: <http://dialogointergeneraciones.blogspot.com>

a la que pertenecen. Jóvenes y mayores se conocen más y mejor y dejan de pensar en los otros (el exogrupo) como “todos iguales y respondiendo al estereotipo”. El contacto reduce el antagonismo intergrupar ya que promueve la interacción entre individuos únicos y no entre miembros de diferentes grupos de pertenencia. Asimismo, se asume que a través del uso frecuente de información personalizada, los participantes en la interacción aprenden a actuar y reaccionar más como individuos y menos como miembros de grupo en diferentes situaciones, lo que explica la generalización de los efectos positivos del contacto. Para Pettigrew (1998), en la fase inicial, la situación de contacto debe minimizar la relevancia de las adscripciones grupales “originales” de los participantes de la interacción, proporcionando información personalizada, y posibilitando la mezcla; esto permitiría el descubrimiento de similitudes, estimulando la atracción interpersonal, el potencial de amistad y el vínculo.

Diferentes proyectos intergeneracionales muestran los beneficios del contacto entre generaciones. Siempre que esté planteado para buscar un acercamiento y un conocimiento mutuo, siempre y cuando tenga presente beneficiar a ambos grupos, unir generaciones será bueno para los participantes y para la comunidad en general.

## Referencias

- Allport GW. (1987). The historical background of social psychology. En G. Lindzey y Aronson. Nueva York. *The Handbook of Social Psychology*, 2, 34-7.
- APA (2003). *Guidelines for Psychological Practice with Older Adults* (Washington: American Psychological Association). En [http://www.apa.org/pi/aging/guidelines\\_olderadults.pdf](http://www.apa.org/pi/aging/guidelines_olderadults.pdf) (Recuperado en 1/9/2012).
- Brown, R.(1998). *Prejuicio. Su Psicología Social*. Madrid. Alianza.
- Bruner, J. (1957). On perceptual readiness. *Psychological Review*, 64, 123-152.
- Butler, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36, 8-11.
- De Mendonça Lima, C.A., Levav, I., Jacobsson, L. y Rutz, W. (2003). Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 679-682.
- Dittmann, M. (2003). *Fighting ageism*. En: <http://www.apa.org/monitor/may03/fighting.aspx> [Recuperado en 1/9/2012].
- Dobbs, D., Eckert, K., Rubinstein, B., Keimig, L., Clark, L., Frankowski, A.C. y Zimmerman, S. (2008). An ethnographic study of stigma and ageism in residential care or assisted living. *The Gerontologist*, 48 (4), 517-526.
- Echebarría, A, y González, J.L. (1996). *Psicología social del prejuicio y del racismo*. Madrid: Ramón Areces.
- European Commission (2012), Special Eurobarometer 378. *Active ageing and solidarity between generations*.
- Franco, M., Villarreal, E., Vargas, E., Martínez, L. Y Galicia, L. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Revista Médica de Chile*, 138, 988-993.
- Graham, I.D. y Baker, P.M. (1989). Status, age and gender: perception of old and young people. *Canadian Journal of Aging*, 8, 255-267.
- Grant, L.D. (1996). Effects of ageism on individual and health care providers' responses to healthy aging. *Health and Social Work*, 21 (1), 9-15.
- Hamilton, D.L. y Sherman, J.W. (1994). Stereotypes. En R.S. Wyer y T.K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol.2, pp. 1-68). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Kleinspehn-Ammerlahn, A., Kotter-Grühn, D. y Smith, J. (2008). Self-Perceptions of Aging: Do subjective age and satisfaction with aging change during old age? *The Journals of Gerontology, series B Psychol Sci Soc Sci*, 63(6), P377-P385
- Levy, B.R. y Banaji, M.R. (2002). Implicit ageism. En T. Nelson (Ed.). *Ageism: stereotypes and prejudice against older persons* (pp. 49-75). Cambridge, MIT Press.
- Losada, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. *Informes Portal Mayores*, 14. En: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf> (Recuperado en 1/9/2012)

- McGuire S.L., Klein, D.A. y Chen S. (2008). Ageism revisited: a study measuring ageism in East Tennessee. *Nursing and Health Sciences*, 10, 11-16.
- Meisner, B.A. (2012). A Meta-Analysis of Positive and Negative Age Stereotype Priming Effects on Behavior Among Older Adults. *The Journals of Gerontology, Psychol Sci Soc Sci*, 67B (1), 13-17.
- Miller A.G. (1982). *In the eye of the beholder. Contemporary issues in stereotyping*. Nueva York: Praeger.
- Molina, J.A. (2000). Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 489-501.
- Montoro, J. (1998). Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 8(1), 21-30.
- Moñivas, A. (1998). Representaciones de la vejez: modelos de disminución y de crecimiento. *Anales de Psicología*, 14: 13-25.
- Morin, E. (1995). *Mis demonios*. Barcelona: Kairós.
- Nelson, T.D. (2005). Ageism: Prejudice Against Our Feared Future Self. *Journal of Social Issues*, 61 (2), 207-221.
- Palmore, E.B. (2001). The Ageism Survey: First findings. *Gerontologist*, 41, 572-575.
- Perdue, C.W. y Gurtman, M.B. (1990). Evidence for the automaticity of ageism. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216.
- Pettigrew, T.F. (1998). Intergroup contact theory. *Annual Review of Psychology*, 49, 65-85.
- Pew Research (2009). *Growing Old in America: Expectations vs. Reality*. Washington: Pew Research Center.
- Stephan, Y., Chalabaev, A., Kotter-Grühn, D. y Jaccagnoli, A. (2013). Feeling Younger, Being Stronger": An Experimental Study of Subjective Age and Physical Functioning Among Older Adults. *The Journals of Gerontology, series B Psychol Sci Soc Sci*, 68 (1): P1-P7.
- Tajfel, H. y Turner, L.C. (1989). La Teoría de la identidad social de la conducta intergrupar. En J.F. Morales y C. Huici (Eds), *Lecturas de Psicología Social*. Madrid: UNED.
- Tajfel, H. y Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. En S. Worchel y W. G. Austin (Eds.), *The social psychology of intergroup relations*. Monterrey, CA: Brooks/Cole.
- Wade, S. (2001). Combating ageism: An imperative for contemporary health care. *Rev Clin Gerontol*, 11, 285-294.

# **Estrés y cambios cognitivos asociados al envejecimiento. PROYECTO MNEME**

Hidalgo, V., Villada, C., Pulopulos, M. M., Almela, M. y Salvador, A.

Laboratorio de Neurociencia Social Cognitiva.  
 Universitat de València, 46010, Valencia, España

## **resumen/abstract:**

El acelerado proceso de envejecimiento de la población en numerosos países tiene importantes consecuencias tanto a nivel personal y familiar como social y económico. Por ello, es necesario profundizar en el estudio de esta última etapa del ciclo vital. La investigación ha demostrado que hay diferentes formas de envejecer, y muchos son los factores (genéticos, biológicos, sociales y relacionados con el estilo de vida) que principalmente promueven un envejecimiento saludable o, por otro lado, patológico. El objetivo principal del Proyecto Mneme es estudiar el estrés como factor determinante en las diferencias individuales asociadas al envejecimiento. Para ello, en los últimos años hemos investigado los efectos que tiene la respuesta de estrés a nivel psicológico, conductual y fisiológico sobre la memoria de las personas mayores. Los resultados obtenidos hasta la fecha confirman que el sexo y otras características de la persona, el tipo y la fase de memoria evaluada y el biomarcador de estrés empleado son factores críticos para poder comprender la relación entre el estrés y los cambios cognitivos asociados al envejecimiento.

*Many countries all around the world are experiencing an accelerated aging of their population. This has important personal, social and economical implications that make it necessary to investigate the aging process in order to improve the quality of life of the elderly. There is evidence of the existence of different types of aging, that are associated with genetic and biological factors, but also with factors related to social environment and lifestyle that together can promote the development of a healthy or, conversely, pathological aging. The Mneme PROJECT has the main aim of studying stress as a major determinant of individual differences associated with aging. In the last years, we have studied the effects of stress, at a psychological, behavioural and physiological level, on cognitive function of elderly people. We have found that sex and other personal features are critical to understand the relationship between stress and cognitive changes across time. Additionally, the impact of stress on memory processes depends on the type of memory assessed and the phase of the memory process that is being tested (acquisition, consolidation or retrieval).*

## **palabras clave/keywords:**

Estrés psicosocial, memoria, envejecimiento patológico, envejecimiento saludable.

*Psychosocial stress, memory, pathological aging, healthy aging.*

### **Agradecimientos**

Además de los autores de esta revisión, otros investigadores y colaboradores han participado en las distintas fases experimentales, sin cuya ayuda difícilmente hubieran podido ser realizadas: Leander van der Meij, Ferran Suay, María Salvador, Sara Puig y Marta García. El proyecto Mneme ha sido financiado por el Ministerio de Educación y Ciencia (SEJ2004-07191/PSIC, SEJ2007-62019, PSI2010-21343, FPI/BES-2008-004224, AP2009-4713 y AP2010-1830) y la Generalitat Valenciana (ACOMP/2011/166, ACOMP/2012/240, PROMETEO2011-048).

## Introducción

Uno de los cambios demográficos más importantes que se ha producido en los países desarrollados, sin precedentes en la historia de la humanidad, es el llamado “envejecimiento poblacional”. Este concepto supone un cambio importante en la estructura demográfica de los países, que conlleva un incremento del número de personas de mayor edad y un mantenimiento o disminución de la población infantil. Una de las causas principales de este cambio poblacional es el aumento de la esperanza de vida, asociada sobre todo a la mejora en los servicios sanitarios, higiene y alimentación. Particularmente en España, este cambio demográfico ha sido muy pronunciado, y las perspectivas de futuro parecen indicar que seguirá por el mismo camino. Así, según los datos del EUROSTAT, la población mayor de 65 años en España pasará de cerca del 17% en la actualidad, al 35% aproximadamente en 2050 (European Commission, 2011).

Ahora bien, un aspecto interesante a tener en cuenta es que el hecho de que se vivan más años, no significa que todos esos años se vivan en buenas condiciones de salud y con calidad de vida. Así, un concepto importante es el de “Esperanza de vida Saludable”, definido como el número de años que una persona puede vivir sin discapacidad. Este concepto está cobrando una especial relevancia en la actualidad, debido, sobre todo, a los importantes costes sociales y económicos que suponen las enfermedades en la población de mayor edad (Robine, Saito y Jagger, 2009). Es importante tener en cuenta que, aunque la esperanza de vida en España es de 82 años, la esperanza de vida saludable a partir de los 65 años es de 8,6 para hombres y 7,2 años para las

mujeres (Instituto Nacional de Estadística, 2012).

En este contexto, cabe destacar que las enfermedades asociadas al envejecimiento están recibiendo una importante atención especialmente, las enfermedades neurodegenerativas.

Existen diferentes tipos de enfermedades neurodegenerativas asociadas al envejecimiento (Enfermedad de Alzheimer, Demencia Frontotemporal, Demencia por cuerpos de Lewy, etc.), que mantienen ciertas características clínicas en común. Una de estas es un deterioro cognitivo progresivo y, asociado a este deterioro, la pérdida de independencia y capacidad para realizar las actividades de la vida diaria (Alberca y López, 2006). Esta pérdida de independencia supone un gran cambio en el estilo de vida tanto de la persona enferma como de sus familiares.

Los estudios de prevalencia indican que el porcentaje de personas diagnosticadas de algún tipo de demencia es del 4,3% a nivel mundial. En el caso de España, se trataría de un 5,2% para mayores de 65 años, y al hablar de población mayor de 85 años, el porcentaje alcanzaría el 22% en hombres y el 30% en mujeres (Antón-Jiménez, 2010). Además, las previsiones de futuro no son muy alentadoras e indican que se producirá un incremento importante del número de personas con demencias en todo el mundo. El hecho de que aproximadamente un tercio de la población española tendrá más de 65 años en 2050, hace prever que cerca de un millón de personas podrían ser diagnosticadas de algún tipo de demencia (Ferri, Prince, Brayne, Brodaty, Fratiglioni, Ganguli et al., 2005).

Sin embargo, no todo lo que rodea el proceso de envejecimiento es negativo, y gran parte de la población consigue llegar a edades avanzadas sin problemas importantes de salud, lo que se ha denominado “Envejecimiento Saludable”. Es importante tener en cuenta que, el proceso de envejecimiento en sí implica ciertos cambios neurobiológicos importantes, que suponen una disminución del número de neuronas y de conexiones sinápticas en ciertas estructuras cerebrales (Duque-Parra, 2003). Sin embargo, estos cambios neurológicos no siempre presentan una relación directa con los cambios psicológicos o cognitivos. En este sentido, se ha observado que, en situaciones de envejecimiento saludable, se produce una leve disminución en el rendimiento de tareas de memoria episódica y función ejecutiva (Buckner, 2004; Nyberg, Löydén, Riklund, Linderberger y Bäckman, 2012), pero también un aumento en la regulación emocional (Scheibe y Carstensen, 2010). Por lo tanto, los cambios que se producen con el envejecimiento no suponen siempre pérdida de capacidades y cuando se producen cambios negativos, pueden mantenerse estables en el tiempo y no afectar al desarrollo de actividades de la vida diaria.

Diferentes factores parecen intervenir como protectores y facilitadores en el desarrollo de un envejecimiento saludable. Entre los más estudiados se encuentran: (i) el nivel educativo, asociado a un incremento en la capacidad de neurogénesis y mejora en la eficiencia y flexibilidad de las redes neuronales (Bendlin, Carlsson, Gleason, Johnson, Sodhi, Gallagher et al., 2010), (ii) el mantenimiento de una estimulación cognitiva continua, considerada como promotora de neuroplasticidad (Gates y Valenzuela, 2010), (iii) el desarrollo de actividad

física moderada y mantenida en el tiempo, asociada a una reducción de la inflamación y de la pérdida de tejido cerebral (Jedrzejewski, Lee y Trojanowski, 2007), (iv) el mantenimiento de buenas redes sociales y una alta estimulación social, que se ha visto asociada a un aumento de las conexiones sinápticas y de las espinas dendríticas (Fratiglioni, Paillard-Borg y Winblad, 2004), y, por último, (v) el mantenimiento de una buena alimentación, que reduciría las posibilidades de desarrollar problemas asociados a los altos niveles de colesterol, triglicéridos, glucosa y obesidad abdominal, y además, un alto contenido de antioxidantes en la dieta funcionaría como protector ante los efectos del estrés oxidativo (Fratiglioni, Mangialasche y Qiu, 2010).

La influencia de estos factores estaría relacionada con la variabilidad que se observa en el desarrollo de un envejecimiento satisfactorio. Así, mientras unas personas presentan patrones de prolongada estabilidad y muestran un escaso declive, existen otras que experimentan un pronunciado deterioro de algunas de sus capacidades (sin llegar a considerarse patológico). Estas diferencias son consecuencia de la inevitable interacción entre los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales (Fernández-Ballesteros, Caprara, Iñiguez y García, 2005; Fernández-Ballesteros, 2011).

La existencia de diferentes patrones de envejecimiento remarca la importancia de las investigaciones centradas en los factores que pueden estar interviniendo en el desarrollo de un envejecimiento saludable o patológico. Así, en los últimos 20 años se ha producido un incremento importante en el número de estudios centrados en los factores protectores o, por otro lado, propicia-

dores del deterioro cognitivo en personas mayores. En la actualidad, uno de los que está recibiendo una especial atención es el estrés. Uno de los aspectos más importantes del estrés es que por sí solo produce daño neurobiológico, habiéndose propuesto como una de las causas del deterioro cognitivo observado en el envejecimiento (McEwen, 2008).

Diferentes estudios transversales y longitudinales han destacado el importante papel que juega el estrés en el desarrollo de un envejecimiento patológico y, sobre todo, su asociación con el deterioro cognitivo (Lupien, McEwen, Gunnar y Heim, 2009). Sin embargo, son muchas las cuestiones que quedan por resolver y la necesidad de nuevas investigaciones se hace cada vez más patente. En este sentido, el objetivo de este trabajo es presentar un breve análisis de la relación entre el estrés y la memoria de las personas mayores, con la exposición de algunos importantes hallazgos logrados en la investigación a nivel mundial, y con la descripción de algunos aspectos metodológicos y resultados obtenidos en el Proyecto Mneme, que estamos desarrollando en nuestro grupo de investigación.

## 2. El concepto psicobiológico del estrés

Todas las personas estamos sometidas a diferentes situaciones de estrés a lo largo de nuestra vida. Ante cualquier situación que suponga una amenaza a nuestro equilibrio u *homeostasis*, se activan toda una serie de mecanismos cuyo objetivo es recuperar dicho equilibrio. Dado que el ambiente y sus demandas son cambiantes, se dice que estamos sometidos a un proceso de *alostasis* (Serrano, Moya-Albiol y Salvador, 2008), entendiendo por tal, la capacidad del orga-

nismo por mantener la homeostasis a través de los cambios (McEwen y Wingfield, 2003; 2010). Sin embargo, este esfuerzo por mantener el equilibrio tiene un coste, que se ha denominado *carga alostática*. Nuestro cerebro, que es el principal responsable a la hora de activar y coordinar los mecanismos de defensa ante el estrés, es también uno de los principales afectados por el coste acumulado provocado por las situaciones estresantes a las que enfrentamos a lo largo de nuestro ciclo vital.

El concepto de estrés fue acuñado con un significado fundamentalmente negativo. Hans Selye es el fisiólogo canadiense que introdujo este término para referirse a “la respuesta corporal no específica ante cualquier demanda que se le haga al organismo (estresores), cuando la demanda externa excede los recursos disponibles”, enlazándolo directamente con el “Síndrome General de Adaptación”, que había definido años antes (Selye, 1936). Desde entonces, el concepto de estrés ha ido “degenerando” hacia una concepción cada vez más relacionada con patologías y/o enfermedades. Sin embargo, el estrés como respuesta es un proceso natural y necesario para la supervivencia, y se da cuando nuestro organismo se ve sometido a demandas (físicas y/o psicológicas) que amenazan nuestro equilibrio. En este sentido, no sólo permite sobrevivir, sino también promueve la mejor adaptación a las necesidades establecidas por el ambiente (Salvador, 2005). Por otro lado, es muy importante tener presente que, en las sociedades desarrolladas en las que se produce un importante cambio poblacional, las principales fuentes de estrés son de naturaleza social (Salvador, 2012).

Un aspecto básico para entender y explicar la respuesta de estrés, es la existencia de

amplias diferencias individuales. La investigación, y también la experiencia cotidiana, muestran que diferentes personas ante una misma situación de estrés la perciben y la afrontan de muy distinta manera. Estas diferencias individuales a la hora de afrontar un estresor dependen de numerosos factores, que pueden estar asociados a la persona (p.e. edad, sexo, experiencia previa, etc.), al estresor (p.e. naturaleza o tipo), al entorno (p.e. físico, social) y a su interacción (Salvador, 2005). Por ejemplo, la percepción que uno mismo tenga de sus capacidades y su confianza en resolver una situación, serán determinantes en las estrategias de afrontamiento adoptadas y, por tanto, en la respuesta final, tanto a nivel psicológico como fisiológico (Eriksen, Murison, Pensgaard y Ursin, 2005). Esto es principalmente relevante ante estresores de tipo psicosocial (Salvador y Costa, 2009). Podemos destacar cuatro áreas distintas donde los efectos del estrés se manifiestan: (i) la comportamental (p.e. estrategias de afrontamiento, conductas de lucha o huida), (ii) la experiencia subjetiva (p.e. aumento de la ansiedad y de estados de ánimo negativos), (iii) la función cognitiva (p.e. efectos sobre la memoria, la atención y la percepción de la situación) y (iv) la fisiológica (respuesta fisiológica de estrés) (Levine y Ursin, 1991; Serrano et al., 2008; Steptoe y Diez Roux, 2008). Es importante atender a todas ellas para obtener una comprensión de global de la respuesta de estrés.

A nivel fisiológico, el primer sistema en activarse ante la detección de una amenaza es el Sistema Nervioso Autónomo (SNA). Esta activación conduce a un predominio del Sistema Nervioso Simpático (SNS) sobre el parasimpático, tras la liberación de catecolaminas (adrenalina y noradrenali-

na). Posteriormente, se produce la activación del eje Hipotálamo-Hipofiso-Adrenal (HHA), que conduce a la liberación de glucocorticoides (en humanos, fundamentalmente el cortisol) desde la corteza adrenal. Es la combinación entre la liberación de cortisol al torrente sanguíneo y la activación del SNS lo que permite disponer de los recursos energéticos necesarios para hacer frente a la situación. La disponibilidad de energía es favorecida por el aumento de glucosa en sangre (a través del metabolismo de hidratos de carbono y grasas) y su distribución mediante el sistema circulatorio (frecuencia cardíaca y presión arterial), en detrimento de otros procesos que no son necesarios en el momento, como son la digestión, la actividad del sistema inmune o la actividad sexual. Una vez que la amenaza ha cesado, es necesario que toda esta activación sea controlada y nuestro organismo recupere la actividad que tenía antes de enfrentarse a la situación estresante. Para ello, cuenta con un sistema de feedback negativo, que hace que los niveles de catecolaminas y de cortisol vuelvan a niveles basales (o anteriores a la situación estresante). Entre las estructuras cerebrales que más intervienen en el control de la respuesta fisiológica de estrés, destacan el núcleo paraventricular del hipotálamo, el hipocampo, el córtex prefrontal y la amígdala

### 3. Efectos del estrés sobre diferentes aspectos cognitivos

Como hemos visto, el hipocampo y la corteza prefrontal tienen un papel fundamental en la activación y el control de la respuesta de estrés y, por lo tanto, no es de extrañar que la mayor densidad de receptores de cortisol se encuentra en estas estructuras cerebrales (Patel, Lopez, Lyons, Burke,

Wallace y Schatzberg, 2000; Herman, Ostrander, Mueller y Figueiredo, 2005). Por otro lado, estas estructuras son fundamentales para el aprendizaje y la memoria, tanto la memoria declarativa como la memoria de trabajo (Scoville y Millner, 1957; Galloway, Woo y Lu, 2008). A partir de aquí, surge la cuestión de qué efectos tiene el estrés y, con ello, altos niveles de cortisol, sobre estas estructuras y sobre su función (i.e. memoria y aprendizaje).

El estrés se ha relacionado con el proceso de envejecimiento y, sobre todo, con los cambios cognitivos que se producen en esta última etapa del ciclo vital. Así, por ejemplo, la “Hipótesis de la Cascada de Glucocorticoides” (Sapolsky, Krey y McEwen, 1986), redefinida más tarde como “Hipótesis de la Neurotoxicidad” (Gilbertson Shenton, Ciszewski, Kasai, Lasko, Orr et al., 2002), explica el deterioro cognitivo asociado a la edad, por una regulación a la baja de los receptores de cortisol provocada por el exceso en la secreción de cortisol a lo largo de la vida. Esta regulación a la baja provocaría un desajuste en la actividad del eje HHA, que conduciría finalmente a una hipersecreción de cortisol. Ésta provocaría toxicidad neuronal sobre todo a nivel del hipocampo (y con ello, el deterioro de la memoria). Del mismo modo, la “Hipótesis de la Carga Alostática” propone que la superación de situaciones estresantes a lo largo de la vida tiene un coste, y la recuperación nunca es a niveles similares a antes de la situación estresante, sino que pagamos un precio, que a lo largo del tiempo conduciría también a la hipersecreción de cortisol y, a los efectos tóxicos que niveles elevados de cortisol provocan sobre las estructuras cerebrales (McEwen, 2002). Por lo tanto, según ambas teorías, habría una relación directa entre la exposición a situa-

ciones estresantes a lo largo de la vida y el deterioro cognitivo en el envejecimiento.

De hecho, la investigación en humanos ha mostrado que, con el envejecimiento, se producen cambios en la actividad del eje HHA, que se han relacionado con problemas de memoria. De nuevo aquí nos encontramos con una amplia diversidad individual, ya que se ha observado que algunas personas presentan incrementos en sus niveles de cortisol basal a través de los años, mientras otras muestran reducciones, y esto tiene unos efectos muy interesantes sobre su función cognitiva (Lupien, Lecours, Schwartz y Sharma, 1996). Así, en una serie de estudios de Lupien et al. (1994; 1996; 1998), las personas que mostraron aumento de los niveles de cortisol basal en el tiempo, junto con altos niveles de cortisol al final del estudio, también tuvieron un peor rendimiento de memoria y un 14% menos de volumen del hipocampo (Lupien et al, 1994; 1998). Además, estudios transversales han mostrado un peor rendimiento en memoria en personas mayores con mayores niveles de cortisol basal (MacLulich, Deary, Starr, Ferguson, Wardlaw y Seckl, 2005; Comijs, Gerritsen, Penninx, Bremmer, Deeg y Geerlings, 2010).

Además de estos hallazgos, se ha propuesto que las hormonas sexuales pueden moderar los efectos del cortisol sobre la memoria (McEwen, 2002; Andreano, Arjomandi y Cahill, 2008). Hemos de tener en cuenta que, en las mujeres, el incremento de edad viene asociado con importantes cambios en sus hormonas sexuales. Así, después de la menopausia, se produce un descenso dramático en la secreción de estrógenos, a los que se les atribuye un papel neuroprotector. Aunque los estudios al respecto son insuficientes, hay datos que sugieren que los

efectos del estrés sobre la memoria, son más evidentes en mujeres postmenopáusicas en comparación a hombres de edad similar (Seeman, McEwen, Singer, Albert y Rowe 1997; Wolf, Dziobek, McHugh, Sweat, de Leon, Javier et al., 2005). Además, se ha encontrado que las mujeres postmenopáusicas que habían estado tomando estrógenos presentaban menores reducciones de volumen del hipocampo que las que no los habían tomado, así como una mayor activación de la corteza prefrontal (Erickson, Colcombe, Raz, Korol, Scalf, Webb et al., 2005). Sin embargo, pese a la evidencia relativamente clara de un vínculo entre estrógenos y función cognitiva, en los ensayos clínicos no se ha demostrado de forma consistente este efecto protector (para una revisión ver Sherwin y Henry, 2008).

A modo de resumen, podemos considerar el estrés como uno de los factores a tener en cuenta para explicar las diferencias entre un envejecimiento normal o saludable y el patológico. Por tanto, con el objetivo de estudiar la relación entre la respuesta de estrés y los cambios cognitivos asociados al envejecimiento, en el laboratorio de Neurociencia Social Cognitiva hemos planteado un proyecto, que se inició en el año 2004, centrado, hasta ahora, en personas con envejecimiento normal o saludable. Sus resultados contribuirán a explicar por qué existen grandes diferencias individuales en el deterioro cognitivo durante el envejecimiento. El proyecto incluye, hasta la fecha, cuatro fases experimentales que describimos a continuación.

#### 4. Proyecto MNEME

En este apartado explicaremos brevemente los objetivos, aspectos metodológicos y

principales resultados obtenidos a lo largo de las distintas fases del proyecto.

##### 4.1 Primer estudio

En este estudio nos propusimos: (i) estudiar la respuesta ante una situación de estrés a distintos niveles (psicológico y fisiológico), para, después, (ii) investigar si esta respuesta tenía efectos sobre el rendimiento cognitivo, operativizado éste, como memoria declarativa y no declarativa. Además, estudiamos la existencia de diferencias debidas a la edad y al sexo en relación a ambos objetivos. Para ello, a partir de una muestra de 272 personas que se presentaron voluntarias para participar en el estudio, procedentes del contexto de la Universitat de València, tras aplicar una serie de criterios de exclusión muy restrictivos se llegó a una muestra final de 84 participantes. Treinta y dos personas eran adultos mayores de entre 54 y 72 años (16 hombres y 16 mujeres) y cincuenta y dos eran adultos jóvenes entre 18 y 35 años (18 hombres y 34 mujeres). Dada la importancia de las hormonas sexuales, las mujeres mayores eran todas postmenopáusicas y sin terapia hormonal sustitutiva y en el caso de las mujeres jóvenes, 17 participaron durante la fase folicular temprana de su ciclo menstrual y 17 mujeres tomaban anticonceptivos orales. Cada persona participó en dos sesiones, experimental y control, siendo asignados a cada una de forma aleatoria y contrabalanceada. La sesión experimental consistió en una situación estresante de tipo psicosocial (TSST: Trier Social Stress Test; Kirschbaum, Pirke y Hellhammer, 1993) consistente en una tarea de hablar en público y una prueba aritmética. Estas tareas, solas o combinadas, son ampliamente utilizadas como estresores estandarizados de laboratorio (Moya-Albiol y Salvador,

2001). La sesión control fue similar a la experimental, salvo que las tareas fueron sustituidas por otras de lectura y contar, eliminando así las principales características que hacen del TSST una situación estresante, la evaluación social y la incontrolabilidad (Dickerson y Kemeny, 2004).

El rendimiento cognitivo se evaluó en ambas sesiones tras la realización de las tareas, mediante una prueba de memoria no declarativa (*priming* o “facilitación”) y otra de memoria declarativa (Rey Auditory Verbal Learning Test, RAVLT). Además, a lo largo de cada sesión, se midieron indicadores fisiológicos de la respuesta de estrés (cortisol: indicador de actividad del eje HHA y alfa-amilasa: indicador de la actividad del SNS) así como psicológicos (ansiedad, estado de ánimo positivo y negativo, autoeficacia percibida, atribución de resultados y estrategias de afrontamiento, entre otros).

En cuanto al primer objetivo, se encontró una respuesta significativa de estrés, tanto en personas mayores como en los jóvenes, en los indicadores fisiológicos (aumento de cortisol y alfa-amilasa) y psicológicos (mayor ansiedad y peor estado de ánimo) (Almela, Hidalgo, Villada, van der Meij, Espín, Gómez-Amor et al., 2011b). Además, se confirmó el papel modulador del sexo/género en la respuesta endocrina al estresor, ya que los hombres respondieron con mayor secreción de cortisol al estresor que las mujeres, en ambos grupos de edad (Almela et al., 2011b). Los intentos por explicar estas diferencias han centrado su atención en el dimorfismo sexual existente tanto en estructuras cerebrales como en su funcionamiento. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en la respuesta de alfa-amilasa en función del sexo/género.

En cuanto al papel de la edad en la respuesta de estrés, encontramos que los mayores presentaron una respuesta de cortisol similar a los jóvenes, aunque tardaron más tiempo en recuperar los niveles basales. Estos resultados son consistentes con una pérdida de sensibilidad del feedback negativo del eje HHA asociado al envejecimiento, que provocaría una respuesta de cortisol más prolongada ante situaciones estresantes en personas mayores (Seeman y Robbins, 1994). En la respuesta de alfa-amilasa, si bien es cierto que ambos grupos de edad aumentaron de forma similar sus niveles en respuesta del estresor, los mayores tenían mayores niveles basales de esta enzima. Estos resultados están en línea con la hipótesis de que la edad incrementa la actividad simpato-neural basal, mientras que disminuye o no se producen cambios en la actividad simpato-adrenomedular (Seals y Dineno, 2004).

Respecto al segundo objetivo, el efecto de la respuesta de estrés sobre el rendimiento en memoria encontramos que, sólo en las mujeres mayores, una mayor secreción de cortisol en respuesta al estresor estuvo relacionada con una mayor interferencia retroactiva, es decir, aquellas mujeres en las que el cortisol aumentó más, presentaron más problemas a la hora de discriminar entre la información relevante y la información irrelevante en la prueba de memoria. Este efecto no se encontró en los jóvenes. Previamente se había descrito en relación a la memoria de trabajo que la interferencia retroactiva aumenta con el envejecimiento (Hedden y Park, 2001). Por lo tanto, según los resultados de nuestro estudio, este efecto se vería agudizado en situaciones de estrés, especialmente en las mujeres (Almela, Hidalgo, Villada, Espín, Gómez-Amor y Salvador, 2011a).

Por otro lado, sólo en los jóvenes, encontramos que a mayor respuesta de alfa-amilasa mejor rendimiento en memoria no declarativa de tipo priming (Hidalgo, Villada, Almela, Espín, Gómez-Amor y Salvador, 2012). Este efecto, que supone una facilitación de la actividad simpática sobre una prueba cognitiva de tipo priming, apoyaría la hipótesis de que el estrés agudo induce un cambio entre los sistemas de memoria. De esta manera, aquellas estrategias de aprendizaje que requieren de menos nivel de consciencia en el procesamiento y, por tanto, son menos exigentes y más rápidas, se ven favorecidas por el estrés agudo sobre aquellas estrategias de aprendizaje que requieren de un nivel mayor de consciencia y procesos más complejos (Schwabe, Oitzl, Philippson, Richter, Bohringer, Wippich et al., 2007).

Por tanto, los resultados obtenidos apuntan hacia efectos claramente diferenciados del estrés sobre la memoria dependiendo de la edad y el sexo. Además, sugieren que el tipo de memoria podría ser un factor fundamental a considerar, ya que el estrés podría tener un efecto facilitador para algunos, pero perjudicial para otros. Estos efectos diferenciados estarían relacionados con el impacto que la activación del SNS y del eje HHA tendría sobre el procesamiento cerebral.

#### 4.2 Segundo estudio

A partir de los resultados previos, nos propusimos profundizar en los efectos del estrés sobre la memoria utilizando un abanico más amplio de pruebas de memoria en la población mayor. Además, quisimos también ampliar el estudio de la actividad del eje HHA, y para ello, junto con la respuesta de estrés de tipo agudo, empleamos un in-

dicador de la actividad basal de dicho eje, como es el incremento de cortisol que se produce nada más despertar despertar (i.e. respuesta matutina de cortisol, más información en Clow, Hucklebridge, Stalder, Evans y Thorn, 2010). Por lo tanto, los objetivos planteados fueron: (i) estudiar, atendiendo al sexo/género, cómo afectaba la respuesta de estrés a otro tipo de tareas más específicas de la memoria de trabajo y de la memoria declarativa y (ii) estudiar la relación entre los niveles de cortisol y el rendimiento cognitivo pero, considerando también los niveles basales de cortisol medidos como la respuesta matutina de cortisol (Cortisol Awakening Response, CAR).

Para abordar estos objetivos, el estudio se realizó sólo en personas mayores, y la muestra fue de 90 participantes, 45 hombres y 45 mujeres postmenopáusicas, con características similares al grupo de mayores del primer estudio. En esta ocasión, los participantes también asistieron dos veces al laboratorio, una primera vez (sesión 1) por la mañana donde realizamos una evaluación neuropsicológica y una segunda vez (sesión 2) por la tarde, donde realizaron la misma tarea estresante propuesta en el primer estudio, el TSST. Para la obtención de los niveles basales de cortisol, se les pidió que durante dos días consecutivos completaran cuatro muestras de saliva inmediatamente al despertar, y 30, 45 y 60 minutos tras despertar, con el fin de obtener la respuesta de cortisol matutina.

Los principales resultados de este segundo estudio mostraron que, la magnitud de la respuesta de cortisol al estrés está relacionada con el rendimiento en los distintos tipos de memoria cuando éstos son evaluados en situaciones no estresantes, confirmando un hallazgo del estudio anterior en

que también había aparecido una relación entre la respuesta de cortisol y el rendimiento en la tarea control. Los resultados indican que dicha relación es en forma de U invertida, de manera que, una respuesta de cortisol moderada al estrés estaría relacionada con un rendimiento bajo tanto de la memoria de trabajo como de la declarativa, mientras que una respuesta muy baja, o muy alta, está relacionada con un mejor rendimiento. En este caso, el sexo/género no parece tener un efecto modulador de tal relación (Almela, Hidalgo, van der Meij, Villada y Salvador, *En Revisión*). Por otro lado, también encontramos que la respuesta matutina de cortisol estaba relacionada con el rendimiento de la memoria. Así, una mayor CAR correlacionó significativamente con un peor rendimiento de la memoria declarativa en hombres y mujeres, y con un mejor rendimiento de la memoria de trabajo pero sólo en hombres (Almela, van der Meij, Hidalgo, Villada y Salvador, 2012).

Estos resultados apoyan de nuevo la existencia de diferencias de sexo en la relación entre la actividad del eje HHA y la memoria. Por otro lado, sugieren que esta relación es bastante compleja, ya que la actividad del eje HHA parece estar relacionada con un mejor o peor rendimiento de la memoria dependiendo del tipo de tarea evaluada y, por lo tanto, de la estructura cerebral implicada, en este caso, memoria declarativa (dependiente fundamentalmente de hipocampo) y memoria de trabajo (dependiente fundamentalmente de corteza prefrontal).

#### 4.3 Tercer estudio

En base a las relaciones encontradas entre el CAR y el rendimiento en memoria y teniendo en cuenta la importancia y, la escasez de estudios longitudinales sobre la

temática planteada, nuestro siguiente objetivo fue hacer un seguimiento del rendimiento cognitivo de los participantes que habían pasado ya por nuestro laboratorio en los estudios anteriores y, profundizar más en la relación entre el cortisol basal y el rendimiento cognitivo.

Para ello, no nos limitamos sólo a medir el CAR, sino que además de la secreción matutina de cortisol, se recogieron varias muestras a intervalos de 3 horas para conseguir información acerca de la secreción de cortisol durante todo el día. En esta fase del proyecto, participaron un total de 68 personas (35 hombres y 33 mujeres postmenopáusicas) de las cuáles 17 habían participado también en el estudio 1 y 51 en el estudio 2. Actualmente nos encontramos en fase de análisis de los datos obtenidos.

#### 4.4 Cuarto estudio

En los estudios hasta aquí mencionados, se ha analizado la relación del estrés con el rendimiento en memoria, atendiendo a la influencia de la respuesta del cortisol a estresores sociales agudos sobre la memoria. De hecho, el estresor siempre ha sido aplicado previamente a la valoración del rendimiento en los tests. Sin embargo, no habíamos contemplado la valencia emocional (agradable, desagradable y neutro) y el arousal o nivel de activación que provoca el material a recordar (activante o no activante). Por ello y para ampliar el contenido de la relación estrés-memoria, en este estudio, abordamos el análisis de los efectos del cortisol sobre la memoria emocional, atendiendo concretamente a las fases de recuerdo y reconocimiento (fases de la memoria hasta ahora no estudiadas).

Para alcanzar tales objetivos, 128 participantes mayores (59 hombres y 69 mujeres

postmenopáusicas) con características similares a los sujetos de estudios anteriores, participaron en dos sesiones experimentales similares a las del estudio 2. La sesión 1 consistió en una evaluación neuropsicológica, que incluía el rendimiento en distintos tipos de memoria, atención y funciones ejecutivas. En esta sesión, se les hizo aprender de manera implícita un material de tipo emocional (imágenes). La sesión 2 tuvo lugar al día siguiente, y consistió en la realización de una tarea estresante o una tarea control. Tras la tarea se procedió a evaluar el rendimiento en recuerdo y reconocimiento de las tareas de memoria declarativa y emocional del material aprendido en la primera sesión. Como en los estudios anteriores, se incluyeron indicadores fisiológicos y psicológicos de la respuesta de estrés (cortisol, alfa-amilasa, FC, presión arterial, glucosa y CAR).

Cuando analizamos la relación de la respuesta de estrés y el rendimiento en memoria emocional se observa que, al contrario de lo que ocurre en jóvenes, el estrés perjudicó el recuerdo a largo plazo en personas mayores. Además, los efectos del estrés no estuvieron modulados por la valencia emocional del material a recordar (Pulopulos, Almela, Hidalgo, Villada, Puig-Perez y Salvador, *En prensa.*). Esta menor sensibilidad a los efectos del estrés agudo en el recuerdo a largo plazo en personas mayores podría deberse a cambios estructurales y funcionales asociados al envejecimiento. Entre ellos, una disminución del número de receptores tipo II en hipocampo y corteza prefrontal (Mizoguchi, Ikeda, Shoji, Tanaka, Maruyama y Tabira, 2009; Heffelfinger y Newcomer, 2001; Nichols, Zieba, y Bye, 2001) y a una reducción en la interconectividad entre hipocampo y amígdala

(Murty, Sambataro, Das, Tan, Callicott, Golberg et al., 2010; St Jacques, Dolcos, y Cabeza, 2009; Mather, 2006).

Además, cabe señalar que estamos analizando el papel modulador de diferentes dimensiones de personalidad como estilos de afrontamiento, ansiedad y optimismo/pesimismo en las relaciones del estrés y la memoria, estando pendiente su estudio completo.

#### 4.5 Resumen

La investigación desarrollada a través de los estudios descritos ha tenido como objetivo fundamental abordar el papel del estrés y sus indicadores en la relación entre edad y función cognitiva, particularmente en la memoria (Mneme, musa de la mitología griega). En todos estos estudios se ha atendido de forma principal y, consideramos que esencial y así debe ser, al sexo/género, quedando pendiente la consideración de otras dimensiones fundamentales cómo son las dimensiones de personalidad y estilos de afrontamiento. A partir de los resultados más destacables del proyecto Mneme podemos decir que la situación utilizada como tarea estresante es adecuada ya que consigue provocar estrés de forma aguda en el laboratorio a distintos niveles (psicológico y fisiológico), en ambos sexos (hombres y mujeres) así como en ambos grupos de edad (mayores y jóvenes), pero que esa respuesta y los niveles de partida son diferentes precisamente atendiendo a las variables básicas consideradas, edad y sexo. Por otro lado, hemos hallado que tanto la respuesta al estresor como el CAR tienen relaciones significativas con el rendimiento en memoria, aunque la dirección de los mismos depende de diversos factores que están actuando como importantes mo-

duladores, destacando principalmente, además de la edad y el sexo: el estado psicológico, el biomarcador del estrés concreto, el parámetro fisiológico, el tipo de memoria y la fase evaluada del proceso cognitivo. Es esencial atender a las diferentes variables, así como a las características de la persona, para poder llegar a comprender las complejas relaciones entre el estrés y la función cognitiva.

## 5. Discusión y conclusiones

El importante coste personal, social y económico que suponen las enfermedades asociadas al envejecimiento hace necesario el estudio de los factores de vulnerabilidad que influyen en el desarrollo de un envejecimiento patológico o saludable. Sólo si conocemos los factores de vulnerabilidad, podremos focalizar nuestro esfuerzo en intentar mejorar la calidad de vida y, por tanto, la esperanza de vida saludable de nuestros mayores. Desarrollar un tipo de envejecimiento patológico o saludable se debe, no sólo a factores genéticos y biológicos sino muy especialmente a distintos factores externos asociados a los estilos de vida. En un intento por abordar dicha problemática, a nivel mundial, se están llevando a cabo diversos estudios tanto transversales como longitudinales. En nuestro país, también existe esta necesidad, y por ello, desde nuestro laboratorio estamos llevando a cabo un proyecto en el que, fundamentalmente, estudiamos el estrés como factor importante en las diferencias individuales asociadas a la forma de envejecer. De esta manera, nuestro objetivo principal hasta ahora, ha sido estudiar los efectos que tiene el estrés sobre la función cognitiva en un sentido amplio, empleando estresores estandarizados y principalmente sobre la memoria (uno de los procesos más afecta-

dos al envejecer). Los resultados obtenidos muestran la insuficiencia de considerar la memoria como un proceso único, sin atender a los distintos tipos (emocional, declarativa, de trabajo...) y también a la necesidad de considerar diferentes tiempos en relación a la exposición al estrés. Hemos podido constatar la clara, pero compleja relación entre indicadores fisiológicos de la respuesta de estrés y el rendimiento cognitivo. Además, el papel de las hormonas sexuales ha destacado tanto en población joven como en población adulta, cobrando mayor importancia en este último grupo debido a la pérdida de estrógenos en mujeres a partir de la menopausia.

Un paso adelante en esta investigación obliga a profundizar más sobre cuáles son los factores que intervienen en la relación entre estrés y memoria, sobre todo aquéllos que favorecen un envejecimiento saludable. Indirectamente, los estudios que hemos realizado hasta ahora han incluido factores tan importantes como el nivel educativo y la estimulación cognitiva. Las personas que hemos evaluado, son personas que una vez han entrado en periodo de jubilación han continuado con formación universitaria y diversas actividades (aprender idiomas, ejercicio físico moderado, entre otras) que en conjunto favorece su salud tanto a nivel cognitivo como físico, tal y como hemos señalado anteriormente.

Otros factores que se están estudiando actualmente son los relacionados con el síndrome metabólico (índice de masa corporal, glucosa, presión arterial, etc.), estrechamente relacionado tanto con el nivel de actividad anteriormente mencionado, como con el tipo de alimentación. Algunos aspectos asociados a los estilos de vida de las personas, funcionan como factores

protectores ante los daños que puedan producir, entre otros, el estrés, y favorecen el desarrollo de un envejecimiento saludable. Por lo tanto, podrían convertirse en dianas de intervención, que mejorasen la relación entre el binomio estrés/memoria, y favoreciesen el envejecimiento saludable. Pensamos que futuras investigaciones deberían ir acompañadas de datos que comparen poblaciones con otro tipo de características a las estudiadas hasta ahora en este proyecto, claro reflejo de lo que hay que hacer para favorecer un envejecimiento óptimo.

En definitiva, la importancia de desarrollar y promover investigaciones centradas en estudiar tanto los factores propiciadores (como el estrés) y los factores de protección, es con todo esto, cada vez más clara. Sobre todo, creemos que pueden aportar datos relevantes a futuras propuestas de intervención, ya que sabiendo el papel que juegan en el proceso de envejecimiento, podremos atender a cada uno de ellos de forma más eficiente.

## Referencias

- Alberca, R., y López S. (2006). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Médica Panamericana.
- Almela, M., Hidalgo, V., van der Meij, L., Villada, C., y Salvador, A. Is cortisol reactivity to acute stress related to memory performance in non-stressful conditions in older people?. En revisión.
- Almela, M., Hidalgo, V., Villada, C., Espín, L., Gómez-Amor, J., y Salvador, A. (2011a). The impact of cortisol reactivity on memory: Sex differences in middle-aged persons. *Stress*, 14: 117-127.
- Almela, M., Hidalgo, V., Villada, C., van der Meij, L., Espín, L., Gómez-Amor, J., y Salvador, A. (2011b). Salivary alpha-amylase response to acute psychosocial stress: The impact of age. *Biological Psychology*, 87: 421-429.
- Almela, M., van der Meij, L., Hidalgo, V., Villada, C., y Salvador, A. (2012). The cortisol awakening response and memory performance in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 37: 1929-1940.
- Andreano, J. M., Arjomandi, H., y Cahill, L. (2008). Menstrual cycle modulation of the relationship between cortisol and long-term memory. *Psychoneuroendocrinology*, 33(6): 874-882.
- Antón-Jiménez, M. (2010). Situación de la asistencia a pacientes con enfermedad de Alzheimer grave. En: Goñi, M. & Martínez-Lage, P. (Eds). *Alzheimer 2010: Evolución humana y Evolución del Alzheimer*. (pp. 83-87) Madrid: Editorial Aula Médica.
- Bendlin, B. B., Carlsson, C. M., Gleason, C. E., Johnson, S. C., Sodhi, A., Gallagher, C. L., Pugliese, L., Engelman, C. D., Ries, M. L., Xu, G., Wharton, W., y Asthana, S. (2010). Midlife predictors of Alzheimer's disease. *Maturitas*, 65: 131-137.
- Buckner, R. L. (2004). Memory and executive function in aging and AD: Multiple factors that cause decline and reserve factors that compensate. *Neuron*, 44: 195-208.
- Clow, A., Hucklebridge, F., Stalder, T., Evans, P., y Thorn, L. (2010). The cortisol awakening response: more than a measure of HPA axis function. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 35(1): 97-103.
- Comijs, H. C., Gerritsen, L., Penninx, B. W., Bremmer, M. A., Deeg, D. J., y Geerlings, M. I. (2010) The association between serum cortisol and cognitive decline in older persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(1): 42-50.
- Dickerson, S. S., y Kemeny, M. E. (2004). Acute stressors and cortisol responses: A theoretical integration and synthesis of laboratory research. *Psychological Bulletin*, 130: 355-391.
- Duque-Parra, J. E. (2003). Relaciones neurobiológicas y el envejecimiento. *Revista de Neurología*, 36(6): 549-554.
- Erickson, K. I., Colcombe, S. J., Raz, N., Korol, D. L., Scalf, P., Webb, A., Cohen, N. J., McAuley, E., y Kramer, A. F. (2005). Selective sparing of brain tissue in postmenopausal women receiving hormone replacement therapy. *Neurobiology of Aging*, 26: 1205-1213.
- Eriksen, H. R., Murison, R., Pensgaard, A. M., y Ursin, H. (2005). Cognitive activation theory of stress (CATS): from fish brains to the Olympics. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10): 933-8.
- European Commission (2011). *Demography report 2010: Older, more numerous and diverse Europeans*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fernández-Ballesteros, R., (2011) Posibilidades y limitaciones de la edad. En IMSERSO. *Libro Blanco del envejecimiento activo*. Madrid: IMSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Iñiguez, J. U., y García, L. F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: Efectos del programa "Vivir con vitalidad". *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2): 92-102.

- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Meneces, P. R., Rimmer, E., y Sczufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503): 2112-2117.
- Fratiglioni, L., Mangialasche, F., y Qiu, C. (2010). Brain aging: lessons from community studies. *Nutrition Reviews*, 68(2): 119-127.
- Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S., y Winblad, B. (2004). An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology*, 3: 343-353.
- Galloway, E. M., Woo, N. H., y Lu, B. (2008). Persistent neural activity in the prefrontal cortex: A mechanism by which BDNF regulates working memory? *Progress in Brain Research*, 169: 251-266.
- Gates, N., y Valenzuela, M. (2010). Cognitive exercise and its role in cognitive function in older adults. *Current Psychiatry Reports*, 12: 20-27.
- Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S., y Pitman S. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature Neurosciences*, 5(11): 1242-1247.
- Hedden T., y Park D. (2001) Aging and interference in verbal working memory. *Psychology and Aging*, 16: 666-681.
- Heffelfinger, A. K., y Newcomer, J. W. (2001) Glucocorticoid effects on memory function over the human life span. *Development and Psychopathology*, 13: 491-513.
- Herman, J. P., Ostrander, M. M., Mueller, N. K., y Figueiredo, H. (2005). Limbic system mechanisms of stress regulation: Hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29(8): 1201-1213.
- Hidalgo, V., Villada, C., Almela, M., Espín, L., Gómez-Amor, J., y Salvador, A. (2012). Enhancing effects of acute psychosocial stress on priming of non-declarative memory in healthy young adults. *Stress*, 15(3): 329-338.
- INE (2012), Mujeres y Hombres en España, Instituto Nacional de Estadística. Disponible en <http://www.ine.es/> [Consultado 06 de Febrero de 2013]
- Jedrzejewski, M. K., Lee, V. M., y Trojanowski, J. Q. (2007). Physical activity and cognitive health. *Alzheimers Dementia*, 3: 98-108.
- Kirschbaum, C., Pirke, K. M., y Hellhammer, D. H. (1993). The 'Trier Social Stress Test' - a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 28: 76-81.
- Levine, S., y Ursin, H. (1991). What is stress? Brown, M.R., Rivier, C., Koob, G. (Eds.), *Stress. Neurobiology and Neuroendocrinology*. Marcel Decker, New York, 3-21.
- Lupien, S., Lecours, A. R., Lussier, I., Schwartz, G., Nair, N. P. V., y Meaney, M. J. (1994). Basal cortisol levels and cognitive deficits in human aging. *Journal of Neurosciences*, 14 (5): 2893-2903.
- Lupien, S., Lecours, A. R., Schwartz, G., y Sharma, S. (1996). Longitudinal study of basal cortisol levels in healthy elderly subjects: Evidence for subgroups. *Neurobiology of Aging*, 17(1): 95-105.
- Lupien, S. J., de Leon, M., de Santi, S., Convit, A., Tarshish, C., Nair, N. P. V., Thakur, M., McEwen, B. S., Hauger, R. L., y Meaney, M. J. (1998). Cortisol levels during human aging predict hippocampal atrophy and memory deficits. *Nature Neurosciences*, 1(1): 69-73.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M., y Heim, C. (2009) Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature Reviews*, 10: 434-445
- MacLulich, A. M., Deary, I. J., Starr, J. M., Ferguson, K. J., Wardlaw, J. M., y Seckl, J. R. (2005). Plasma cortisol levels, brain volumes and cognition in healthy elderly men. *Psychoneuroendocrinology*, 30(5): 505-515.
- Mather, M. (2006). Why memories may become more positive as people age. In B. Uttl & A.L. Ohta (Eds.), *Memory and emotion: Interdisciplinary perspectives* (pp. 135-157). Malden, MA: Blackwell.
- McEwen, B. S. (2002). Sex, stress and the hippocampus: Allostasis, allostatic load and the aging process. *Neurobiology of Aging*, 23(5): 921-939.
- McEwen, B. S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Under-standing the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, 583(2-3): 174-185.
- McEwen, B.S., y Wingfield, J.C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior*, 43(1): 2-15.
- McEwen, B.S. y Wingfield, J.C. (2010). What is in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. *Hormones and Behavior*, 57(2): 105-11.
- Mizoguchi, K., Ikeda, R., Shoji, H., Tanaka, Y., Maruyama, W., y Tabira, T. (2009). Aging attenuates glucocorticoid negative feedback in rat brain. *Neuroscience*, 159: 259-270.
- Moya-Albiol, L., y Salvador, A. (2001). Empleo de estresores de laboratorio en el estudio de la respuesta psicofisiológica al estrés. *Anales de Psicología*, 17(1): 68-81.
- Murty, V. P., Sambataro, F., Das, S., Tan, H., Callicott, J. H., Golberg, T. E., Meyer-Lindenberg, A., Weinberger, D. R., y Mattay, V. S. (2010) Age-related alterations in simple declarative memory and the effect of negative stimulus valence. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 21(10): 1920-1933.

- Nichols, N. R., Zieba, M., y Bye, N. (2001) Do glucocorticoids contribute to brain aging? *Brain Research Review*, 37: 273–286.
- Nyberg, L., Löydén, M., Riklund, K., Linderberger U., y Bäckman, L. (2012). Memory aging and brain maintenance. *Trends in Cognitive Science*, 16(5): 292-305.
- Patel, P. D., Lopez, J. F., Lyons, D. M., Burke, S., Wallace, M., y Schatzberg, A. F. (2000). Glucocorticoid and mineralocorticoid receptor mRNA expression in squirrel monkey brain. *Journal of Psychiatry Research*, 34(6): 383-392.
- Pulopulos, M. M., Almela, M., Hidalgo, V., Villada, C., Puig-Perez, S., y Salvador, A. Acute stress does not impair long-term memory retrieval in older people. En prensa.
- Robine, J. M., Saito, Y., y Jagger, C. (2009). The relationship between longevity and healthy life expectancy. *Quality in Ageing*, 10: 5-14.
- Salvador, A. (2005). Coping with competitive situations in humans. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(1): 195-205.
- Salvador, A. (2012). Steroid hormones and some evolutionary-relevant social interactions. *Motivation and Emotion*, 36(1): 74-83
- Salvador, A., y Costa, R. (2009). Coping with competition: Neuroendocrine responses and cognitive variables. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 33(2): 160-170.
- Sapolsky, R. M., Krey, L. C., y McEwen, B. S. 1986. The neuroendocrinology of stress and aging: The glucocorticoid cascade hypothesis. *Endocrine Reviews*, 7(3): 284-301.
- Scheibe, S., y Carstensen, L. L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65: 135-144.
- Schwabe, L., Oitzl, M. S., Philippson, C., Richter, S., Bohringer, A., Wippich, W., y Schächinger, H. (2007). Stress modulates the use of spatial versus stimulus-response *Learning&Memory*, 14(1): 109-116 .
- Scoville, W. B., y Milner, B. (1957). Loss of recent memory after bilateral hippocampal lesions. *J. Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 20: 11-21.
- Seals, D.R., Dinunno, F.A. (2004). Collateral damage: cardiovascular consequences of chronic sympathetic activation with human aging. *American Journal of Physiology: Heart and Circulatory Physiology* 287, H1895–H1905.
- Seeman, T. E., McEwen, B. S., Singer, B. H., Albert, M. S., y Rowe, J. W. (1997). Increase in urinary cortisol excretion and memory declines: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 82(8): 2458-2465.
- Seeman, T.E., y Robbins, R.J. (1994). Aging and hypothalamic-pituitary-adrenal response to challenge in humans. *Endocrine Reviews*, 15: 233–260.
- Selye, H. (1936). Syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138: 32.
- Serrano, M. A., Moya-Albiol, L., y Salvador, A. (2008). Una perspectiva psicobiológica en el estudio del estrés. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 61(4): 405-424.
- Sherwin, B.B., y Henry, J.F. (2008). Brain aging modulates the neuroprotective effects of estrogen on selective aspects of cognition in women: a critical review. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 29(1): 88-113.
- St Jacques, P. L., Dolcos, F., y Cabeza, R. (2009). Effects of aging on functional connectivity of the amygdala for subsequent memory of negative pictures: a network analysis of functional magnetic resonance imaging data. *Psychological Science*, 20: 74–84.
- Steptoe, A., y Diez Roux, A. V. (2008). Happiness, social networks, and health. *BMJ*. Dec (4): 337-2781.
- Wolf, O. T., Dziobek, I., McHugh, P., Sweat, V., de Leon, M. J., Javier, E., y Convit, A. (2005). Subjective memory complaints in aging are associated with elevated cortisol levels. *Neurobiology of Aging*, 26(10): 1357-1363.

Fecha de recepción: 26/06/2012

Fecha de aceptación: 18/02/2013

# Reserva cognitiva, compensación y potencial de aprendizaje: relación entre medidas

*Juan Carlos Meléndez Moral*

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

*Alicia Sales Galán*

Departamento de metodología de las Ciencias del comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

*Teresa Mayordomo Rodríguez*

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia

## resumen/abstract:

Frente a las pérdidas cognitivas que pueden acompañar al envejecimiento, surgen tres conceptos: la compensación, la reserva cognitiva y el potencial de aprendizaje, los cuales se presentan como formas adaptativas de frenar el deterioro. El objetivo de esta investigación es analizar las características de sus medidas, estudiar la relación entre éstas variables y comprobar la existencia de diferencias en el potencial de aprendizaje y las estrategias de compensación en función de dos grupos: alta y baja reserva cognitiva. En el estudio participaron 96 sujetos, con una media de edad de 73,23, los cuales fueron evaluados con una extensa batería de pruebas neuropsicológicas. Se confirmó la estructura del *Memory Compensation Questionnaire* (MCQ), se desarrolló una medida de reserva cognitiva y se estimó el potencial de aprendizaje de los participantes. Se obtuvieron relaciones significativas y positivas entre las medidas estudiadas, y se hallaron diferencias entre los grupos de alta y baja reserva. Se concluye que existe relación entre las variables, en base a las medidas utilizadas y que los sujetos con alta reserva cognitiva aplican estrategias alternativas y eficaces de compensación que les proporciona un mayor potencial de aprendizaje permitiendo una mayor capacidad de adaptación.

*Facing the cognitive losses that can accompany aging, three concepts emerge: compensation, cognitive reserve and learning potential which are presented as adaptive forms to halt the deterioration. The objective of this research is to analyze the characteristics of their measures, study the relationship between these variables and check for potential differences in learning and compensation strategies based on two groups: high and low cognitive reserve. The study included 96 subjects with a mean age of 73,23, which were assessed with an extensive battery of neuropsychological tests. We confirmed the structure of MCQ, developed a measure of cognitive reserve and was estimated the learning potential of the participants. We obtained significant and positive relationships between the measures studied, and differences were found between the groups with high and low reserves. We conclude that there is a relationship between the variables and that subjects with high cognitive reserve apply alternative strategies and effective of compensation that provide a greater learning potential permitting greater adaptability.*

## palabras clave/keywords:

Compensación; reserva cognitiva; potencial de aprendizaje; envejecimiento; adaptación.

*Compensation; cognitive reserve; learning potential; aging; adaptation.*

## Introducción

El envejecimiento va acompañado de diferentes pérdidas de la capacidad funcional, física y cognitiva, siendo una etapa del desarrollo marcada por importantes cambios de entre los cuales destacan los relacionados con el funcionamiento cognitivo. De forma paralela a esta situación de deterioro, y desde la perspectiva de las teorías del ciclo vital según la cual en el envejecimiento puede existir desarrollo, el sujeto tiene la capacidad de poner en marcha toda una serie de procesos de optimización que tratan de aminorar las consecuencias de las pérdidas, pudiéndose producir una demora en la aparición de déficits y consiguiendo que dicha función se mantenga a partir de recursos personales que facilitan la adaptación al entorno.

En relación a las pérdidas cognitivas, tres conceptos presentan cada vez mayor relevancia en la investigación en envejecimiento, dado que parecen ofrecer respuesta a estas necesidades adaptativas que pretenden frenar el posible deterioro: la compensación, la reserva cognitiva y el potencial de aprendizaje.

Basándose en la característica de plasticidad cerebral que mantiene el sistema nervioso, y pese a los cambios cerebrales que conlleva el aumento de edad, el cerebro puede reorganizarse y así permitir, tanto mantener las funciones cognitivas de la persona a través de la reserva cognitiva y la compensación, como el desarrollo de nuevas habilidades a través del potencial de aprendizaje. De este modo, el presente trabajo pretende analizar si existe algún tipo de relación entre estas variables partiendo de medidas adecuadas para su evaluación dada su repercusión en el ámbito clínico para la diferenciación de sujetos sanos y

con deterioro cognitivo leve. Hasta ahora, los resultados del análisis de estas variables han sido desarrollados desde una perspectiva de carácter neurológico, pero pocos estudios han analizado estos tres términos desde el plano psicológico, y a través de aspectos cognitivo-conductuales.

Tal y como señalan Dixon y Frias (2004), el concepto de compensación plantea uno de los posibles mecanismos que pueden explicar la adaptación cognitiva desarrollada por los sujetos para mantener su eficacia, convirtiéndose en un intento de maximizar el rendimiento frente al deterioro cognitivo a partir de la aplicación de estrategias implícitas o explícitas. Esta forma de adaptación cognitiva, diferencia entre una perspectiva de carácter neurológico que plantea un modelo de compensación cerebral, y una perspectiva psicológica en la que la compensación es evaluada a partir de estrategias de tipo comportamental y cognitivo.

Las estrategias implícitas, hacen referencia a la modificación de estructuras cerebrales o redes que se ponen en marcha frente al daño cerebral; mientras que las explícitas, son entendidas como un proceso de reorganización en el que el deterioro es compensado por medio de la adquisición o la puesta en marcha de estrategias alternativas de carácter conductual y cognitivo (Díaz-Orueta, Buiza y Yanguas, 2009). Por lo que respecta a las explícitas, los trabajos desarrollados por Frías, Dixon y Bäckman (2003), señalan que cuando hacemos referencia expresa a la memoria, compensar implica el uso de estrategias o mecanismos que ayudan a superar o mitigar la disminución del funcionamiento de ésta, integrando los principales componentes que se pueden identificar para la reducción de los déficits y su compensación en cuatro tipos de ac-

tuaciones compensatorias: la remediación (investigar más tiempo en algo para compensar), la sustitución (desarrollar o poner en marcha herramientas latentes que compensen), la acomodación (ajuste de metas y criterio de forma más consonantes con las capacidades) y la asimilación (modificar las demandas o requisitos exigidos por el entorno). A partir de éstas, Dixon, Frias y Bäckman (2001) desarrollan un instrumento para su análisis, el *Memory Compensation Questionnaire* (MCQ), cuya estructura factorial ha sido confirmada en diversas poblaciones (Frias y Dixon, 2005; Meléndez, Mayordomo, Sales, Cantero y Víguer, 2013; Van der Elst, Hoogenhout, Dixon, De Groot y Jolles, 2011).

Por otra parte, y a partir de estudios cerebrales postmortem, se ha podido observar que, sujetos que estructuralmente deberían haber desarrollado una demencia, no manifestaron sus síntomas cognitivo-conductuales, surgiendo la denominada hipótesis de la reserva cognitiva (Stern, 2002). Para Stern (2009), el concepto de reserva, implica la capacidad de demorar el posible deterioro cognitivo manteniéndose clínicamente poco afectado a pesar de que los datos de neuroimagen o neuropatológicos muestren un proceso avanzado de la enfermedad (Rami et al., 2011). De este modo, el sujeto es capaz de soportar mayor cantidad de neuropatología antes de llegar al umbral donde la sintomatología clínica comienza a manifestarse (Stern, 2002, 2003; Manly, Schupf, Tang, Weissm y Stern, 2007).

Partiendo de esta hipótesis, se han desarrollado dos vías paralelas de investigación, una definida como reserva pasiva, y que depende de características constitucionales del individuo tales como volumen del cerebro, número de neuronas o densidad si-

náptica (reserva cerebral, Katzman, 1993; reserva neuronal, Mortimer, Schuman y French, 1981); y otra definida como activa, en la que la conducta actual y previa del sujeto son determinantes en la capacidad de adaptación, y que queda operacionalizada mediante una medida que permite la diferenciación de sujetos con alta y baja reserva. Este concepto de reserva cognitiva (RC) fundamentado en variables personales del sujeto, proporciona resultados en relación a las variables que podrían estar en la base del efecto protector y que facilitan el uso de la red cerebral de manera más eficiente. Educación y ocupación, nivel de inteligencia premórbida, o actividades de ocio, físicas, mentales y sociales, han sido algunas de las variables más empleadas para la operacionalización de la medida de RC, siendo el análisis factorial exploratorio el procedimiento más empleado para la obtención de una medida combinada a través de éstas variables (León, García y Roldán-Tapia, 2011; Meléndez, Mayordomo y Sales, en prensa; Rami et al., 2011; Solé-Padullés et al., 2009; Stern, 2009; Stern et al., 2005; Valenzuela y Sachdev, 2006).

Por último, el término potencial de aprendizaje hace referencia a la diferencia entre el rendimiento o capacidad inicial de un sujeto y la ejecución o nivel de desempeño tras una fase de entrenamiento o tras la obtención de ayudas (Baltes y Willis, 1982). Según autores como Baltes (1987), este término cercano a conceptos como el de plasticidad, es entendido como la capacidad o potencial global de aprendizaje que la persona puede alcanzar, siendo según Lövdén, Bäckman, Lindenberger, Schaefer y Schmiedek (2010), un tipo respuesta adaptativa que se realiza cuando las demandas exceden los recursos de los sujetos.

Para valorar el potencial de aprendizaje, autores como Baltes (1987), Baltes, Dittman-Kohli y Dixon (1984) o Kliegl, Smith y Baltes (1989), ponen en marcha el procedimiento *testing-the-limits* o evaluación potencial de aprendizaje, en el cual se toma una primera medida definida como línea base de ejecución (pretest), a continuación se aplica un entrenamiento y finalmente se toma una nueva medida de rendimiento (postest), siendo la diferencia entre el pretest y el postest definida como una puntuación de ganancia que indicaría el potencial de aprendizaje o nivel de plasticidad cognitiva en el desarrollo de la tarea.

De este modo se propone, en primer lugar analizar las características de las medidas utilizadas en este trabajo, para ello se estudiará el MCQ mediante análisis factorial confirmatorio, se desarrollara una medida de RC a partir del análisis factorial exploratorio y se estimara una puntuación de ganancia o potencial de aprendizaje basada en el procedimiento *testing-the-limits*. Posteriormente y como segundo objetivo, se pretende estudiar la existencia de relaciones entre el tipo de estrategias de compensación empleadas, el nivel de reserva cognitiva y el potencial de aprendizaje estimado. Finalmente y a partir de la diferenciación de dos grupos (alta y baja RC), se pretende estudiar si existen diferencias en la puntuación de ganancia o potencial de aprendizaje y en las dimensiones de compensación del MCQ.

## Método

### Participantes

El diseño de investigación fue correlacional y de encuesta. La muestra, obtenida de forma incidental y una vez aplicados los crite-

rios de inclusión/exclusión, está compuesta por un total de 96 sujetos, todos ellos con edad superior a 60 años de un Centro de atención a mayores de la ciudad de Valencia. La edad media del total de participantes fue de 73,23 (DT=6,98) de los cuales el 72,9% eran mujeres. En relación al estado civil un 53,1% eran casados, un 7,3% de solteros y un 39,6% de viudos; la media de años de estudio fue de 9,14 (DT=5,11); en relación al trabajo desempeñado en la vida activa un 66,7% era manual no cualificado, un 15,6% manual cualificado, un 11,5% no manual cualificado, un 5,2% profesionales con titulación y un 1% directivos con o sin titulación. Finalmente la autovaloración de su salud fue de 7,07 (DT=2,11) sobre 10.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los participantes fueran mayores de 60 años y no existiera deterioro de sus actividades de la vida diaria ni sintomatología depresiva. En relación a los criterios de exclusión, fueron desestimados aquellos sujetos que presentaran historial de enfermedad neurológica grave, trastorno psiquiátrico o enfermedad sistémica grave, historia de abuso de sustancias o uso crónico de medicación psicoactiva o hipnótica, así como la existencia de deterioro cognitivo a partir de la aplicación de los criterios diagnósticos especificados por Petersen (2004).

La obtención de los datos fue de carácter individual, cada sesión tuvo una duración aproximada de 60 minutos y fueron dirigidas por dos psicólogas. Las sesiones comenzaban con una pequeña introducción donde se explicaba el objetivo de la investigación y se obtenía el consentimiento informado; posteriormente los participantes contestaban el protocolo de pruebas.

## Instrumentos

Todos los sujetos realizaron una breve entrevista estructurada donde se recogieron algunos datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nivel educativo, tipo de profesión y actividades cognitivamente estimulantes que realiza y otros datos clínicos de interés. A continuación, los sujetos se sometieron a la siguiente evaluación neuropsicológica: Mini Examen Cognoscitivo (MEC; Lobo, Saz y Marcos, 2002), diseñado para estimar cuantitativamente la existencia y severidad del deterioro cognitivo, no proporcionando diagnóstico de ninguna entidad nosológica específica; escala de depresión geriátrica de Yesavage (GDS, Yesavage et al., 1983) para valorar el estado emocional del sujeto, evaluando el nivel de depresión del anciano; las subpruebas de evocación categorial y fluencia verbal de la prueba Test Barcelona revisado (Peña-Casanova, 2005) que evalúan la capacidad de acceder y evocar elementos del almacén léxico y semántico; el test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC) (Benedet y Alexandre, 1998), basado en el aprendizaje de una lista de dieciséis palabras que se repite a lo largo de cinco ensayos consecutivos, del cual se obtiene la puntuación de recuerdo libre inmediato total y de la repetición de la lista de palabras y la puntuación diferida; la prueba de dígitos directos e inversos de la *Wechsler Memory Scale III* (Wechsler, 2004) para evaluar el aprendizaje, la memoria episódica y la memoria de trabajo; el Test de copia y reproducción de memoria de figuras geométricas complejas (Figura compleja de Rey) (Rey, 1999), prueba en que primero se copia y después se reproduce de memoria una figura geométrica compleja, así en la forma de copia se puede analizar la actividad

perceptiva (gnosias), y en la de memoria el recuerdo episódico en la modalidad visual; y la subprueba de vocabulario de la Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos-III (WAIS-III; Wechsler, 2001) para analizar el nivel de inteligencia premórbida.

Finalmente se aplicó el *Memory Compensation Questionnaire* (Dixon, Frias y Bäckman, 2001) en su adaptación a población española con adultos mayores (Meléndez et al., 2013). El cuestionario MCQ se compone de 33 ítems agrupados en siete escalas. De éstas, cinco representan formas principales de conductas compensatorias relevantes en el día a día y dos son denominadas complementarias; todas ellas presentan ítems inversos y el formato de respuesta es de tipo Likert (1 a 5). Las cinco escalas principales, así como su definición y un ejemplo de ítem se señalan a continuación: externo, hace referencia a todo lo concerniente a apoyos como notas, calendarios, etc. (“Cuando va de compras al supermercado, ¿lleva una lista anotada con lo que tiene que comprar?”); interna, hace referencia al uso de estrategias nemotécnicas para la promoción de las funciones memorísticas (“¿Se repite usted los números de teléfono para recordarlos mejor?”); tiempo, analiza en qué medida las personas investigan más tiempo para la ejecución de ciertas tareas (“Cuando lee algo que le interesa, y quiere recordar, ¿lo lee más lentamente?”); esfuerzo, implica el desarrollo de esfuerzos de cara a la ejecución de las tareas de memoria, de manera que el sujeto se concentre más y se esfuerce más duramente (“¿Se tiene que esforzar en recordar cuándo tiene reuniones importantes?”); confianza, hace referencia a en qué medida los sujetos cuentan con otras personas como apoyo para preguntar o hacer que les recuer-

den elementos concretos (“Cuando tiene que recordar una cita o algo importante que tiene que hacer, ¿le pide a alguien (por ejemplo su mujer o marido o a algún amigo) que se lo recuerde?”). Las dos escalas complementarias y su definición son: éxito, la cual refleja en qué medida los sujetos están comprometidos con la obtención de alto nivel de consecución en tareas relacionadas con las funciones de memoria, lo cual puede reflejar motivación hacia la compensación de las pérdidas producidas por la edad (“Cuando quiere recordar una conversación, ¿es importante para usted recordarla perfectamente?”); y cambio, la cual refleja la percepción de cambios en el uso de las anteriores estrategias de compensación en los últimos 5-10 años (“¿Emplea más tiempo hoy en recordar cosas importantes, que hace 5 o 10 años?”).

### Análisis

Para el estudio de la relación entre las medidas se aplicaron correlaciones de Pearson, además para el análisis de las diferencias entre los grupos se utilizaron pruebas *t* para muestras independientes; estos análisis estadísticos se realizaron mediante SPSS 19. También se emplearon modelos de ecuaciones estructurales, en concreto, análisis factorial confirmatorio, evaluándose los modelos mediante el programa EQS 6.1 (Bentler, 1992), con el método de estimación de máxima verosimilitud (ML) con estimadores robustos que permiten controlar el incumplimiento del supuesto de normalidad de algunas de las variables. El ajuste del análisis factorial confirmatorio se evaluó utilizando los criterios señalados por Hu y Bentler (1999) utilizándose los principales estadísticos e índices de ajuste: (a) estadístico  $\chi^2$  que permite contrastar la hipótesis nula de que todos los errores del

modelo son nulos; (b) el estadístico  $\chi^2$  relativo, que es el valor de  $\chi^2$  dividido por los grados de libertad, menos sensible al tamaño de la muestra o a la complejidad del modelo y que debería moverse entre 1 y 2 o 1 y 3; (c) comparative fit index (CFI) de más de 0,90 (e idealmente más de ,95); (d) root mean square error of approximation (RMSEA) como medida de la cuantía del error que debe oscilar entre de ,05 y ,08, siendo lo óptimo un error menor de ,05.

## Resultados

### Análisis y desarrollo de las medidas

En este apartado se plantea el análisis de las medidas utilizadas en este trabajo; se presenta el análisis factorial confirmatorio del MCQ, el desarrollo de la medida de reserva cognitiva y la estimación del potencial de aprendizaje.

Para el análisis factorial confirmatorio y siguiendo los trabajos de Frias y Dixon (2005), Van der Elst et. al. (2010) y Meléndez et. al. (2013), se optó por estimar de forma independiente dos modelos de primer orden. En primer lugar se seleccionaron los 23 ítems de las cinco principales dimensiones del MCQ poniéndose a prueba un modelo de primer orden que mostró índices de bondad de ajuste adecuados que confirman la estructura factorial del MCQ ( $\chi^2= 291,94$ ,  $p> ,05$ ;  $/gl= 1,30$ ; CFI= ,932; GFI= ,877 RMSEA= ,063 (90% CI= ,040-,081)). Posteriormente, se evaluó un modelo de primer orden con las dos dimensiones complementarias del MCQ (éxito y cambio) obteniéndose índices de ajuste adecuados ( $\chi^2= 53,80$ ,  $p> ,05$ ;  $\chi^2/gl= 1,58$ ; CFI= ,905; GFI= ,914, RMSEA= ,072 (90% CI= ,032-,110)).

A continuación, se desarrolló una medida combinada de RC siguiendo las pautas

establecidas en otros trabajos (Scarmeas, 2007; Solé-Padullés et al., 2009; Stern, 2009; Stern et al., 2005). De este modo, se incluyó el WAIS-III, subprueba vocabulario aplicándose los baremos de conversión en función de la edad, con un rango de puntuaciones entre 1 y 19. Una segunda medida, definida como educación-ocupación, fue codificada usando valores ordinales que en el caso de educación fueron: 1= no educación formal, 2= primaria, 3= secundaria, 4= universitaria; y en ocupación: 1= manual no cualificado, 2= manual cualificado, 3= no manual cualificado o técnico, 4= profesional (título universitario requerido), 5= manager o director. El valor final se obtuvo sumando los valores educativos y ocupacionales (rango 2-9). Como tercera medida se tuvieron en cuenta actividades de ocio que fueran cognitivamente estimulantes, que implicaran algún tipo de actividad física y que tuviesen en cuenta la participación social o en grupo evaluadas por los sujetos mediante una respuesta dicotómica de si la realizaban o no y estableciéndose un rango de puntuaciones entre 0 y 14. Para conocer el peso factorial de estas tres medidas, se realizó un análisis factorial exploratorio con método de componentes principales (Solé-Padullés et al., 2009; Stern et al., 2005) obteniendo una varianza explicada del 54,5%. Las saturaciones factoriales de cada variable (actividad= ,761; estudios y trabajo= ,723; WAIS vocabulario= ,731) fueron multiplicadas por la puntuación de cada sujeto en cada variable obteniéndose mediante su sumatorio una medida combinada de RC. La medida de RC obtuvo una media de 11,98 (DT = 3,68) con un rango entre 2,17 y 22,05. Para posteriores análisis, los sujetos fueron divididos en dos grupos cada uno de 48 sujetos, el grupo de alta RC obtuvo una media de 14,87 (DT = 2,47), y el de baja RC de 9,09 (DT = 2,07).

Finalmente, y para el estudio y estimación del potencial de aprendizaje se aplicó el Test de Aprendizaje Verbal España-Complutense (TAVEC) (Benedet y Alexandre, 1998), utilizándose la prueba de recuerdo libre inmediato (Lista A) que se basa en el aprendizaje de una lista de dieciséis palabras repetidas a lo largo de cinco ensayos consecutivos. Para el establecimiento de una línea base se utilizó la primera aplicación de la lista de recuerdo libre inmediato; las tres siguientes aplicaciones fueron planteadas como entrenamiento; y a partir de la última aplicación se obtuvo la puntuación final o postest. La diferencia obtenida entre la primera y última puntuación ofrece una puntuación que indica la capacidad potencial del individuo para mejorar su rendimiento cognitivo cuando se le administra un entrenamiento intermedio. Esta diferencia representa la cantidad de ganancia, la cual, es planteada por diversos autores (Calero y Navarro, 2004; Calero y Galiano, 2009) como una medida de plasticidad cognitiva.

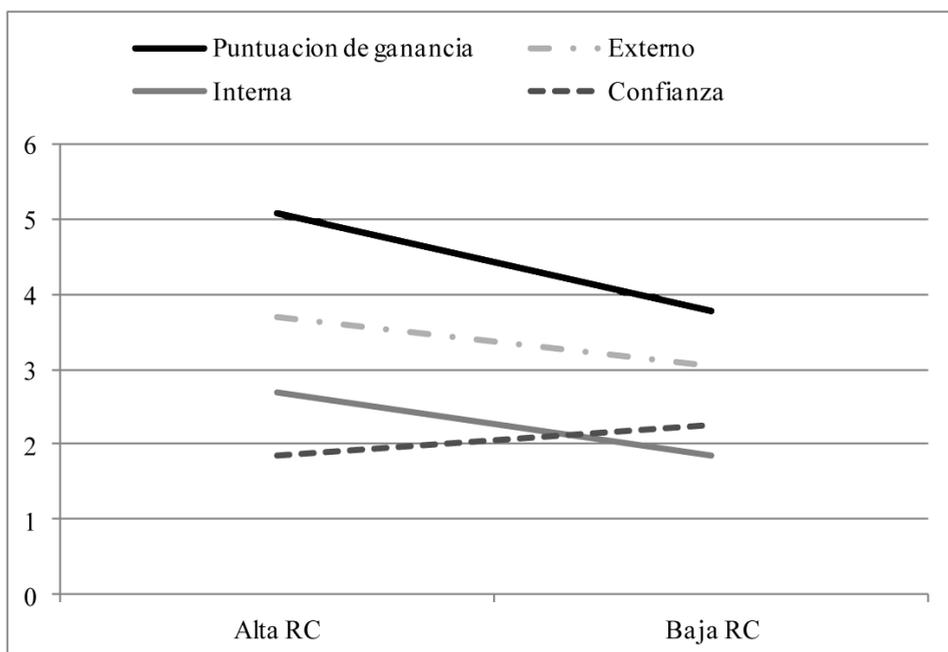
### Análisis univariados

La relación entre las variables fue evaluada mediante correlaciones de Pearson. La matriz de correlaciones confirmó la existencia de relaciones significativas al nivel ,01 entre el potencial de aprendizaje y la medida combinada de RC ( $r=,338$ ) y con las dimensiones del MCQ de externo ( $r=,277$ ), interno ( $r=,324$ ) y tiempo ( $r=,229$ ). Por lo que respecta a la medida de RC, se obtuvieron relaciones significativas y positivas al nivel ,01 con las dimensiones del MCQ de externo ( $r=,364$ ) e interno ( $r=,445$ ). Tal y como se desprende de estos resultados, las dimensiones de confianza y esfuerzo no muestran relaciones significativas en ningún caso.

Posteriormente, se estudió la existencia de diferencias entre los grupos de ARC y BRC mediante pruebas t para muestras independientes obteniéndose diferencias en el potencial de aprendizaje ( $t(94)= 2,13$ ,  $p= ,036$ ) y para las dimensiones del MCQ

de externo ( $t(83)= 2,59$ ,  $p= ,011$ ), interno ( $t(82)= 4,93$ ,  $p< ,000$ ) y confianza ( $t(83)= 1,89$ ,  $p= ,042$ ), siendo las medias del grupo de ARC, tal y como se puede observar en la Figura 1, superiores en todas las variables excepto en confianza.

**Figura 1.** Medias de los grupos de ARC y BRC en las variables significativas



## Discusión

Frente al declive cognitivo que acompaña al envejecimiento, el ser humano posee la habilidad conductual y neural de mejorar su ejecución. Tanto la compensación de funciones que se han deteriorado o son menos eficaces como el desarrollo de nuevos aprendizajes, son mecanismos intrínsecos al sujeto que puede facilitar la adaptación a los cambios y demandas del contexto.

En este trabajo, y en relación con los objetivos previstos, en primer lugar se ha confirmado la estructura de la versión adaptada y reducida al español del MCQ mediante los modelos de cinco factores y de dos factores de primer orden; si bien los índices de ajuste obtenidos son adecuados, éstos son algo inferiores a los obtenidos en muestras estadounidenses, españolas y holandesas (Frias y Dixon, 2005; Meléndez et al., 2013; Van

der Elst et al., 2010). Estos resultados refuerzan la hipótesis de la existencia de dos procesos generales de compensación medidos por el MCQ, uno de ellos con una clara orientación al compromiso de la tarea y otro centrado en las propias tareas de compensación.

Por lo que respecta al desarrollo de la medida de RC, ésta ha sido obtenida mediante variables que han mostrado ser relevantes en la RC. Concretamente Richards y Deary (2005), en su trabajo muestran como educación y ocupación mejoran la capacidad cognitiva. En cuanto a las actividades de tiempo libre y mentalmente estimulantes existe evidencia de sus beneficios, ejerciendo un efecto protector frente al deterioro y retrasando la aparición del Alzheimer (Scarmeas y Stern, 2003; Valenzuela y Sachdev, 2006). Por último, Solé-Padullés et al. (2009), muestran la relación positiva entre la inteligencia premórbida y el incremento del volumen de la materia gris. De esta forma, se ha obtenido una medida adecuada para el análisis de la reserva cognitiva en la que se han incluido diferentes criterios que hasta ahora de forma mayoritaria eran utilizados de forma independiente.

En cuanto a la estimación de la puntuación de ganancia basada en el procedimiento *testing the limit*, esta medida se ha planteado como una herramienta eficaz para valorar el potencial de aprendizaje y así estimar el posible potencial de rehabilitación en los tratamientos de estimulación cognitiva (Zamarrón, Tárraga y Fernández-Ballesteros, 2008). Además, también se ha propuesto como una medida de plasticidad cognitiva útil en el diagnóstico y detección temprana del deterioro cognitivo leve (Baltes, Kuhl, Gutzman y Sowarka, 1995; Calero y Galiano, 2009; Singer, Lindenberger y Baltes, 2003).

En relación al segundo objetivo, se pretendía conocer las relaciones existentes entre las variables estudiadas. En primer lugar, se ha señalado la relación significativa y positiva de la puntuación de ganancia con la medida de RC. Tal y como plantean Jones, Manly, Glymour, Rentz, Jefferson y Stern (2011) o Willis, Schaie y Martin (2009) la presencia de variables coincidentes se encuentra en la base de ambos conceptos, siendo por tanto ésta una posible explicación de la relación obtenida. De esta forma, determinadas variables psicológicas tales como nivel educativo, inteligencia, estilo de vida o de relaciones sociales, juegan un papel determinante en el funcionamiento cognitivo así como en la presencia de plasticidad, situando a la persona como una agente activo de su propio nivel de rendimiento cognitivo (Calero y Navarro, 2006).

Por lo que se refiere a las relaciones obtenidas con las estrategias de compensación, se han observado relaciones significativas entre la puntuación de ganancia y las dimensiones del MCQ externo, interno y tiempo, y entre la medida de RC y las dimensiones externo y tiempo. Según Dixon, Frias y Bäckman (2001) los mecanismos de compensación que más se utilizan, en función de la edad y el género, son los de sustitución (tiempo) y remediación (externas e internas). En este sentido, las correlaciones obtenidas, señalan como plasticidad y RC están relacionadas directamente con ambos tipos de mecanismos, lo cual es indicativo de que los adultos mayores son conscientes de los beneficios de invertir tiempo en la práctica (tiempo para la planificación y análisis en la ejecución de una tarea compleja), y de utilizar estrategias, bien externas o internas como base para desarrollar nuevos aprendizajes des-

tinados a la adquisición (codificación) de nueva información. Trabajos anteriores han observado que el uso de ayudas externas es una de las estrategias preferidas por las personas mayores, dado que es un mecanismo efectivo para soportar el enlentecimiento en el rendimiento de la memoria en la vida cotidiana, y que además, es generalizable a través de diversas situaciones de memoria (Cavanaugh y Poon, 1989; Dixon y Hultsch, 1983); de hecho, constituye una de las estrategias más eficaz para la rehabilitación de la memoria (Wilson, 1999). Por lo que respecta a las dimensiones de confianza y esfuerzo, éstas no mostraron relaciones significativas en ningún caso. La estrategia compensatoria menos frecuente es la confianza, que implica el apoyo en los demás (cónyuge, amigos, cuidadores, etc.) para la obtención de ayudas en la actividad cotidiana, y aunque el apoyo estratégico en los demás puede ocurrir regularmente en la vida de los adultos normales (Dixon, Gagnon y Crow, 1998), se puede ver como un mecanismo de compensación sólo en los casos en los que el deterioro ya es presente o va en aumento.

Por último, se estudió la existencia de diferencias entre los grupos de ARC y BRC. El grupo con ARC obtuvo medias superiores en la puntuación de ganancia evaluada mediante el TAVEC y en las dimensiones de externo e interno del MCQ. Por el contrario el grupo con BRC obtuvo puntuaciones superiores en las dimensiones de confianza del MCQ. Los resultados obtenidos muestran en los sujetos con ARC un uso significativamente mayor de las estrategias compensatorias de remediación, que tal y como se señalaba están asociadas con el nuevo aprendizaje. De manera que tanto el utilizar ayudas externas como el uso de técni-

cas mnemónicas en el envejecimiento normal, facilita el rendimiento de memoria así como un mayor potencial de aprendizaje.

Tal y como señala Stern (2002), los individuos con ARC pueden presentar un menor deterioro cognitivo con el tiempo debido a que aplican estrategias alternativas y eficaces para la realización de tareas cuando los métodos que empleaban anteriormente ya no son válidos. En este sentido, habría una mayor capacidad de adaptación, plasticidad y aplicación de estrategias alternativas por parte de los sujetos con ARC, ya que al haber mayor cantidad de recursos disponibles se dispone de un cierto rango de maniobra, un potencial de flexibilidad. Esta capacidad plástica se concreta en el modelo de Optimización Selectiva con Compensación (Baltes, 1997), en la que el sujeto selecciona determinadas metas o dominios de comportamiento en función de los desafíos, amenazas y demandas potenciales que se va a encontrar, y pone en funcionamiento lo más eficientemente posible sus medios y recursos para alcanzar esas metas y obtener un mejor ajuste (Lövdén, et al. 2010). Y ante la ausencia o pérdida de un medio o recurso que es relevante para la consecución del ajuste, se generan respuestas compensatorias en las que o bien se adquieren nuevos medios para sustituir a los que se han perdido o se cambian las propias metas del desarrollo como respuesta a esa carencia. Estas respuestas compensatorias, están en los sujetos con BRC fundamentadas en el uso de la confianza en otros sujetos como principal mecanismo o estrategias poner en marcha.

Finalmente, destacar la relevancia que la evaluación estas medidas tiene en población anciana, no solo por ser útil como diagnóstico para la detección temprana del deterioro cognitivo leve sino también por

ser una herramienta válida para valorar el posible potencial de rehabilitación para la puesta en marcha del tratamiento de estimulación cognitiva. Por otra parte, este trabajo tiene una serie de limitaciones; así, se hace necesario aumentar el tamaño muestra para mejorar la potencia de los resultados obtenidos y utilizar muestreos que faciliten la generalización de resultados; además, podría ser interesante ampliar el rango de edad de los sujetos, dado que los problemas de memoria aumentan significativamente con la edad. También señalar que existen diversas vías para investigaciones futuras, así, aplicar estudios longitudinales en los que se estudie la evolución de estas medidas a lo largo del tiempo podría facilitar información no solo de los posibles cambios en estas variables sino también de su influencia en la función cognitiva y su repercusión en tareas de la vida cotidiana.

## Referencias

- Baltes, P. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P.B. y Willis, S. (1982). Plasticity and enhancement of intellectual function in old age. Pennstage's adult development and enrichment project (ADEPT). En F.I.M. Craik y S.E. Treudse, (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 353-389). Nueva York: Plenum Press.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P.B., Dittman-Kohli, F. y Dixon, R. (1984). New perspectives on the development of intelligence in adulthood: toward a dual process conception and a model of selective optimization with compensation. En P.B. Baltes y O.G. Brim (Ed.), *Life-span development and behavior* (pp. 33-76). Nueva York: Academic Press.
- Baltes, M.M., Kühl, K., Gutzmann, H. y Sowarka, D. (1995). Potential of cognitive plasticity as a diagnostic instrument: A cross-validation and extension. *Psychology and Aging*, 10, 167-172.
- Benedet, M.J. y Alejandre, M.A. (1998). *Test de Aprendizaje Verbal España Complutense*. Madrid: Tea Ediciones.
- Bentler, P.M. (1992). On the fit of models to covariances and methodology to the Bulletin. *Psychological Bulletin*, 112, 400-404
- Calero, M.D. y Galiano, P. (2009). Utilidad de la evaluación de la plasticidad cognitiva en el diagnóstico diferencial del deterioro cognitivo y la pseudodemencia por depresión. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 44, 323-330
- Calero, M.D. y Navarro, E. (2006). *La plasticidad cognitiva en la vejez*. Octaedro, Barcelona
- Calero, M.D. y Navarro, E. (2004). Relationship between plasticity, mild cognitive impairment and cognitive decline. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 653-660.
- Cavanaugh, J.C. y Poon, L.W. (1989). Metamemorial predictors of memory performance in young and older adults. *Psychology and Aging*, 4, 365-368
- Díaz, U., Buiza, C. y Yanguas, J. (2009). Reserva cognitiva: Evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 45, 150-155.
- Dixon, R.A. y de Frias, C.M. (2004). The Victoria Longitudinal Study: From characterizing cognitive aging to illustrating changes in memory compensation. *Aging, Neuropsychology, & Cognition*, 11, 346-376.
- Dixon, R.A. y Hultsch, D.F. (1983). Structure and development of metamemory in adulthood. *Journal of Gerontology*, 38, 682-688.
- Dixon, R.A., de Frias, C.M. y Bäckman, L. (2001). Characteristics of self-reported memory compensation in older adults. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23, 650-661.
- Dixon, R.A., Gagnon, L.M. y Crow, C.B. (1998). Collaborative memory accuracy and distortion: Performance and beliefs. En M.J. Intons-Peterson y D.L. Best (Eds.), *Memory distortions and their prevention* (pp. 63-88). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Frias, C.M. y Dixon, R.A. (2005). Confirmatory factor structure and measurement invariance of the Memory Compensation Questionnaire. *Psychological Assessment*, 17, 168-178.
- Frias, C.M., Dixon, R.A. y Bäckman, L. (2003). Use of memory compensation strategies is related to psychosocial and health indicators. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 12-22.
- Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cut-off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6, 1-55.

- Jones, R.N., Manly, J., Glymour, M.M., Rentz, D.M., Jefferson, A.L. y Stern, Y. (2011). Conceptual and measurement challenges in research on cognitive reserve. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17, 593-601.
- Katzman, R. (1993). Education and the prevalence of dementia and Alzheimer's. *Neurology*, 43, 13-20
- Kliegl, R., Smith, J. y Baltes, P.B. (1989). Testing-the-limits and the study of adult age differences in cognitive plasticity of a mnemonic skill. *Developmental Psychology*, 25, 247-256.
- León, I., García, J. y Roldán-Tapia, L. (2011). Construcción de la escala de reserva cognitiva en población española: Estudio piloto. *Revista de Neurología*, 52, 653-660.
- Lobo, A., Saz, P. y Marcos, G. (2002). *Adaptación del Examen Cognoscitivo Mini-Metal*. Madrid: Tea Ediciones.
- Lövdén, M., Bäckman, L., Lindenberger, U., Schaefer, S. y Schmiedek, F. (2010). A theoretical framework for the study of adult cognitive plasticity. *Psychological Bulletin*, 136, 659-676.
- Manly, J. J., Schupf, N., Tang, M. X., Weissm, C.C. y Stern, Y. (2007). Literacy and cognitive decline among ethnically diverse elders. En Y. Stern (Ed.), *Cognitive reserve theory and applications* (pp. 219-236). New York: Taylor & Francis.
- Meléndez, J.C., Mayordomo, T. y Sales, A. (en prensa). Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserva cognitiva y ancianos con deterioro cognitivo. *Universitas Psychologica*.
- Meléndez, J.C., Mayordomo, T., Sales, A., Cantero, M.J. y Viger, P. (2013). How we compensate for memory loss in old age: Adapting and validating the Memory Compensation Questionnaire (MCQ) for Spanish populations. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56, 32-37.
- Mortimer, J.A., Schuman, L. y French, L. (1981). Epidemiology of dementing illness. En J.A. Mortimer y L.M. Schuman (Eds.), *The epidemiology of dementia: Monographs in epidemiology and biostatistics* (pp. 323-333). New York: Oxford University Press.
- Petersen, R.C. (2004). Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *Journal of Internal Medicine*, 256, 183-194.
- Peña-Casanova, J. (2005). *Test Barcelona revisado*. Barcelona: Masson.
- Rami, L., Valls-Pedret, C., Bartrés-Faz, D., Caprile, C., Solé-Padullés, C., Castellví, M., et al. (2011). Cuestionario de reserva cognitiva. Valores obtenidos en población anciana sana y con enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 52, 195-201.
- Rey, A. (1999). *Test de copia y reproducción de memoria de figuras geométricas complejas*. Madrid: TEA ediciones.
- Richards, M. y Deary, I.J. (2005). A life course approach to cognitive reserve: A model for cognitive aging and development? *Annals of Neurology*, 58, 617-622.
- Scarmeas, N. (2007). Life style patterns and cognitive reserve. En Y. Stern (Ed.): *Cognitive reserve: Theory and applications* (pp. 187-206). New York: Taylor & Francis.
- Scarmeas, N. y Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 625-633.
- Singer, T., Lindenberger, U. y Baltes, P. (2003). Plasticity of memory for new learning in very old age: a story of major loss? *Psychology & Aging*, 2, 306-317.
- Solé-Padullés, C., Bartrés-Faz, D., Junqué, C., Vendrell, P., Rami, L., Clemente, I., et al. (2009). Brain structure and function related to cognitive reserve variables in normal aging, mild cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, 30, 1114-1124.
- Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 448-460.
- Stern, Y. (2003). The concept of cognitive reserve. A catalyst for research. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25, 589-593.
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47, 2015-2028.
- Stern, Y., Habeck, C., Moeller, J., Scarmeas, N., Anderson, K. E., Hilton, H. J., et al. (2005). Brain networks associated with cognitive reserve in healthy young and old adults. *Cerebral Cortex*, 15, 394-402.
- Valenzuela, M. y Sachdev, P. (2006). Brain reserve and dementia: A systematic review. *Psychological Medicine*, 36, 441-454.
- Van der Elst, W., Hoogenhout, E., Dixon, R., De Groot, R. y Jolles, J. (2011). The Dutch Memory Compensation Questionnaire: Psychometric properties and regression-based norms. *Assessment*, 18, 517-529.
- Wechsler, D. (2001). *Wechsler Intelligence Scale for Adults-III (WAIS-III)*. Madrid: TEA ediciones.
- Wechsler, D. (2004). *Wechsler Memory Scale III*. Madrid: TEA ediciones.
- Willis, S.L. Schaie, K.W. y Martin, M. (2009). Cognitive plasticity. En V. Bengtson, D. Gans, N. Putney y M. Silverstein (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 295-322). Nueva York: Springer Publishing Co.
- Wilson, B.A. (1999). Memory rehabilitation in brain injured people. En D.T. Stuss, G. Winocur y I. H. Robertson (Eds.), *Cognitive neurorehabilitation* (pp. 333-346). Cambridge: Cambridge University Press.

Yessavage, J.A., Bink, T.L., Rose T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., et al. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-39.

Zamarrón, M.D., Tárraga, L. y Fernández-Ballesteros, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20, 432-437.

Fecha de recepción: 01/02/2013

Fecha de aceptación: 18/02/2013

# La Terapia de Aceptación y Compromiso como herramienta para optimizar las intervenciones potenciadoras del envejecimiento activo

María Márquez-González<sup>1</sup>, Virginia Fernández-Fernández<sup>2</sup>, Rosa Romero-Moreno<sup>2</sup> y Andrés Losada<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

<sup>2</sup>Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos.

## resumen/abstract:

En el presente trabajo se plantea una reflexión en torno a la gran consistencia y potencial complementariedad existente entre la perspectiva de la intervención clínica, especialmente la cada vez más popular terapia de aceptación y compromiso (ACT), y los modelos teóricos en los que se ha sustentado la perspectiva del envejecimiento activo (perspectiva del ciclo vital). Se propone que la terapia ACT puede contribuir a la optimización del repertorio de herramientas y estrategias para potenciar el envejecimiento con éxito. Se revisan brevemente los modelos de desarrollo a lo largo del ciclo vital, haciendo énfasis en cómo éstos se articulan en torno a los constructos "meta" y "acción" y subrayan el papel de los procesos de autorregulación y ajuste flexible de metas en la adaptación a lo largo del ciclo vital. Finalmente, se describe brevemente una propuesta concreta de intervención basada en la terapia ACT actualmente en desarrollo, dirigida a personas que cuidan de familiares mayores con demencia.

In this paper, it is proposed a reflection on the great consistency and potential complementarity between the perspective of clinical intervention, especially the progressively more popular Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and the theoretical models in which the perspective of active/successful aging is grounded (life span theories). It is suggested that ACT can help optimize the repertoire of tools and strategies available to potentiate the active aging interventions. Theoretical models are briefly reviewed, with an emphasis on analyzing how these models builds upon the constructs of "goal" and "action", and highlight the main role of self-regulation and flexible goal adjustment for adaptation across the lifespan. Finally, a specific ACT-based intervention program currently in progress and directed to dementia family caregivers is outlined.

## palabras clave/keywords:

Terapia de Aceptación y Compromiso, envejecimiento activo o con éxito, perspectiva del ciclo vital, adaptación, cuidadores,

Acceptance and Commitment Therapy, active/successful aging, lifespan, adaptation, caregivers

---

### Agradecimientos

La preparación de este artículo ha sido parcialmente financiada por el Ministerio de Ciencia e Innovación (PSI2009-08132) y por el Ministerio de Economía y Competitividad (PSI2012-31293).

## 1. Introducción

Es un hecho constatado en nuestro país que el grupo de población formado por las personas mayores de 65 años continúa aumentando y que nuestra esperanza de vida (tanto al nacer como a los 65 años) es cada vez mayor (Abellán y Ayala, 2012). Además, el perfil biopsicosocial de la población mayor está cambiando, en lo que se refiere a las competencias, necesidades, actitudes e intereses que presentan estas personas. Por otro lado, cada vez es mayor la heterogeneidad entre las personas mayores de 65 años, dada la diversidad de las trayectorias de envejecimiento. El cambio en el perfil de la población de personas mayores impone importantes desafíos a la sociedad, en general, y a la intervención psicológica, en particular. Hasta hace relativamente poco tiempo y, en gran medida, todavía en la actualidad, la escasa “cultura psicológica” de las generaciones de personas mayores ha supuesto dificultades para la comprensión y asimilación de conceptos y procedimientos de la psicología como ciencia y profesión, así como para considerar “la cuestión psicológica” (emociones, pensamientos, comportamientos) como algo importante implicado en su bienestar y la calidad de vida. Debido a esta característica, asociada a factores de cohorte de naturaleza socio-cultural e histórica, las personas mayores no han sido ni son grandes frequentadores de los servicios de ayuda psicológica. Probablemente debido a esa distancia mantenida durante mucho tiempo por las personas mayores en relación a la ayuda psicológica, así como a la presencia de potentes estereotipos relacionados con la *inevitabilidad* del sufrimiento psicológico o con la desconfianza en la posibilidad de “cambio” en las personas mayores, el desarrollo de

la disciplina de la intervención clínica con población mayor ha sido más lento y se encuentra, todavía en la actualidad, menos estructurado y formalizado que el tratamiento de problemas psicológicos en población adulta más joven. Sin embargo, es esperable que el cambio en el perfil de la población mayor conlleve importantes cambios en este sentido, siendo altamente probable que las nuevas generaciones de personas mayores acudan a la psicología en busca de ayuda para adaptarse a los problemas o circunstancias difíciles que les toque vivir, para mejorar su calidad de vida, desarrollar estilos de vida más saludables o envejecer de forma más activa o exitosa.

### 1.1. Aportaciones de la intervención clínica psicológica para optimizar el envejecimiento activo

Ante la situación del cambio de perfil de las personas mayores, cabe preguntarse si la ciencia psicológica tiene respuestas adecuadas para proporcionar ayuda psicológica eficaz a estas personas. En este sentido, existen intervenciones psicológicas empíricamente validadas para abordar problemas psicológicos concretos en las personas mayores. Concretamente, la terapia cognitivo-conductual (TCC), orientada al cambio de pensamientos y conductas para facilitar la adaptación de las personas a sus circunstancias, ha demostrado su eficacia para tratar fundamentalmente problemas de depresión, ansiedad, insomnio y dolor crónico en personas mayores (Gatz, 2007). Por otro lado, la mayoría de las personas mayores se puede beneficiar igualmente de intervenciones psicosociales centradas en la promoción de estilos de vida saludables y envejecimiento activo, así como en la prevención de la dependencia y otras situa-

ciones indeseables (Fernández-Ballesteros, Caprara, Íñiguez y García, 2004).

Centrando la atención en la perspectiva del envejecimiento activo, puede constatarse que este paradigma de actuación, cuyas bases teóricas podrían encontrarse en la teoría de la actividad y la perspectiva del ciclo vital, se ha desarrollado de forma relativamente independiente a la disciplina de la intervención psicológica clínica en la vejez. Esto es perfectamente entendible, ya que el paradigma de envejecimiento activo o con éxito es más cercano conceptualmente a la perspectiva de bienestar eudaimónico y de la psicología positiva, centrada en la promoción del bienestar integral de la persona, que es distinto y va más allá de la disminución del malestar psicológico. El envejecimiento con éxito se ha definido como una “baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento cognitivo y capacidad física funcional y compromiso activo con la vida” (Rowe y Kahn, 1997; p.433). Asumiendo esta definición, en este trabajo planteamos que la perspectiva de la intervención psicológica clínica y su consideración y abordaje de factores psicológicos disfuncionales que explican el origen y mantenimiento de conductas desadaptativas (manifiestas y encubiertas), no sólo es compatible sino que puede enriquecer en gran medida la intervención dirigida a potenciar el envejecimiento con éxito. En este sentido, consideramos que la perspectiva de la intervención clínica ofrece herramientas que permiten abordar, en la evaluación e intervención psicológica, diversas dificultades, problemas o barreras de tipo psicológico o subjetivo que presentan algunas personas mayores y que limitan claramente o interfieren en su camino hacia un enveje-

cimiento exitoso. Concretamente, patrones inflexibles de pensamiento como el pensamiento absolutista (p.ej. “cualquier tiempo pasado fue mejor...”), estereotipos sobre el envejecimiento (p.ej. “a esta edad ya no se puede esperar nada”), o rigidez en la selección e implicación en valores, metas y objetivos, suelen asociarse a dificultades para adaptarse a los cambios asociados al envejecimiento, que requieren de la persona que envejece un reajuste flexible de sus metas de cara a “seguir enganchadas en la vida” a través de acciones con significado. A menudo, esta inflexibilidad cognitiva y motivacional da lugar al desarrollo de patrones de comportamiento poco adaptativos (pasividad, evitación de situaciones o contextos, aislamiento) que interfieren y limitan la capacidad funcional de las personas y generan altos niveles de depresión, ansiedad o irritabilidad, disminuyendo la satisfacción con la vida y obstaculizando su envejecimiento activo o exitoso.

Como puede apreciarse, consideramos los constructos de “valor”, “meta” y “acción con significado” y los procesos de autorregulación relacionados con éstos como aspectos implicados de forma fundamental en el bienestar y la satisfacción con la vida en la vejez. Algunos de estos aspectos (metas y acciones) son precisamente elementos centrales de los principales modelos teóricos que han servido de base a la perspectiva del envejecimiento con éxito. Sin embargo, puesto que tales modelos han sido propuestos desde un plano teórico más básico y no tanto desde la perspectiva clínica aplicada, no es sencillo deducir de ellos pautas de intervención concretas y operativizadas para manejar tales variables (metas y acciones) en el contexto de la intervención psicológica con las personas mayores. Es por ello

que consideramos relevante reflexionar sobre cómo los modelos de intervención clínica pueden complementar a estos modelos teóricos, contribuyendo a clarificar pautas concretas de intervención terapéutica.

Específicamente, el enfoque terapéutico denominado *Terapia de Aceptación y Compromiso* (ACT, Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; 2011), de gran popularidad en los últimos años, y que hace especial hincapié en la promoción de la activación conductual comprometida con los valores personales, así como en la aceptación de eventos externos e internos inmodificables, puede aportar elementos fundamentales que hasta ahora no se habían tenido en cuenta explícitamente en los modelos teóricos existentes en la literatura gerontológica. En este sentido, esta perspectiva teórica se está perfilando como una propuesta especialmente interesante para optimizar la intervención psicológica con esta población (Márquez-González, 2010; Petkus y Wetherell, 2013), ya que encaja plenamente con la perspectiva teórica del ciclo vital en cuanto a la centralidad conferida a la motivación y acción dirigida hacia metas relacionadas con los valores personales, así como al ajuste flexible de las mismas para conseguir la adaptación a las pérdidas y cambios asociados al envejecimiento (Alonso, López, Losada y González, 2013).

## **2. Bases teóricas del envejecimiento activo: la autorregulación, el control y las metas como ejes de la adaptación a lo largo del ciclo vital**

Ya en los años 50, la *Teoría de la Actividad* de Havighurst y Allbrecht (1953) postuló que el mantenimiento de la actividad, la sustitución de roles perdidos por nuevos roles y el mantenimiento de la implicación

psicológica en la sociedad, esto es, en la *corriente de la vida*, constituyen las claves fundamentales para un envejecimiento con éxito. Concretamente, esta perspectiva planteó que el éxito en la vejez depende del rendimiento de la persona en, al menos, cuatro dimensiones: 1) el nivel de actividad en el que se implica; 2) la capacidad para desengancharse o desconectarse de determinadas actividades o metas que ya no son alcanzables; 3) la satisfacción con la vida; y 4) la madurez o integración de la personalidad. Un modelo teórico que podría considerarse como una versión actualizada y enriquecida del modelo de la actividad es el paradigma teórico elaborado por Carol Ryff y colaboradores (p.ej., Ryff y Keyes, 1995), para quienes el bienestar en la vejez es entendido más como una integración generadora de sentido y significado de la propia vida y acciones de la persona (bienestar *eudaimónico* o psicológico), que como la mera ausencia de malestar y de emociones negativas o la promoción de emociones positivas y felicidad (perspectiva hedónica-subjetiva). Este modelo de bienestar está integrado por seis dimensiones distintas que presentan trayectorias evolutivas diferentes y que son: autoaceptación, dominio sobre el entorno, propósito y significado en la vida, crecimiento personal, relaciones positivas con otras personas y autonomía.

En los años 80 y principios de los 90 se consolida la *perspectiva del ciclo vital*, metamodelo teórico que cristalizó en el modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC; Baltes y Baltes, 1990) y en el que se han fraguado formulaciones teóricas posteriores más concretas como la Teoría del Desarrollo Intencional (Brandtstädter y Greve, 1994) o la Teoría del Control a lo largo del Ciclo Vital (Hechausen y Schulz, 1995).

## 2.1. El Modelo de Optimización Selectiva con Compensación (SOC)

Desde la perspectiva del ciclo vital y, más concretamente, desde el modelo SOC (Baltes y Baltes, 1990), se considera que los elementos integradores del proceso de desarrollo humano son la biología, la cultura y la propia persona en desarrollo, quien define sus cursos de acción y elecciones a través de sus objetivos y metas. Estos elementos, junto con otros factores asociados a la edad de la persona y su historia contextual y biográfica, interactúan entre sí para moldear la adaptación de la persona a los distintos momentos del ciclo vital.

Si bien se asume que, en cualquier momento del ciclo vital, el desarrollo implica tanto pérdidas como ganancias (relación dialéctica), también se considera que el envejecimiento trae asociadas importantes restricciones en los recursos tanto biológicos como sociales y personales, lo cual supone un incremento de las pérdidas respecto de las ganancias en esta fase del desarrollo. A pesar de las progresivas mermas y restricciones en sus recursos, es posible para la persona que envejece adaptarse a sus contextos vitales con éxito, lo cual implica necesariamente que continúe implicada en acciones que le permitan cumplir sus metas *significativas*, a pesar de los cambios. De acuerdo con el modelo SOC, mientras que en la juventud y vida adulta joven predominan las metas relacionadas con el crecimiento y expansión de los recursos (desarrollar nuevas capacidades, conocer personas nuevas, etc.), en la vejez las metas se centran en el mantenimiento de los logros obtenidos a lo largo del desarrollo y en la prevención de pérdidas o el reajuste o adaptación a tales pérdidas, más frecuentes en esta etapa del ciclo vital, a través de

procesos de selección, optimización y compensación (Baltes, 2003). Los procesos de *selección* implican un reajuste de las metas personales del individuo a través de la selección de aquellas áreas de acción de máxima prioridad, como consecuencia de la anticipación o surgimiento de importantes cambios o limitaciones en los recursos personales y sociales (p.ej., una persona mayor que, ante la situación de padecimiento de una enfermedad terminal por parte de su pareja, reduce su ocio y actividad social para centrarse en el cuidado). Por su parte, los procesos de *compensación* entran en juego cuando se produce un cambio o una pérdida en los recursos de la persona o de su entorno, e implican emplear medios alternativos para llegar a una misma meta, a través de acciones ya presentes en el repertorio de la persona, nuevas estrategias que habrán de ser desarrolladas por la persona (p.ej., aprender estrategias para optimizar la memoria), o la utilización de medios tecnológicos concretos (ayudas protésicas: audífono para pérdidas auditivas, bastón para problemas de movilidad). La compensación también se ejerce cuando, ante las pérdidas o limitaciones para alcanzar metas concretas, la persona reestructura su sistema motivacional seleccionando nuevas metas. Finalmente, los procesos de *optimización* hacen referencia a la potenciación y enriquecimiento de las reservas, recursos e implicación relacionados con áreas vitales específicas; esto es, a la mejora del funcionamiento en dichas áreas concretas. Estas áreas pueden ser facetas ya desarrolladas en la vida de la persona (p.ej., invertir más tiempo y esfuerzo en las relaciones familiares) o bien ser nuevas (p.ej., descubrir o retomar aspectos relacionados con las creencias religiosas o la espiritualidad).

## 2.2. El Modelo del *Desarrollo Intencional*

Enmarcada dentro de la perspectiva del ciclo vital, la teoría del *Desarrollo Intencional* (Brandtstädter y Greve, 1994) se basa en los conceptos de *voluntad, intencionalidad y orientación a metas*. Plantea que el desarrollo adulto y la adaptación en la vejez dependen, de forma fundamental, de la *acción* de las propias personas y su capacidad para *autorregularse* ante los cambios y pérdidas que experimentan a lo largo de su vida, de modo que sigan activas e implicadas en metas significativas. A lo largo del ciclo vital, las personas se enfrentan a dos tareas adaptativas: a) *mantener* las metas personales en presencia de obstáculos importantes para su consecución, a través de actividades de tipo *asimilativo* o intentos activos por cambiar el entorno para conseguir las metas y objetivos personales; y b) *ajustar* la propia jerarquía de metas, así como los cursos de acción elegidos, ante pérdidas o restricciones irreversibles (cuando los recursos no sean suficientes o las metas sean ya inalcanzables), a través de actividades *acomodativas* o ajustes que las personas realizan en sus jerarquías de metas, en sus pensamientos o en sus estándares de autoevaluación ante la presencia de importantes obstáculos para la obtención de los resultados deseados. Ambos modos, asimilación y acomodación, si bien pueden parecer procesos antagónicos, en realidad se complementan mutuamente en numerosos sentidos y, habitualmente, se coordinan para facilitar la adaptación de las personas. Numerosos problemas en la vida (p.ej., enfermedades crónicas, pérdidas afectivas o desempleo) requieren de la activación conjunta de procesos relacionados con la persistencia asimilativa y procesos de flexibilidad acomodativa. De hecho,

frecuentemente, la puesta en marcha de un ajuste flexible de metas (flexibilidad acomodativa) favorece y garantiza el mantenimiento persistente del esfuerzo asimilativo.

Brandtstädter y Greve (1994) postulan que la acumulación de eventos irreversibles y la disminución de los recursos de resistencia y reserva del organismo asociados al envejecimiento hacen que, a medida que se envejece, vayan cobrando un mayor protagonismo los procesos acomodativos frente a los asimilativos. Las actividades acomodativas implican en gran medida la capacidad de desconectarse de metas no realistas o alcanzables y el reajuste de las aspiraciones personales. Para desengancharse de metas bloqueadas, diversos mecanismos pueden ponerse en marcha: relativizar la importancia de esa meta bloqueada, disminuir su atractivo, reevaluar positivamente el estado actual (p.ej., no estoy tan mal), etc. Para reevaluar positivamente el *status quo*, una estrategia muy útil es la consistente en cambiar (normalmente, rebajar o acercar a la realidad) los estándares de autoevaluación (p.ej., compararse con personas de su misma edad, en lugar que con otras más jóvenes) realizando, por tanto, comparaciones favorecedoras de la autoestima.

## 2.3. El ajuste flexible de metas: elemento clave del envejecimiento activo y el bienestar en la vejez

La conclusión fundamental de esta breve revisión realizada sobre los principales modelos teóricos sobre envejecimiento es la siguiente: el ser humano es un sistema orientado a metas y su implicación activa en ellas es un elemento central en su capacidad de adaptación. Esta centralidad otorgada a las metas de las personas es plenamente compartida por los modelos de personalidad más sólidamente estableci-

dos, en los cuales la persona es considerada igualmente como un sistema orientado a metas, entendiendo como tales representaciones mentales de estados deseados a los que se aspira, y se encuentra en un proceso continuo de autorregulación (balance entre el acercamiento y alejamiento de éstas). Aunque las definiciones de “meta” pueden variar de unos modelos a otros, hay consenso en torno a la idea de que el comportamiento se organiza en torno a éstas, que serían el motor que mueve la conducta humana (Pervin, 1982). Los cambios asociados al envejecimiento implican pérdidas y limitaciones que imponen desafíos importantes a las personas al obstaculizar o imposibilitar el mantenimiento de algunas de sus metas más importantes. La capacidad de las personas para autorregularse llevando a cabo un *ajuste flexible de sus metas y aspiraciones* a través de procesos de selección, optimización y compensación es el ingrediente activo de la capacidad de adaptación y un requisito para el envejecimiento con éxito. De acuerdo con Rasmussen, Wrosch, Scheier, y Carver (2006), el ajuste flexible de metas implica dos procesos fundamentales: 1) desengancharse de metas inalcanzables: la persona ha de abandonar su compromiso y sus esfuerzos de acción en estas direcciones; de este modo, evita emociones negativas (p.ej., frustración) por no alcanzar dichas metas (Brandtstädter y Renner, 1990); y 2) implicarse en nuevas metas, para lo que es necesario identificar y desarrollar compromiso y esfuerzo reflejado en acciones dirigidas hacia tales metas (Wrosch, Scheier, Miller, Schulz y Carver, 2003). Este proceso contribuye al bienestar psicológico y la calidad de vida de las personas porque previene las emociones de aburrimiento, vacío o tristeza asociadas a la

experiencia de no caminar en pos de ninguna meta deseada.

Existen bastantes estudios que aportan evidencia sobre los beneficios psicológicos de la capacidad para ajustar de forma flexible la jerarquía de metas personales. Duke, Leventhal, Brownlee y Leventhal (2002) encontraron que, entre las personas mayores que tuvieron que dejar de realizar actividades de ejercicio físico debido a problemas de salud, aquéllas que sustituyeron las antiguas actividades por otras nuevas presentaban un nivel superior de afecto positivo al cabo de un año que las que no lo hicieron. Por su parte, Wrosch, Miller, Scheier y Brun de Pontet (2007) encontraron que la capacidad de desengancharse de metas no alcanzables se asociaba con menores problemas de salud física, estando esta relación mediada por el nivel de sintomatología depresiva.

### **3. Potenciación del ajuste flexible de metas a través de la intervención psicológica: aportaciones de la terapia cognitivo-conductual y de la terapia de aceptación y compromiso**

El ajuste flexible de metas se encuentra en constante interacción con los estados emocionales y los pensamientos de las personas. Así, la capacidad para realizar dicho ajuste puede verse profundamente interferida por variables psicológicas de las personas, relacionadas con estados o rasgos emocionales negativos (p.ej., depresión, miedos, etc.) y pensamientos rígidos y distorsionados (p.ej., absolutismo o pensamiento todonada, estereotipos, etc.) que, si no son abordados, pueden llevar a la persona a permanecer enganchada en metas no alcanzables y sin buscar unas nuevas. En este apartado se revisan las aportaciones desarrolladas en el marco de dos modelos vigentes de inter-

vención clínica que aportan herramientas útiles para el trabajo terapéutico potenciador del *ajuste flexible de metas* y, por consiguiente, *para potenciar el envejecimiento activo: el paradigma cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso*.

### 3.1. Terapia cognitivo-conductual (TCC)

La terapia cognitivo conductual (TCC; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Ellis, 1970), paradigma predominante en psicología clínica desde hace décadas, es una perspectiva orientada al cambio y al control que se plantea como objetivos sustituir pensamientos disfuncionales (rígidos, inflexibles) o distorsionados por otros más adaptativos y ajustados a la realidad, asumiendo que el cambio en tales cogniciones generará cambios deseables en el comportamiento, llevando a la persona a desarrollar conductas o actividades más adaptativas que facilitará una reducción de su malestar emocional. A pesar de la importancia concedida a las metas por los modelos gerontológicos y de personalidad, el abordaje de las metas y valores o aspiraciones personales de las personas, su clarificación o el compromiso con éstas como medio para incrementar su bienestar psicológico, no han sido características definitorias del protocolo de intervención TCC y no siempre son incluidos como componentes explícitos en sus paquetes de tratamiento. Más bien, en la intervención TCC se suele asumir un modelo de “normalidad” sana, representado por la ausencia de malestar emocional y la presencia de pensamientos y conductas adaptativas que, en esencia, son las mismas para todas las personas: flexibilidad de pensamiento, reevaluación cognitiva ante sucesos negativos, implicación en actividades agradables, habilidades de afrontamiento, de comunicación, de asertividad y de solu-

ción de problemas. La TCC suele dirigirse, por tanto, a resolver la “disfuncionalidad” que presentan los pacientes, entrenándoles en las competencias y estrategias cognitivas y conductuales y potenciando, de esta manera, su capacidad para ajustar sus metas de forma flexible a los cambios en sus circunstancias vitales. Algunas de estas estrategias serían las siguientes: a) Revaluación cognitiva: aumento del atractivo de nuevas metas o devaluación de metas no realistas; un ejemplo sería: “siempre he querido aprender otros deportes más suaves, como el golf; ahora puede ser un buen momento. Además, creo que tampoco era tan sano correr 10 km diarios, mis huesos sufrían mucho”; b) Procesos de comparación favorecedores de la autoestima, cambiando el estándar de referencia: “si me comparo con mi nieto de 25 años, pues claro, ¡estoy fatal!, pero mirando cómo está la gente de mi edad, ¡no estoy nada mal!; c) Educación: proporcionar información adecuada que corrija estereotipos (p.ej., “las personas mayores no pueden aprender”) y prejuicios sobre el envejecimiento para permitir el establecimiento de nuevas metas adaptativas (p.ej., aprender informática); d) Identificación y cambio de pensamientos automáticos negativos que están en la base de conductas poco adaptativas (“No salgo porque no voy a disfrutar nada”); y e) Entrenamiento en habilidades sociales, de afrontamiento y solución de problemas que se pueden presentar en el camino hacia las metas personales (p.ej., “puedo aprender informática para comunicarme con más frecuencia con mis nietos a través del correo electrónico”).

Asumiendo la gran utilidad de la TCC, la experiencia clínica con personas en situaciones vitales difíciles, tales como la de afrontar el cuidado de un ser querido con

enfermedad crónica, permite constatar que este enfoque o, al menos, una forma bastante extendida de aplicarlo, presenta una serie de limitaciones, entre las que pueden señalarse las siguientes (Losada y Márquez-González, 2011):

1) excesiva importancia concedida al bienestar de tipo hedónico: se busca reducir el malestar, maximizando el afecto positivo y minimizando el negativo, sin atender suficientemente al bienestar de tipo eudaimónico o satisfacción vinculada a la obtención de propósito y significado en la vida (coherencia con los valores).

2) énfasis masivo en el cambio/control de pensamientos y conductas de cara a cambiar emociones. En el envejecimiento, hay múltiples aspectos de los problemas que presentan las personas que son difícilmente modificables y la aceptación aparece como un objetivo terapéutico más conveniente en muchos casos. En este sentido, coincidimos con Petkus y Wetherell (2013) en que el énfasis de la TCC en desafiar la adecuación o validez del contenido de los pensamientos desadaptativos podría no ser tan adecuado para las personas mayores, ya que muchas de sus preocupaciones, aunque puedan ser desadaptativas y excesivas, podrían ser realistas.

3) estilo psicoeducativo y excesivamente estandarizado: en numerosas ocasiones, en TCC se funciona con una agenda preestablecida de lo que necesita la persona para normalizar su funcionamiento psicológico: pensar de forma racional, estar activa y disponer de estrategias de afrontamiento adecuadas. Esto no sería necesariamente un problema si no implicase, como ocurre en ocasiones, “imponer” a la persona, aunque sea sutilmente, ese modelo concreto de funcionamiento ideal, sin tomar el suficiente

tiempo para conocer y validar la visión del mundo que tiene la persona, sus aspiraciones y sus valores personales. Esta práctica puede conducir a la resistencia al cambio de la persona, quien percibe que éste es de alguna manera “impuesto” por el experto que tiene el control de la terapia. En la actualidad, es cada vez mayor el consenso sobre la importancia central de devolver al cliente el control del proceso terapéutico, estableciendo una sólida alianza terapéutica en la que éste se sienta respetado, escuchado y aceptado en relación a sus motivaciones, creencias y formas de pensar y en la que se le anime a ser él quien decida y elija en todo momento los comportamientos a desarrollar.

### **3.2. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)**

La *terapia de aceptación y compromiso* (ACT; Hayes et al., 1999, 2011) es la abanderada de las terapias contextuales o de tercera generación. Todas ellas comparten al menos las siguientes asunciones: a) los problemas psicológicos sólo pueden ser comprendidos y abordados en su contexto amplio, lo cual implica centrarse en la persona entendida en sentido extenso (pensamientos, emociones, valores y aspiraciones, etc.) y en interacción con el mundo y las demás personas; y b) el tratamiento adecuado de muchos problemas psicológicos pasa necesariamente por potenciar la aceptación de experiencias privadas aversivas (pensamientos y emociones) inmodificables que la persona encuentra difíciles de tolerar o asumir.

La *terapia de aceptación y compromiso* (ACT) resulta especialmente interesante en el contexto de reflexión generado en el presente trabajo, ya que una de sus apor-

taciones decisivas es precisamente la formulación que plantea sobre los valores o direcciones valiosas. ACT coincide plenamente con la asunción central de los modelos gerontológicos y de personalidad sobre la importancia esencial de las metas o motivaciones de la persona, que han llegado a ser consideradas por algunos autores como el elemento definitorio del ser humano, planteando que son las metas las que dan sentido a la vida humana y que comprender a una persona significa comprender sus metas y aspiraciones (Scheier y Carver, 2001). En este sentido, una de las aportaciones fundamentales de ACT tiene que ver con la distinción que establece entre los conceptos de valor y meta/objetivo. Mientras que los valores se han definido como las direcciones vitales globales, elegidas, deseadas por las personas y que nunca llegan a alcanzarse porque uno siempre puede caminar en dirección a ese valor (como quien camina hacia el horizonte), las metas u objetivos son estados deseados específicos, que pueden alcanzarse o no y que estarían al servicio de los valores (Páez, Gutierrez, Valdivia y Luciano, 2006). ACT tiene como objetivo fundamental fomentar la clarificación de los valores y metas de la persona y el compromiso con éstos, que implica el desarrollo de acciones concretas que permiten a la persona avanzar en esa dirección. El concepto de valor como algo diferente a meta tiene especial importancia en el contexto de la gerontología y es una contribución importante a los modelos motivacionales del envejecimiento, ya que introduce un contexto en el que, ante las pérdidas y limitaciones que dificultan o imposibilitan alguna meta para las personas mayores, éstas puedan realizar un ajuste flexible de metas, renunciando a alguna de ellas y sustituyéndola por otras, sin necesidad de

cambiar la dirección motivacional o valor personal al que contribuyen tales metas. Por ejemplo, un valor personal de una persona que cuida de su marido con demencia es “amarle y darle todo el cariño que pueda” y, cuando ha de tomar la decisión de ingresarle en una residencia, cambiará sus metas y acciones comprometidas con ese valor, pero el valor se mantendrá: en lugar de cuidarle en casa ahora irá a verle a la residencia y le expresará su cariño y atención con nuevas acciones, tales como participar activamente en el programa de cuidados y atención de la residencia, llevarle alimentos u objetos de su interés, etc. Los valores, fuentes de satisfacción y sentido a la vida, no tienen por qué cambiar, a pesar de que las circunstancias de las personas cambien y les impongan limitaciones que hagan que algunas metas relacionadas con ese valor no sean alcanzables. De esta forma, parece claramente justificada la relación entre los modelos teóricos sobre el envejecimiento propuestas como la terapia ACT. Así, en un reciente trabajo realizado por Alonso, López, Losada y González (2013), en el que se evalúa la eficacia de un programa de tratamiento piloto dirigido a personas mayores con dolor crónico que viven en residencias, se han combinado procedimientos basados en ACT y entrenamiento en estrategias de optimización selectiva con compensación (SOC), obteniendo resultados que avalan la eficacia de la intervención: las personas mayores que participaron se mostraron más satisfechas con el tiempo y esfuerzo que dedicaban a los aspectos que más valoraban en sus vidas.

### **3.2.1. Adecuación de ACT para las personas mayores**

Se ha sugerido que el enfoque ACT podría ser especialmente apropiado para la inter-

vención psicológica con personas mayores. Petkus y Wetherell (2013) plantean que ACT presenta una mejor acogida por parte de las personas mayores y, en consecuencia, podría facilitar una mayor adherencia al tratamiento. Una posible razón es que ACT está interesada en las experiencias de bienestar eudaimónico, en las que la persona obtiene sentido y significado al caminar en dirección a sus valores y aspiraciones, a pesar de experimentar emociones o pensamientos incómodos o dolorosos en dicho camino hacia sus direcciones valiosas. El enfoque del bienestar eudaimónico encaja mejor con la experiencia de muchas personas mayores, quienes parecen asumir mejor que las generaciones de jóvenes el hecho de que “la vida es sufrimiento” y, a la vez, merece la pena vivirla, en virtud de los valores profundos e intrínsecos que le dan sentido y faciliten la aceptación del dolor para seguir caminando en las direcciones valiosas. Esta forma de concebir el bienestar por parte de las personas mayores parece asociarse, en muchos casos, a dificultades para entender como problemas clínicos, patológicos o anormales experiencias como la ansiedad o la depresión, para reconocer estos estados en ellos mismos y para aceptar como objetivos importantes el eliminar o disminuir tales experiencias”.

En esta misma línea, al enmarcar la terapia en los valores únicos de la persona y asumir como objetivo terapéutico el que la persona consiga vivir en mayor conexión y coherencia con dichos valores personales fundamentales, ACT respeta la orientación de las personas mayores hacia valores como la generatividad o la motivación por guiar y cuidar a las nuevas generaciones (hijos, nietos) y enriquecer su relación con los demás (McAdams, de St. Aubin y Logan, 1993). De este modo, ACT no asume, como ocurre con frecuencia en el enfoque

TCC, un modelo de bienestar en exceso individualista.

Otro argumento propuesto por Petkus y Wetherell (2013) para sugerir la mayor idoneidad de ACT de cara a comprender los problemas psicológicos en las personas mayores es su propuesta del constructo transdiagnóstico de “evitación experiencial”, definido como la tendencia a intentar controlar y/o evitar la presencia de eventos internos molestos o desagradables (emociones, pensamientos, recuerdos, sensaciones) y las circunstancias que los generan (Hayes et al., 1996). Este constructo facilita la evaluación y el tratamiento de distintos trastornos difíciles de distinguir especialmente en personas mayores (p. ej., depresión y ansiedad, que, además, se dan frecuentemente de forma simultánea), ya que permite identificar la función de la conducta problemática en su contexto en lugar de la topografía concreta del comportamiento.

Previamente se señaló como limitación de la TCC su excesivo énfasis en el cambio/control de pensamientos desajustados a la realidad (mediante la técnica de reestructuración cognitiva) para reducir la frecuencia/intensidad del malestar emocional. Las personas mayores, ante situaciones inevitables e inmodificables, presentan frecuentemente pensamientos con un impacto emocional negativo que son “realistas” y, por tanto, difícilmente pueden ser reestructurados. En este sentido, un enfoque terapéutico como ACT, que plantea como el “núcleo” de la terapia o aspecto estratégico central la aceptación de experiencias aversivas, parece especialmente adecuado para la intervención con personas que se enfrentan a situaciones difíciles inevitables asociadas a pensamientos y emociones dolorosas difíciles de cambiar.

Además, al no basarse tanto como la TCC en estrategias terapéuticas lógico-verbales-rationales, sino en metáforas (imágenes mentales, analogías), paradojas y ejercicios experienciales, herramientas que presentan una gran capacidad para activar emociones y motivaciones en sesión, ACT podría resultar más adecuada para las personas mayores con dificultades en el pensamiento analítico o el razonamiento lógico.

### 3.2.2. Evitación experiencial, bienestar y personas mayores

Parece razonable hipotetizar que el intento por controlar experiencias internas dolorosas (pensamientos, sensaciones y emociones) en las personas mayores podría ser una barrera psicológica que impide realizar un adecuado ajuste flexible de metas, ya que paradójicamente, puede incluso aumentar los niveles de malestar a modo de “efecto boomerang” (Campbell-Sills, Barlow, Brown, y Hofmann, 2006; Rachman, 1980). La persona que presenta evitación experiencial percibe sus experiencias internas (p.ej., malestar, miedos, pensamientos concretos, frustración, etc.) como obstáculos o barreras para llevar la vida que desean llevar o, dicho de otro modo, para actuar en dirección a metas relacionadas con sus valores. Por esta razón, la evitación experiencial genera un coste importante en la vida de la persona: le aleja de sus valores y metas personales, manteniendo su insatisfacción o aumentándola (Orsillo, Roemer, y Barlow, 2003). Distintos estudios muestran una relación entre la evitación experiencial y consecuencias psicológicas negativas tanto en población general como clínica (para una revisión, ver Hayes et al., 1996).

Existen diferentes tipos de situaciones y experiencias ante las cuales algunas perso-

nas mayores podrían desarrollar evitación experiencial. Algunas de éstas pueden tener que ver con dolor, rabia o frustración (entre otras emociones) ante situaciones externas inevitables, tales como pérdidas afectivas, deterioro de la salud física y disminución de la capacidad funcional, pérdida de roles (p. ej. jubilación), etc. Otras veces, la evitación puede darse en relación a pensamientos sobre el pasado, (“ya no soy el de antes”), recuerdos dolorosos, o anticipaciones del futuro (“no puedo ni pensar en cuando ya no me pueda valer por mí misma...”).

Petkus y Wetherell (2013) revisan una serie de estudios que aportan evidencia sobre los efectos adversos de la evitación experiencial sobre el bienestar psicológico de las personas mayores. Concretamente, se ha encontrado que el empleo de la estrategia de supresión del pensamiento para afrontar pensamientos incómodos se asocia con la percepción de menor sentido en la vida para personas mayores (Krause, 2007), con un mayor nivel de síntomas somáticos, depresivos y de ansiedad (Petkus, Gum y Wetherell, 2012) y con peores resultados tras el tratamiento de la depresión en personas mayores (Rosenthal, Cheavens, Compton, Thorp y Lynch, 2005). El afrontamiento evitativo parece mediar la asociación entre la exposición a traumas en el pasado y el malestar emocional en momentos posteriores de la vida (Dulin y Passmore, 2010). Además, se han encontrado asociaciones entre la evitación experiencial y la salud (relación inversa), por un lado, y la depresión y ansiedad (relaciones directas), por otro (Andrew y Dulin, 2007; Ayers et al., 2010). Por su parte, Butler y Ciarrochi (2007) encontraron una relación positiva entre la aceptación psicológica (evaluada a través de la Escala de Evitación Experien-

cial, AAQ) y la salud objetiva, la productividad, la seguridad, la calidad de vida y el bienestar emocional en personas mayores. Estos mismos autores muestran cómo las personas mayores más satisfechas con sus vidas son aquéllas que tienen una mayor aceptación psicológica ante los cambios derivados del envejecimiento.

Parece, pues, que el enfoque ACT, dirigido a ayudar a la persona mayor a aceptar las pérdidas y limitaciones y optimizar sus recursos y fortalezas para seguir caminando en dirección a sus fuentes de significado podría ser más apropiado que el enfoque TCC, más centrado en enseñar a la persona a cambiar su forma de percibir o interpretar sus pérdidas o limitaciones (Petkus y Wetherell, 2013). ACT se presenta como un enfoque terapéutico que puede facilitar en gran medida el ajuste flexible de metas en las personas mayores que se encuentren bloqueadas en metas inalcanzables o hayan abandonado metas importantes sin sustituirlas por nuevas metas significativas. Un manual terapéutico básico en el que se pueden encontrar numerosas herramientas terapéuticas útiles en este sentido es el libro de Wilson y Luciano (2002).

#### **4. Una propuesta concreta de intervención psicológica desde el marco de ACT: intervención con personas que cuidan a familiares mayores con demencia**

Las personas que cuidan de familiares mayores dependientes suelen presentar niveles elevados de malestar emocional (depresión, ansiedad, estrés, etc.) (para una revisión, ver Knight y Losada, 2011). Hasta la fecha, el tipo de intervención psicológica que se ha mostrado más efectiva para ayudar a estas personas es la terapia cognitivo

conductual (TCC), si bien su tamaño del efecto es, en el mejor de los casos moderado, existiendo un conjunto de cuidadores que parecen no beneficiarse de este tipo de intervención.

En la situación del cuidado son muchos los aspectos difícilmente modificables, tanto externos (p.ej., diagnóstico de demencia, pérdida de memoria y de la capacidad funcional de la persona cuidada, comportamientos de agresividad y cambios de humor de sus familiares) como internos (p.ej., emociones, pensamientos, sensaciones corporales negativas del cuidador). La gran cantidad de tiempo y esfuerzo que dedican los cuidadores a ayudar a sus familiares hace que, con frecuencia, su vida se vea reducida o concentrada en torno a una única dirección valiosa: cuidar de su familiar. Habitualmente, los procesos de selección y optimización de este área de valor (cuidar) aportan un gran sentido a sus vidas y la satisfacción de hacer lo que deben y quieren hacer por su familiar. El mensaje fundamental de las intervenciones TCC, a saber, “Cuidador: cuídate a tí mismo”, así como el excesivo énfasis de este tipo de terapia en el cambio de pensamientos y conductas (control), en ocasiones no encaja bien con este perfil de cuidadores. Una terapia como ACT, más centrada en la aceptación de los eventos inmodificables como parte inevitable de la vida, así como en la clarificación, toma de conciencia y compromiso con los valores personales, podría ser mejor recibida y más eficaz con esta población. Procesos psicológicos considerados nucleares desde ACT, como son la falta de aceptación de emociones y pensamientos desagradables (“por qué me tengo que sentir así de culpable, intento no pensar en lo duro que es tener que aguantar esta situación”), la falta de claridad y/o

compromiso con otros valores importantes en sus vidas (“yo lo único que puedo hacer es cuidarle y dedicarme a él, lo demás no tengo tiempo para atenderlo”), la fusión con el pensamiento (“yo ya no puedo hacer nada para mí, se acabó mi vida”) o la falta de atención plena en el momento presente (“no salgo con amigos porque, cuando lo hago, no disfruto nada y mi cabeza está en casa, en qué estará haciendo mi madre”), podrían estar en la base del mantenimiento del malestar emocional de muchos cuidadores e interferir con su ajuste flexible de metas. Un estudio realizado con cuidadores (Spira et al., 2007) y en el que se encontró una asociación positiva entre evitación experiencial y depresión, aún controlando otras variables como el afecto negativo y los estresores, parece apoyar esta hipótesis.

En nuestro equipo de investigación consideramos una tarea de gran utilidad y relevancia diseñar y analizar la eficacia de intervenciones psicológicas dirigidas a ayudar a los cuidadores a reajustar sus metas personales a su situación actual de un modo que optimice su adaptación a dicha situación y, en este sentido, consideramos que ACT es una aproximación idónea para conseguir este objetivo. Concretamente, en la actualidad, nos encontramos aplicando dos tipos de intervención, TCC y ACT, cuya eficacia se quiere comparar entre sí y con un grupo control de *mínimo contacto terapéutico*. En la Tabla 1 se expone brevemente la propuesta desarrollada desde el marco de ACT, inicialmente aplicada en formato grupal en un estudio piloto (para ver una descripción detallada, ver Márquez-González et al., 2010) y que actualmente se está aplicando en formato individual.

## 5. Sumario y conclusiones

A lo largo de este trabajo se ha argumentado a favor de la hipótesis de la consistencia

y complementariedad entre los modelos teóricos de envejecimiento que sustentan el paradigma del envejecimiento activo y la perspectiva de la intervención clínica, especialmente, la *terapia de aceptación y compromiso* (ACT). Si bien asumimos que la perspectiva cognitivo-conductual (TCC) representa un enfoque terapéutico adecuado y claramente validado en cuanto a su aplicación a personas mayores con problemas emocionales, en este trabajo se ha defendido la idea de que la intervención psicológica con personas mayores para promocionar su envejecimiento activo y con éxito se puede ver especialmente enriquecida y complementada por el enfoque terapéutico ACT. Concretamente, la intervención psicológica realizada desde el marco de ACT se presenta como especialmente útil para ayudar a personas mayores cuya implicación en actividades y acciones significativas se encuentra interferida o bloqueada por dificultades de tipo psicológico, relacionadas con problemas para aceptar o adaptarse a cambios importantes en sus vidas (p.ej., pérdidas) que imponen limitaciones y desafíos o, directamente, imposibilitan, el mantenimiento activo de determinados valores y de las metas asociadas a éstos. Sin duda, los procesos de ajuste flexible de metas que las personas mayores han de realizar necesariamente para adaptarse de forma adecuada a los constantes cambios vitales y continuar implicadas en actividades con significado y sentido personal, relacionadas con sus valores, se puede potenciar con herramientas terapéuticas desarrolladas desde la terapia cognitivo-conductual (p.ej., potenciación de la reevaluación cognitiva). Sin embargo, el enfoque ACT, más centrado en una perspectiva de bienestar eudaimónico, relacionado con la satisfacción asociada a la obtención de

**Tabla 1.** Programa de intervención ACT para personas cuidadoras

Sesión	Título de la sesión	Contenidos fundamentales
1	Identificando las dificultades de aceptación y los valores	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de una adecuada relación terapéutica</li> <li>- Facilitar y validar la expresión/apertura emocional del cuidador</li> <li>- Explorar la evitación experiencial con preguntas abiertas</li> <li>- Evaluación de los valores del cuidador: Cuestionario narrativo de valores (B.160)</li> </ul>
2	Creando un contexto de aceptación para caminar hacia los valores (I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas para casa</li> <li>- Trabajo en Valores: metáfora del Jardín (B;p.113)</li> <li>- El coste de la evitación</li> <li>- Trabajo en Aceptación como alternativa a la evitación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conciencia emocional: Ejercicio "Contactando con mi emoción" (D.O.)</li> </ul> </li> <li>- Identificar el malestar "sucio" y "limpio". Ejercicio de Isabel la supercuidadora (D.O.)</li> </ul>
3	Creando un contexto de aceptación para caminar hacia los valores (II)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas para casa</li> <li>- Trabajo en valores:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- "La planta del cuidado": elaboración del lema del cuidado (valores y metas implicados en el rol de cuidador; D.O.)</li> <li>- Metáfora del explorador en la jungla (D.O.)</li> </ul> </li> <li>- Listado de Acciones comprometidas con sus Valores</li> <li>- Trabajo en aceptación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Metáforas de los escaladores y el iceberg (D.O.)</li> </ul> </li> <li>- La trampa del control. Ejercicio "Elefantes rosas" (B.185)</li> <li>- Atención plena: "Hojas en el Río" (B; p.216)</li> </ul>
4	Análisis y afrontamiento de barreras para la acción comprometida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas para casa</li> <li>- Trabajo en valores:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- La planta de "uno mismo": ¿cómo anda de agua? Ejercicio de la mejor amiga (D.O.)</li> </ul> </li> <li>- Otros valores</li> <li>- Análisis de barreras para la acción comprometida               <ul style="list-style-type: none"> <li>• problemas con la organización del tiempo</li> <li>• déficit en habilidades de comunicación / pedir ayuda</li> <li>• barreras psicológicas: pensamientos y creencias, reglas verbales disfuncionales (fusión cognitiva)</li> <li>• otras</li> </ul> </li> <li>- Trabajo en aceptación:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Aceptar o cambiar? Adaptación de la técnica de solución de problemas</li> <li>- Ejercicio: invitar a una dificultad y trabajar con ella corporalmente</li> </ul> </li> <li>- Atención plena: "Escaneo corporal" (W. 148-152)</li> </ul>

Sesión	Título de la sesión	Contenidos fundamentales
5	Distanciándome de mi pensamiento para caminar hacia mis valores (I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas para casa</li> <li>- Trabajo en aceptación:</li> <li>- Metáforas: "malas hierbas" (B.113)"pasajeros en el Autobús" (B; 170),</li> <li>- Defusión cognitiva: Ejercicio del limón (repetir hasta el absurdo "limón"; B; 218)</li> <li>- Trabajo en valores: análisis de barreras para la acción comprometida y posibles soluciones</li> <li>- Atención plena: los pensamientos como sonidos (W.234-236)</li> </ul>
6	Trabajando el yo como contexto (I)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas para casa</li> <li>- Trabajo en aceptación:</li> <li>- Exposición guiada a la emoción (Focalización)</li> <li>- Trabajo en defusión cognitiva:</li> <li>- Ejercicio de fisicalizar barreras (B.224)</li> <li>- Metáfora de "radio de fondo encendida" (D.O.)</li> <li>- Ejercicio "Saluda al pensamiento"</li> <li>- Trabajo en Yo como contexto:</li> <li>- Metáfora del tablero de ajedrez (B.209)</li> <li>- Trabajo en valores: análisis de barreras para la acción comprometida y posibles soluciones</li> <li>- Atención plena: el "barómetro interno" (W. 195-197)</li> </ul>
7	Trabajando el yo como contexto (II) y comienzo de la recapitulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión de tareas para casa</li> <li>- Trabajo en el Yo como Contexto</li> <li>- Ejercicio del Yo Observador (B; p.213) (B; p.226)</li> <li>- Trabajo en valores: análisis de barreras para la acción comprometida y posibles soluciones</li> <li>- Recapitulación: "mis puntos débiles" (barreras más habituales)</li> <li>- Atención plena: "Hojas en el Río" (B; p.216)</li> </ul>
8	Consolidando el nuevo enfoque de aceptación en mi vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atención plena: "Bodyscan" (Williams et al. , 2010; pp.148-152)</li> <li>- Integración de lo aprendido : metáfora de "la caja de herramientas"</li> <li>- Conclusión: elaboración de la "Constitución personal" (contrato conductual) (D.O.)</li> <li>- Evaluación de conocimientos post-intervención, satisfacción y otros aspectos cualitativos</li> </ul>

Nota:

B: manual básico de Wilson y Luciano (2002);

W: ejercicio extraído del libro de Williams, Teasdale y Segal (2010);

D.O.: ejercicio de diseño original

propósito y significado de la propia vida, parece ser especialmente idóneo para el trabajo con personas mayores en contextos o escenarios en los que el cambio directo de las circunstancias es complicado o imposible y, por tanto, se hace necesaria la aceptación de situaciones y/o de experiencias negativas inevitables (frustración, rabia, melancolía) para poder seguir implicado en acciones que aporten significado a la persona. El enfoque ACT, con su metodología experiencial y su estilo terapéutico marcadamente humanista y centrado en la persona, ofrece herramientas novedosas y de gran potencial terapéutico para potenciar los procesos de aceptación, de clarificación de valores y de compromiso con acciones coherentes con dichos valores.

Potenciar el envejecimiento activo implica, por definición, potenciar la activación conductual de la persona, lo cual, desde nuestra perspectiva, se puede lograr de forma más adecuada, eficaz, eficiente y duradera situando la activación del comportamiento en el marco de los valores individuales de cada persona y la adecuada aceptación de situaciones y experiencias dolorosas (p.ej., cambios o pérdidas).

## Referencias

- Abellán, A., y Ayala, A. (2012). Un perfil de las personas mayores en España 2012. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Portal Mayores, nº 131.[Fecha de publicación: 1/06/2012].
- Alonso, M., López, A., Losada, A. y González, J.L. (2013). Acceptance and commitment therapy and selective optimization with compensation for older people with chronic pain. *Behavioral Psychology*.
- Andrew, D. H. y Dulin, P. L. (2007). The relationship between self-reported health and mental health problems among older adults in New Zealand: experiential avoidance as a moderator. *Aging and Mental Health*, 11, 596-603.
- Ayers, C., Petkus, A. J., Liu, L. Patterson, T. L., Whetthrell, J. L. (2010). Negative life events and avoidant coping are associated with poorer long-term outcome in older adults treated for generalized anxiety disorder. *Journal of Experimental Psychopathology*, 1, 146-154.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (2003). Extending longevity: Dignity gain-or dignity drain? *Max Planck Research*.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: John Wiley y Sons.
- Brandtstädter, J. y Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5, 58-67.
- Brandtstadter, J. y Greve, W. (1994). The Aging Self: stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Butler, J. y Ciarrochi, J. (2007). Psychological Acceptance and Quality of Life in the Elderly. *Quality of Life Research*, 16, 607-615.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A. y Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses on individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Duke, J., Leventhal, H., Brownlee, S. y Leventhal, E. (2002). Giving up and replacing activities in response to illness. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B, 367-376.
- Dulin, P. y Passmore, T. (2010). Avoidance of traumatic material mediates the relationship between accumulated lifetime trauma and late life depression and anxiety. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 296-300.
- Ellis, A. (1970). *The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for Rational Living.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M.G., Iñiguez, J. y García, L.F. (2004). Promoción del Envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con Vitalidad". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40, 150-161.
- Gatz, M. (2007). Commentary on evidence-based psychological treatments for older adults. *Psychology and Aging*, 22, 52-55.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2011) *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2<sup>nd</sup> edition)*. New York: Guilford.
- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follete, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavior disorder: a functional dimensional approach to diagnoses and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1.152-1.168.
- Havighurst, R. J. y Albrecht, R. (1953). *Older people*. New York, NY: Longmans, Green.
- Heckhausen, J. y Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review, 102*, 284–304.
- Knight, B., & Losada, A. (2011). Family Caregiving for Cognitively or Physically Frail Older Adults: Theory, Research, and Practice. In K.W. Schaie & S.L. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (7th ed.) (pp. 353-365). New York: Academic Press.
- Krause, K. (2007). E-learning and the e-Generation: The changing face of higher education in the 21st Century. In J. Lockard y M. Pegrum (Eds.), *Brave new classrooms: Educational democracy and the internet* (pp.125-140). New York: Peter Lang Publishing.
- Losada, A. y Márquez-González, M. (2011). Cognitive Behavioural Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for dementia caregivers. *PSIGE Newsletter, 117*, 9-18.
- Márquez-González, M. (2010). Nuevas herramientas para la intervención psicológica con personas mayores: la tercera generación de terapias conductuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 45*, 247-249.
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R. y Losada, A. (2010). Caregiving issues in a therapeutic context: New insights from the acceptance and commitment therapy approach. In N.Pachana, K. Laidlaw y Bob Knight (Eds). *Casebook of Clinical Geropsychology: International Perspectives on Practice* (pp.33-53). New York: Oxford. University Press.
- McAdams, D.P., de St. Aubin, E. y Logan, R.L. (1993). Generativity among young, midlife, and older adults. *Psychology and Aging, 8*, 221-230.
- Orsillo, S. M., Roemer, L. y Barlow, D. H. (2003). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 10*, 223-230.
- Páez-Blarrina, M., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia-Salas, S. y Luciano-Soriano, C. (2006). ACT and the Importance of Personal Values in the Context of Psychological Therapy]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 6*, 1-20.
- Pervin, L. A. (1982). The stasis and flow of behavior: Toward a theory of goals. In M. M. Page (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 1–53). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Petkus, A.J. y Wetherell, J.L., (2013). Acceptance and commitment therapy with older adults: Rationale and considerations, *Cognitive and Behavioral Practice, 20* 47-56.
- Petkus, A., Gum, A., Wetherell, J. L. (2012). Thought suppression is associated with psychological distress in homebound older adults. *Depression and Anxiety, 29*(3), 219–225.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy, 18*, 51-60.
- Rasmussen, H. N., Wrosch, C., Scheier, M. F. y Carver, C. S. (2006). Self-regulation processes and health: The importance of optimism and goal adjustment. *Journal of Personality, 74*, 1721-1747.
- Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Compton, J. S., Thorp, S. R. y Lynch, T. R. (2005). Thought suppression and treatment outcome in late-life depression. *Aging and Mental Health, 9*, 35-39.
- Rowe, J.W y Kahn, R.L (1997). Successful Aging. *The Gerontologist, 37*, 433-440.
- Ryff, C. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 719-727.
- Scheier, M. F., Carver, C. S. y Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- Spira, A.P., Beaudreau, S. A., Jimenez, D., Kierod, K., Cusing, M. M., Gray, H.L. y Gallagher-Thompson, D. (2007). Experiential avoidance, acceptance, and depression in dementia family caregivers. *Clinical Gerontologist, 30*, 55-64.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Williams, M. Teasdale, J. Segal, Z. Kabat Zinn, J (2010). *Vencer la depresión: Descubre el poder de las técnicas del mindfulness*. Barcelona: Paidós.
- Wrosch, C., Miller, G. E., Scheier, M. F., & Brun de Pontet, S. (2007). Giving up on unattainable goals: Benefits for health? *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*, 251-265.
- Wrosch, C., Scheier, M. F., Miller, G. E., Schulz, R. y Carver, C. S. (2003). Adaptive self-regulation of unattainable goals: Goal disengagement, goal reengagement, and subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin, 29*, 1494–1508.

Fecha de recepción: 25/06/2012

Fecha de aceptación: 11/01/2013

# Ayuda psicológica a cuidadores en diferentes escenarios

Andrés Losada<sup>1</sup>, Celia Nogales-González<sup>1</sup>, Javier López<sup>2</sup>, María Márquez-González<sup>3</sup> y Estefanía Jiménez-González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Psicología, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid

<sup>2</sup>Departamento de Psicología, Universidad CEU San Pablo, Madrid

<sup>3</sup>Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid

## resumen/abstract:

El cuidado familiar de una persona con demencia se asocia con importantes consecuencias negativas para la salud psicológica y física de los cuidadores. Si bien se ha utilizado el término "carrera" como metáfora que permite describir las diferentes etapas por la que suelen pasar las personas que cuidan, la realidad es que no es frecuente en la literatura científica que se realice una distinción sobre intervenciones específicas para las diferentes condiciones contextuales o situacionales en las que se encuentra un cuidador. En el presente trabajo se lleva a cabo un análisis de intervenciones específicas que pueden ayudar a los cuidadores en diferentes escenarios. Específicamente, se revisan intervenciones para entrenar a los cuidadores en habilidades para el cuidado y el autocuidado, intervenciones con cuidadores que faciliten y optimicen el uso de centros de día, intervenciones para familias que se encuentren en el proceso de institucionalización del familiar en contextos residenciales y, finalmente, se revisan las posibilidades de actuación psicológica para el afrontamiento del duelo de los cuidadores. Dado el importante número de cuidadores que hay (y habrá) en nuestro país, que contrasta con la escasez de recursos disponibles para cuidadores, parece importante destinar importantes esfuerzos y recursos al desarrollo, evaluación e implantación de intervenciones para cuidadores en los diferentes contextos en los que estos se pueden beneficiar de las mismas.

*Dementia family caregiving is linked with significant negative consequences for caregivers' psychological and physical health. Even though the term "career" has been used as a metaphor that describes the different caregiving transitions, it is not frequent to find in the caregiving literature information about interventions that may be especially useful in specific caregiving contexts or situations. In this work we review interventions that may help caregivers in different settings. Specifically, we review interventions aimed at training caregivers in self-care strategies, interventions that may help caregivers to optimize day care use, interventions for family caregivers who are in the process of institutionalizing their relative or whose relative is institutionalized and, finally, interventions for bereaved caregivers facing the death of their relative. Considering the important percentage of population who are primary caregivers in our country, and the shortage or resources available to them, it seems very important to devote important efforts and resources to the development, assessment, and implementation of psychological interventions for caregivers, specifically targeted to the different situations and contexts they face.*

## palabras clave/keywords:

Autocuidado, centro de día, cuidadores, demencia, duelo, intervención, psicológica, psicoterapia, residencias

*Self-care, daycare, caregivers, dementia, bereavement, intervention, psychological, psychotherapy, nursing home.*

### Agradecimientos

El presente trabajo se ha realizado en el marco del proyecto PSI2009-08132/PSIC, financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, y del proyecto PSI2012-31293, financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad.

## 1- Introducción

La atención a las personas mayores dependientes se ha llevado a cabo tradicionalmente por las familias, especialmente por las mujeres, estimándose que el 83% de la atención que reciben las personas mayores dependientes es proporcionada en el contexto familiar (IMSERSO, 2005). Factores como el envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida, unidos a otros como la incorporación de la mujer al mundo laboral remunerado y la reducción de la natalidad, están provocando un aumento significativo del porcentaje de población dependiente y una reducción significativa del número y tamaño de las redes informales de apoyo. La relevancia del fenómeno de la dependencia ha favorecido actuaciones como la aprobación de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia (BOE, 2006; Ley 39/2006). Además de que las expectativas generadas por la aplicación de esta ley no están siendo satisfechas, especialmente debido al contexto de crisis económica (Mateos, Franco y Sánchez, 2010), dicha legislación presenta importantes debilidades en cuanto a la atención a las personas cuidadoras tales como, por ejemplo, una escasa o nula referencia a la importancia de las intervenciones con cuidadores (p.ej., Losada, Márquez-González, Peñacoba, Gallagher-Thompson y Knight, 2007).

Cuidar de un familiar mayor con dependencia, especialmente si ésta es debida a una demencia, se asocia con importantes niveles de malestar psicológico y físico (Mausbach, Roepke, Ziegler, Milic, von Känel, Dimsdale, Mills, Patterson, Allison, Ancoli-Israely Grant, 2010; Pinquarty Sörensen, 2003) e incluso con riesgo de

muerte, siendo la probabilidad de morir de un cuidador que manifiesta estrés un 63% superior a la de un no cuidador (Schulzy Beach, 1999). El cuidado de personas mayores con demencia se ha considerado una situación prototípica de estrés crónico (Vitaliano et al., 2004), siendo el modelo de estrés y afrontamiento el que principalmente ha guiado el análisis del malestar del cuidador, habiendo recibido abundante apoyo empírico hasta la fecha (ver. p.ej., Knight y Sayegh, 2010). Este modelo permite identificar variables que contribuyen a explicar por qué el cuidado impacta más o menos en la salud psicológica y física de los cuidadores. Así, por ejemplo, variables como el apoyo social o la autoeficacia parecen amortiguar significativamente el efecto negativo del cuidado sobre los cuidadores (Crespo, López y Zarit, 2005; Romero-Moreno, Losada, Mausbach, Márquez-González, Patterson, López, 2011). Por el contrario, variables como los pensamientos disfuncionales sobre el cuidado o la evitación experiencial, parecen contribuir negativamente al malestar del cuidador (Losada, Márquez-González, Knight, Yanguas, Sayegh y Romero-Moreno, 2010; Márquez-González, Romero-Moreno y Losada, 2010), al asociarse a pautas de afrontamiento del cuidado desadaptativas.

La consideración del cuidado como un estresor crónico tiene también que ver con la duración del proceso, habitualmente de años (Larson, Shadlen, Wang, McCormick, Bowen, Teri y Kukull, 2004). Esta circunstancia ha provocado que en ocasiones se utilice el término “carrera” como metáfora que permite describir las diferentes etapas por la que suelen pasar las personas que cuidan (ver, p.ej., Pearlin, Mullan, Semple y Skaff, 1990). Así, por ejemplo, los cui-

dadores pasan inicialmente por un proceso de asunción de la tarea de cuidados. Los motivos por los que el cuidador asume el rol de cuidador pueden ser diversos, y han sido descritos como intrínsecos (por ej., cuido porque quiero) o extrínsecos (p.ej., cuido porque no me queda otra opción). Parece que aquellos cuidadores que cuidan por motivos intrínsecos se encuentran en mejores condiciones que aquellos que lo hacen por motivos meramente extrínsecos (Romero-Moreno, Losada, Mausbach, Márquez-González, Patterson y López, 2011). Durante las primeras fases de la enfermedad el cuidado del familiar se lleva, en la mayoría de los casos, en el entorno domiciliario. A lo largo de estas fases los cuidadores se enfrentan a desafíos como conocer en qué consiste la enfermedad, aprender a cuidar, o adaptarse a la nueva situación. Es muy frecuente que los cuidadores renuncien (explícita o implícitamente) a sus necesidades personales (relaciones sociales, laborales, familiares y personales, ocio, descanso, etc.) y se concentren exclusivamente en la atención y supervisión de su familiar (IMSERSO, 2005). También es frecuente que asuman en exclusiva la tarea de cuidar, e incluso que no se utilicen recursos formales, bien por desconocimiento de los mismos o bien por rechazo explícito, por influencia de variables socioculturales (Losada, Knight y Márquez, 2003). La utilización de recursos formales (por ej., centros de día) parece ser recomendable para los cuidadores (Gottlieb y Johnson, 2000), dado que les puede proporcionar un “respiro” en su tarea que, a su vez, les puede facilitar responder a otras demandas o necesidades (p.ej., autocuidado, familia, o trabajo).

Si bien en muchas ocasiones las personas que cuidan realizan su tarea hasta el final

en el domicilio, algunos cuidadores toman la generalmente difícil decisión de ingresar a su familiar en una residencia. Para algunas familias no existe otra alternativa que la institucionalización, y el que ésta se produzca no significa que el proceso del cuidado termine. Al contrario, la mayoría de las familias desea mantener un rol activo en la atención a su familiar (Márquez-González, Losada, Pillemer, Romero-Moreno, López y Martínez, 2010). La asociación entre el ingreso del familiar en una residencia y el malestar del cuidador no está clara, existiendo resultados mixtos, que en ocasiones sugieren una reducción del malestar (Grant, Adler, Patterson, Dimsdale, Ziegler e Irwin, 2002), mientras que en otras sugieren que el malestar se mantiene, o incluso aumenta (Lieberman y Fisher, 2001; Schulz, Belle, Czaja, McGinnis, Stevens y Zhang, 2004).

Finalmente, aunque podría pensarse que el fallecimiento del familiar pone fin al proceso del cuidado, la realidad es que en muchos casos las consecuencias negativas asociadas al cuidado (tristeza, culpa, riesgo cardiovascular, etc.) se mantienen tras el fallecimiento, o incluso se observan fenómenos como el duelo anticipado (Robinson-Whelen, Tada, MacCallum, McGuire y Kiecolt-Glaser, 2001).

En la mayoría de los artículos en los que se ha revisado la eficacia de las intervenciones para cuidadores (por ej., Gallagher-Thompson, Tzuang, Brodaty, Charlesworth, Gupta, Lee, Losada y Shyu, 2012; Pinquart y Sörensen, 2006) no se ha hecho una distinción sobre intervenciones específicas para las diferentes condiciones contextuales o situacionales en las que se encuentra un cuidador. Sin embargo, las circunstancias antes comentadas parecen sugerir la con-

veniencia de llevar a cabo un análisis de intervenciones específicas que pueden ayudar a los cuidadores en diferentes escenarios. Así, en el presente artículo se llevará a cabo una revisión de las intervenciones que pueden ayudar a los cuidadores en los siguientes escenarios: entrenamiento en habilidades para el cuidado y el autocuidado, intervenciones con cuidadores que faciliten y optimicen el uso de centros de día, atención a los familiares en el proceso de institucionalización en contextos residenciales y, finalmente, se revisarán las posibilidades de actuación psicológica para el afrontamiento del duelo.

## 2- Intervenciones psicoeducativas o psicoterapéuticas para cuidadores

El impacto cada vez mayor que el cuidado de las personas mayores dependientes tiene sobre la sociedad se ve reflejado en el número de publicaciones que se vienen realizando sobre intervenciones para cuidadores (ver p. ej., Gallagher-Thompson et al., 2012). Si bien el diseño y los procedimientos de estas intervenciones han ido ganando en calidad, la realidad es que, en el momento actual, el tamaño del efecto de las intervenciones para reducir el malestar de los cuidadores es, en el mejor de los casos, moderado (p. ej., Pinquarty Sörensen, 2006). De los diferentes tipos de intervención existentes (p.ej., respiro, autoayuda, educación o psicoterapia), las intervenciones cognitivo-conductuales son las que muestran un mayor tamaño del efecto y, dentro de éstas, las realizadas en formato individual obtienen mejores resultados que las realizadas en formato grupal (Gallagher-Thompson y Coon, 2007; Pinquart y Sörensen, 2006).

Las intervenciones psicoterapéuticas y psicoeducativas son, junto con las interven-

ciones multicomponente (p.ej., Mittelman, Roth, Clay y Haley, 2007) y las de modificación de conducta (Logsdon, McCurry y Teri, 2007), las únicas que han recibido suficiente respaldo empírico como para ser calificadas como científicamente validadas (Gallagher-Thompson y Coon, 2007).

Se ha recomendado el desarrollo de intervenciones fundamentadas en modelos teóricos respaldados empíricamente como un procedimiento para aumentar la efectividad de las intervenciones, dado que permite establecer los mecanismos de acción a través de los cuáles se espera que se produzcan los cambios deseados, y los resultados que son esperables y sobre qué variables (Knight y Losada, 2011). Modelos teóricos como el de estrés y afrontamiento adaptado al cuidado (p.ej., Knight Sayegh, 2010), el modelo cognitivo conductual adaptado al cuidado (Losada et al., 2003) o el modelo más reciente “acontecimientos placenteros-restricción de actividades” (modelo PEAR, Mausbach et al., 2011) son referencias fundamentales en este sentido. El desarrollo de procedimientos para atender a la fidelidad del tratamiento o implementación de la intervención también ha sido sugerido como vía para aumentar la eficacia de las intervenciones (Burgio, Corcoran, Lichstein, Nichols, Czaja, Gallagher-Thompson, Bourgeois, Stevens, Ory y Schulz, 2000; Zarit y Femia, 2008).

Zarit, Femia, Kim y Whitlatch (2010) señalan que las intervenciones deben estar dirigidas a objetivos específicos concretos y no a una problemática genérica supuestamente compartida por todos los cuidadores como grupo, tal y como se ha hecho hasta ahora. Así, si el objetivo de una intervención es reducir la sintomatología depresiva de los cuidadores, ésta: a) debería estar dirigida

específicamente a cuidadores que manifiesten niveles significativos de depresión; y b) debería incluir contenidos específicamente diseñados para tratar la depresión, modificando las variables concretas implicadas en su mantenimiento. Las diferencias en los efectos psicológicos y físicos del cuidado en función de variables como el sexo del cuidador o el parentesco con la persona cuidada (Pinquart y Sörensen, 2011), y la evidente heterogeneidad de los cuidadores en cuanto a las situaciones que han de afrontar y sus necesidades de ayuda, recomiendan la potenciación de estudios que, o bien analicen la eficacia diferencial de las intervenciones en función de este tipo de variables (Pinquart y Sörensen, 2011), o bien planteen intervenciones ajustadas al perfil y necesidades de tratamiento específicas de cada cuidador (Zarit et al., 2010).

Con base en nuestra experiencia de intervención con cuidadores y en el análisis de la literatura psicológica, podemos añadir el problema del “encorsetamiento” y falta de flexibilidad que supone, en cierta medida, la aplicación guiada por un manual de un tratamiento, sin poder tener en cuenta las particularidades y necesidades específicas de cada caso individual. Sin dudar de la importancia y ventajas de este tipo de diseños, esta aproximación presenta importantes limitaciones. Por un lado, su énfasis en el control experimental de variables actúa en detrimento de su validez ecológica, perdiéndose muchos aspectos de la intervención clínica real. De hecho, en la realidad clínica la terapia no tiene duración ni estructura fija y es, además, autocorrectiva: si algo no va bien, se revisa el proceso y se introducen cambios (Seligman, 1995). La “manualización” de los tratamientos ha sido y continúa siendo un tema polémico.

Así, los tratamientos empíricamente validados serían en gran medida “artificiales” y, pudiendo ser muy eficaces, no son siempre tan efectivos, útiles y/o aplicables en el contexto clínico real, entre otras razones porque muchos terapeutas rechazan esa forma de hacer terapia que no se ajusta al caso individual (p.ej., Addis y Krasnow, 2000). Por otro lado, los tratamientos manualizados se han desarrollado como paquetes de intervención breve (generalmente unas ocho sesiones), en gran medida con base a criterios de parsimonia, eficiencia y facilitación del control experimental y la investigación, fundamentalmente asociados a la falta de tiempo de los cuidadores para participar en intervenciones prolongadas que exigen una dedicación semanal. Sin embargo, como se ha sugerido, atendiendo a criterios de efectividad (satisfacción de los cuidadores), debemos reconocer que los programas de intervención resultan excesivamente breves para muchos cuidadores.

Tras la revisión de diversos trabajos que hablan de intervenciones para cuidadores (p.ej., Gallagher-Thompson et al., 2012; Pinquart y Sörensen, 2006; Zarit y Femia, 2008) puede concluirse que las características de una intervención que parecen asociarse a un mayor éxito de las mismas para entrenar a los cuidadores en habilidades que les permitan un afrontamiento más adaptativo del cuidado, así como reducir su malestar, son: a) ser experto en el problema, conociendo los modelos teóricos y las intervenciones que han mostrado mayor eficacia hasta el momento; b) realizar una adecuada evaluación que permita identificar las áreas clave de necesidad de cada cuidador; c) llevar a cabo una intervención ajustada a las particularidades de cada caso (por este motivo una intervención indivi-

dual parece ser más efectiva que una grupal), flexible en la medida en que se pueda ajustar a los posibles cambios que acontezcan en el proceso del cuidado; d) entrenar, y no solo educar, promoviendo una participación activa del cuidador en el proceso de la intervención; e) implicar a otros familiares en el proceso de la intervención y f) evaluar, además de los resultados de la intervención, el proceso de la misma o la implementación de la intervención.

### **3- Atención a familias en centros de día (o centros de atención especializada a personas mayores)**

Desde los años 80 la investigación sobre el cuidado de las personas mayores ha encontrado un mayor equilibrio entre los estudios que evalúan la carga del cuidador familiar y los estudios que evalúan el impacto de los servicios e intervenciones diseñadas para disminuir los efectos estresantes del cuidado (Gottlieb y Johnson, 2000).

De entre estos servicios, los de respiro se encuentran entre los más deseados por los cuidadores y persiguen el objetivo de prevenir o posponer el ingreso residencial (Gottlieb y Johnson, 2000), siendo el más prevalente el uso de centros de día (Gottlieb y Johnson, 2000), (IMSERSO, 2008), uno de los pocos servicios que tiene como foco principal el mantenimiento de la persona viviendo en su domicilio y el apoyo al cuidador familiar (Jeon, 2004) y parecen facilitar la adaptación de los cuidadores al proceso del cuidado (Gottlieb y Johnson, 2000). En estos centros, las personas con demencia acuden un número específico de horas semanales, reciben los cuidados necesarios y realizan diferentes actividades en función de su nivel cognitivo y funcional. Sin embargo, aunque parezca contradicto-

rio, Gottlieb y Johnson (2000) encontraron en la literatura numerosos ejemplos en los que el porcentaje de ingresos residenciales es mayor en aquellas personas que hicieron uso de los centros de día que en aquellas que no lo hicieron, por lo que el uso de centros de día parece ser un paso intermedio al ingreso en lugar de servir como un programa exclusivamente de respiro para los cuidadores informales. Esto mismo se ha puesto de manifiesto en una reciente investigación en nuestro contexto sociocultural (López, Losada, Romero-Moreno, Márquez-González y Martínez-Martín, 2012).

Pese a que algunas investigaciones deducen que la asistencia a centros de día parece tener efectos beneficiosos en sí mismos, como disminuir el estrés del cuidador o reducir la frecuencia de conductas disruptivas de los familiares con demencia los días que han hecho uso del servicio (Zarit, Kim, Femia, Almeida, Savla y Molenaar, 2011), los resultados sobre la eficacia de los centros de día para reducir el malestar en el cuidador se han mostrado inconsistentes (Gottlieb y Johnson, 2000). Además, a pesar de que los cuidadores expresan alto grado de satisfacción con el uso de los centros, los cuidadores (especialmente mujeres) con puntuaciones altas en depresión o sobrecarga informan de problemas y dificultades para usar este servicio asistencial (Jarrott, Zarit, Parris-Stephens, Townsend y Greene, 1999). Parece que para trabajar con el malestar del cuidador es necesario un apoyo adicional aparte del uso de los centros de día (Zarit, Gaugler y Jarrott, 1999). Una posible solución sería combinar el uso del centro de día con otro tipo de intervenciones, especialmente programas psicoeducativos para el entrenamiento en manejo de estrategias y habilidades para afrontar el

cuidado y para cubrir las necesidades de los cuidadores principales, disminuyendo así sus niveles de malestar. Sería especialmente recomendable que estas intervenciones se ofrecieran desde los propios centros de día por la mayor facilidad para acceder a la población de cuidadores, la familiaridad con los problemas que se pueden presentar y el mayor conocimiento de las problemáticas concretas de cada persona mayor usuaria de los mismos. Las intervenciones psicosociales, como el apoyo y la educación al cuidador, la modificación ambiental y el consejo, pueden retrasar la necesidad de institucionalización y pueden disminuir la carga que supone el cuidar a personas con demencia (Logsdon et al., 2007).

Uno de los obstáculos que parecen consolidar el hecho de que muchas familias no utilicen los centros tiene también que ver con los problemas de conducta del familiar. Así, los comportamientos problemáticos (agitación, agresividad, tristeza...) son una de las dificultades más frecuentemente señaladas en la literatura científica sobre personas con Alzheimer u otras demencias y están recibiendo una gran atención en la investigación (Algase, Beck, Kolanowski, Whall, Berent, Richards y Beattie, 1996; Cohen-Mansfield y Mintzer, 2005; Losada, 2004) y se han asociado con un menor uso de los servicios de respiro (Mavall y Malmberg, 2007). Además de ser uno de los factores que más afecta a la carga del cuidador, requieren un gran despliegue de recursos tanto individuales como institucionales (Wimo, Wimbland y Jönsson, 2010) y son considerados una de las mayores causas de institucionalización (Hamel, Gold, Andres, Reis, Dastoor, Grauer y Bergman, 1990; Mittelman, Roth, Haley y Zarit, 2004; Cohen-Mansfield y Mintzer, 2005).

De entre todas las situaciones del cuidado en las que pueden aparecer estos problemas de conducta, la situación de prepararse para acudir al centro de día es un momento especialmente sensible para su aparición (Arksey, Jackson, Croucher, Weatherly, Golder, Hare, Newbronner y Baldwin, 2004; Gottlieb y Johnson, 2000). Pese a que el centro de día está pensado como un servicio de respiro, es frecuente que los cuidadores consideren que emplean más tiempo tratando de preparar a su familiar para ir que el que emplean cuando no van. De hecho, preparar al familiar para que asista al centro de día y, en algunos casos, transportar al familiar al centro y volver del centro, es una importante barrera para el uso de los centros de día (Gaugler, Kane, Kane, y Newcomer, 2005). Además, algunos cuidadores informan de que el ir y venir al centro añade confusión y malestar a sus familiares (Gottlieb y Johnson, 2000) y que el tiempo libre que obtienen por el respiro lo dedican a “ponerse al día” en otras tareas y no a su cuidado personal y disfrute, provocando su uso más estrés que respiro (Worcester y Hedrick, 1997).

Se están obteniendo resultados prometedores para la intervención sobre problemas de conducta en personas con demencia a través de las denominadas terapias no farmacológicas (Cohen-Mansfield, 2001; Cohen-Mansfield y Mintzer, 2005; Logsdon et al., 2007; Losada, 2004; Olazarán, Reisberg, Clare, Cruz, Peña-Casanova, Del Ser, Woods, Beck, Auer, Lai, Spector, Fazio, Bond, Kivipelto, Brodaty, Rojo, Collins, Teri, Mittelman, Orrell, Feldman y Muñoz, 2010). Las terapias en las que se utilizan técnicas derivadas de la modificación de conducta (por ej., Bourgeois, Burgio, Schulz, Beach y Palmer, 1997) han recibido suficiente respaldo en diferentes

estudios como para ser consideradas empíricamente validadas (Logsdon et al., 2007). Partiendo de todo lo anterior, en el equipo de investigación “Cuidemos” se ha llevado a cabo una investigación piloto (Nogales-González, Losada, Márquez-González y Zarit, enviado) que tenía como objetivo entrenar a cuidadores en técnicas de modificación de conducta para reducir los problemas de conducta relacionados con la resistencia a acudir al centro de día, a través de intervenciones individuales de 6 sesiones. Además de evaluar los problemas de conducta, se evaluaron otras dimensiones psicológicas del cuidador (depresión y ansiedad), para analizar los posibles efectos indirectos de la intervención sobre el malestar de los cuidadores. La primera conclusión a la que se llegó con este estudio piloto es que un porcentaje significativo de las personas que acuden como usuarios a un centro de día y que están diagnosticadas de demencia presentan problemas de conducta relacionados con la asistencia al centro de día (62,8%). Se observaron reducciones significativas en las conductas disruptivas que se habían propuesto como objetivo en los tres participantes en el estudio. Además, el programa resultó efectivo para reducir de forma clínicamente significativa la sintomatología depresiva y la ansiedad en dos de los tres cuidadores. Los resultados de este estudio sugieren que la intervención individual puede resultar útil para modificar los problemas de conducta de la persona con demencia relacionados con la asistencia al centro de día.

#### **4 - Atención a familias en residencias**

Otro escenario de acción fundamental de las personas que cuidan y que ha sido poco

analizado es el contexto de las residencias o unidades de larga estancia en las que residen sus familiares. En contra de la idea bastante generalizada de que ingresar a una persona mayor en una residencia implica un abandono por parte de sus familiares, es evidente que una gran cantidad de cuidadores siguen implicados en el cuidado de sus familiares tras la institucionalización (Chen, Sabir, Zimmerman, Sutor y Pillemer, 2007; Davis y Buckwalter, 2001). De este modo, el rol de cuidador rara vez desaparece completamente una vez tomada la difícil decisión de institucionalizar al familiar, si bien sí parece cambiar de forma sustancial a partir de este momento.

Como se ha sugerido, tomar la decisión del ingreso suele ser difícil para los cuidadores, y todo el proceso de transición que implica la institucionalización suele implicar costes emocionales importantes para ellos. Son frecuentes en este proceso emociones como la tristeza, la frustración, los miedos, la incertidumbre sobre cómo será tratado su familiar, la desorientación y experiencias emocionales más complejas como la mezcla de alivio y culpabilidad, entre otras.

A lo largo de todo el proceso de la institucionalización, el apoyo y consejo psicológico ha demostrado ser beneficioso para el bienestar emocional de estas personas. Así, Gaugler, Roth, Haley y Mittelman (2008) aplicaron un programa de atención psicológica consistente en 6 sesiones de asesoría individual y familiar combinada con participación en un grupo de apoyo mutuo y consultoría telefónica disponible en cualquier momento y consiguieron reducir el nivel de carga y depresión de los cuidadores en el momento de la institucionalización y tras ésta. Por otra parte, tener relaciones satisfactorias y positivas con el

personal de la residencia también facilita a los cuidadores el afrontamiento del estrés emocional causado por el proceso de institucionalización (Garity, 2006).

Una vez que transcurre la fase de transición que supone la institucionalización, los familiares deben seguir siendo parte activa del equipo de cuidados. De hecho, facilitar y potenciar, desde las instituciones, la implicación de los familiares en el cuidado de la persona mayor institucionalizada es un objetivo cuya importancia ha sido subrayada en múltiples foros y avalada por diversos estudios. La mayor implicación de la familia en el cuidado del residente se ha encontrado asociada con mayor bienestar físico y psicológico de éste (p.ej., McCallion, Toseland y Freeman, 1999). La familia constituye el núcleo principal de las relaciones sociales y afectivas de la persona mayor y su presencia activa en la residencia garantiza el que ésta disfrute de interacciones emocionales significativas, cercanas e íntimas, al tiempo que potencia su orientación e identidad, al facilitar la percepción de continuidad para el residente. Este papel de mantenedores de la identidad parece ser especialmente importante cuando el familiar institucionalizado presenta deterioro cognitivo o demencia. Una mayor integración de las familias en las residencias también se asocia con una mayor satisfacción y bienestar emocional (menor culpa y carga) en los propios cuidadores (Gaugler, Anderson, Zarit y Pearlin, 2004; Tilly y Reed, 2006), muchos de los cuales encuentran gratificante poder seguir implicados en el cuidado del familiar. También el personal del centro parece informar de mayor satisfacción cuando hay una mayor integración de los familiares en éstos (Robison y Pillemer, 2005; Pillemer, Sui-

tor, Henderson, Meador, Schultz, Robison y Hegeman, 2003).

Sin embargo, existen bastantes obstáculos para lograr esta deseada integración familia-residencia. Por parte de los familiares, estereotipos sobre las residencias, falta de información y claridad (ambigüedad) sobre su papel como familiares en el cuidado del residente, dificultades de comunicación con el personal o emociones difíciles como la ansiedad o la culpa que sienten cuando visitan a sus familiares pueden ser algunos de los más destacables. Por parte de los centros, estos no parecen ofrecer a los familiares cauces formales explícitos para participar en el cuidado, lo que se asocia con la ausencia de una filosofía de centro que explicita y asuma como objetivo fundamental del mismo la atención e integración de los familiares en el cuidado del residente. De este modo, en la práctica, la familia no suele encontrar huecos reales en los que poder ejercer su colaboración en el cuidado. Por su parte, el personal de la residencia se encuentra, a su vez, sobrecargado con sus múltiples tareas prioritarias centradas en el cuidado técnico y de los residentes, mostrando una excesiva rutinización de su trabajo y no disponiendo de tiempo para dedicarlo a los familiares.

Estas circunstancias facilitan en muchas ocasiones la aparición de tensiones y dificultades en las relaciones entre el personal y los familiares, quienes, por un lado, suelen desear que el personal trate a sus familiares de forma más individualizada e integral (menos “técnica”) y, por otro lado, se sienten ignorados y no reconocidos por los profesionales del centro.

Se han señalado diferentes medidas que pueden contribuir a superar estos obstáculos y favorecer la colaboración entre la

familia y el personal del centro, llegando a proponerse intervenciones estructuradas para lograr este objetivo. La intervención más popular en este sentido es el programa “Compañeros en el Cuidado” desarrollada por el investigador Karl Pillemer y colaboradores (Pillemer et al., 2003; Robison y Pillemer, 2005). Este programa consiste en dos talleres paralelos de 7 horas de duración, uno impartido a los familiares y el otro al personal de enfermería del centro residencial, incluyendo una sesión final conjunta en la que familiares y profesionales se comunican para intentar mejorar sus relaciones y tomar decisiones que faciliten su colaboración en el cuidado. Los contenidos fundamentales del programa son el entrenamiento en habilidades de comunicación como la escucha activa, la empatía, el manejo de conflictos, la consideración de valores y las diferencias culturales y la discusión abierta sobre sus sentimientos y pensamientos de un grupo hacia el otro. A través de esta intervención se han obtenido efectos beneficiosos tanto para los familiares (quienes perciben una mayor empatía por parte de los profesionales e informan de un menor nivel de depresión tras la intervención), como para los profesionales de los centros, que perciben a los familiares como más colaboradores y presentan menor intención de abandonar su puesto de trabajo (Pillemer et al., 2003). El programa *Compañeros en el Cuidado* todavía no ha sido replicado en nuestro país, aun cuando ésta, y otras intervenciones, podrían contribuir enormemente a mejorar la calidad de vida de las familias que continúan cuidando a sus familiares en las residencias. Es innegable el hecho de que en numerosos centros residenciales de nuestro país se han desarrollado y se llevan a cabo iniciativas dirigidas a facilitar la colaboración de la familia en la

residencia, si bien todavía es escasa la sistematización de estos procedimientos y su difusión a través de publicaciones.

Como se desprende de lo revisado en esta sección, es indudable que las personas que cuidan pueden seguir siendo cuidadoras tras la institucionalización de su familiar, si bien su rol cambia de forma sustancial, presentando nuevas necesidades y dificultades. Desde los centros residenciales, se debería atender de forma satisfactoria a las familias para ayudarles en este proceso, desde los primeros momentos de la interacción con éstas.

### **5- Cuidadores en el duelo. El contexto en el que el familiar ya no está**

El duelo ante la muerte de un ser querido con demencia, como cualquier otra experiencia dolorosa, es parte de la vida. Sin embargo, cuando fallece un ser querido, la sociedad “exige” dos posturas que pueden resultar contradictorias (López y Quintero, 2010); por una parte, que se manifieste un cierto pesar ante la pérdida de un ser querido. No parece normal encontrarse contento y feliz, ni siquiera tranquilo, en esos momentos inmediatamente posteriores a que fallezca un familiar. Después de saber que ha fallecido un ser querido “se tiene” que estar triste y acongojado. Entre los cuidadores de familiares con demencia hay algunos de ellos que se sienten culpables por no sentirse mal después del fallecimiento del familiar al que cuidaban o, más exactamente, por no sentirse tan mal como habían previsto que sucedería. Es decir, hay cuidadores que se sienten mal por no sentirse mal cuando fallece un ser querido.

La segunda solicitud es que no se esté mucho tiempo afligido por la ausencia del ser

querido que falta. El duelo, para ser socialmente aceptable, tiene que ser relativamente fugaz. Parece que el duelo es una reacción normal ante la pérdida de una persona amada, que es una respuesta adaptativa, siempre que no dure demasiado. Tanto es así que los criterios recogidos en el DSM-IV-TR, pese a reconocer explícitamente que “la duración y la expresión de un duelo «normal» varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales”, indican que por encima de dos meses puede diagnosticarse un trastorno depresivo si se mantienen, además de sentimientos intensos de tristeza, algunos síntomas asociados como insomnio, anorexia y pérdida de peso, y no se debe diagnosticar un duelo complicado antes de transcurridos seis meses de la pérdida. Aunque, evidentemente, para tratar de aliviar el sufrimiento de quien ha perdido a un ser querido no “hace falta” esperar seis meses.

Algunos autores (Holland, Currier y Gallagher-Thompson, 2009; Silverberg, 2006; Walker, Pomeroy, McNeil y Franklin, 1994) indican que en el caso de los cuidadores de personas con demencia se puede dar un duelo privado de manifestación, un duelo que no siempre es bien acogido por los demás, ya que consideran el fallecimiento un alivio más que una causa de duelo.

Cada cual tiene su propia manera de adaptarse a la ausencia de sus seres queridos. El duelo es un proceso personal caracterizado por la idiosincrasia, intimidad y peculiaridad de nuestra identidad (Neimeyer, 2002; Silverberg, 2006). El duelo es una experiencia a la vez universal y única, siendo patológico cuando interfiere sensiblemente en el funcionamiento general de la persona, comprometiendo su salud, bien sea poco

después del fallecimiento del ser querido, bien transcurrido un gran periodo de tiempo desde su muerte.

El proceso de duelo se manifiesta en diferentes etapas descritas con pequeñas variaciones por diversos autores. Neimeyer (2002) considera que el doliente pasa de la evitación a la asimilación, para terminar con la acomodación, mientras que Kübler-Ross (1989) señala que las fases del duelo en los pacientes terminales son: negación, depresión, cólera, reajuste y aceptación.

Hay al menos tres teorías sobre el proceso de duelo en los cuidadores. Una primera teoría *de la acumulación de estrés*, dice que conforme aumenta el tiempo y estresores del cuidado el duelo es peor. Cuanto más tiempo haga que se es cuidador, el estrés aumenta, los problemas son mayores, los recursos del cuidador son menores y, por tanto, el proceso del duelo se complica. Una segunda teoría, *de la reducción de estrés*, dice justamente lo contrario, pues se señala que cuanto mayor es el tiempo cuidado menor es el impacto del duelo. Cuanto más tiempo haga que se es cuidador el estrés disminuye pues los cuidadores se adaptan mejor a los problemas que van surgiendo y en este mismo sentido el proceso del duelo se aborda mejor. Una última teoría señala que *gran parte del duelo se elabora anticipatoriamente en los cuidadores*, facilitando el duelo al fallecer la persona con demencia. El cuidador que afronta una enfermedad como la demencia usualmente comienza el proceso de duelo antes de la pérdida propiamente dicha. Las tareas a llevar a cabo en el duelo se realizan en parte antes de que el familiar fallezca y esto hace que el duelo cuando fallece el ser querido sea más fácil de llevar a cabo (Schulz et al., 2008).

El duelo es el proceso de reconstruir el mundo (y por tanto, a sí mismo) sin la persona perdida. Se trata de dotar de un nuevo sentido a los elementos con los que el sujeto debe construir su realidad. Worden (2004) propone cuatro tareas para superar el duelo de forma satisfactoria. Lo que resulta más interesante del planteamiento de este autor es que otorga gran responsabilidad al individuo en su proceso de reconstruir su mundo sin la persona fallecida al establecer “tareas” y no “etapas” del duelo, por lo que da un papel activo frente a otras definiciones tradicionales menos participativas. El concepto de etapa es algo por lo que hay que pasar, mientras que el de tarea es algo que yo puedo hacer, un trabajo o reto que se pone delante de uno. A su juicio, son cuatro las tareas a llevar a cabo, que no necesariamente siguen el orden que se propone a continuación:

*Aceptar la realidad de la pérdida.* Por muy previsible que sea el fallecimiento de un familiar siempre hay una cierta sensación inicial de que no es real lo que ha pasado. La primera tarea es, pues, asumir que el ser querido no va a volver, que el reencuentro no es posible.

*Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.* El dolor que se siente es un dolor total: biológico, psicológico, social, familiar y espiritual. No siempre el dolor tiene la misma intensidad pero no se puede evitar el dolor de la pérdida y las sensaciones asociadas, generalmente, enfado, culpa, soledad, impotencia o tristeza.

*Adaptarse a un medio en el que el fallecido ya no está.* Esta tercera tarea es esencial ya que el proceso fundamental de la experiencia de duelo es el intento de reconstruir el propio mundo de significados.

*Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.* Hay que encontrar un lugar apropiado en la vida emocional al ser querido que ha fallecido que deje espacio para los demás. No se trata de olvidar sino que el recuerdo del ser fallecido no le impida sentirse cómodo y volver a vivir la vida. Esta cuarta tarea termina cuando se percibe al mundo con sentido, con otros seres a los que amar, aunque ya no esté el ser querido.

Pasar de estar centrados en la muerte, en el morir (en lo que se ha perdido y los sentimientos dolorosos que se experimentan) a estar centrados en la vida, en el vivir (en lo que se es y se tiene, y en el ser capaces de amar), que cicatricen las heridas, aceptar intelectual y emocionalmente la pérdida, reconstruir la vida y su significado, no es un proceso ni corto, ni fácil (López y Quintero, 2010). Con todo, muchos de los cuidadores se muestran resilientes ante el duelo (Holland et al., 2009). De todos los cuidadores de familiares con demencia en duelo una tercera parte utiliza algún recurso en esos momentos, bien consejo, psicofármacos o bien un grupo de ayuda mutua. Son los cuidadores emocionalmente más afectados los que más utilizan estos recursos (Bergman, Haley y Small, 2011).

Es esencial que, en la medida de lo posible (López y Quintero, 2010; Walker et al., 1994), el entorno de la persona en duelo se comprometa, pues los familiares, amigos y vecinos son una ayuda relevante en este proceso. También es muy importante facilitar la comunicación. Así, si el cuidador desea hablar del fallecido, o de sus propios sentimientos, conviene facilitarlos. Es positivo dar información pero que ésta se ajuste a la capacidad de asimilación y uso del cuidador. Asimismo, conviene ser flexibles: hay muchas diferencias no sólo entre

las distintas personas que pierden a un mismo ser querido sino también en una misma persona a lo largo del tiempo, no siendo lo mismo perder a un familiar mayor que a un esposo de mediana edad o un hijo. Conviene adaptarse a las distintas situaciones, la muerte siempre es algo nuevo. También es importante respetar la expresión de sentimientos del cuidador; estos sentimientos pueden variar desde la tristeza hasta el enfado y la rabia. No siempre es fácil acompañar la rabia contra los otros, contra el mundo o contra Dios.

Aunque el apoyo empírico sobre la eficacia de los tratamientos para mejorar la adaptación al duelo es inconsistente, parece que las intervenciones dirigidas a tratar el estrés y la depresión de los cuidadores consiguen disminuir el riesgo de duelo complicado después del fallecimiento del familiar con demencia. Estos resultados sugieren que los tratamientos dirigidos a prevenir el duelo a través del control del estrés del cuidador pueden ser eficaces. Cuidadores que tras un proceso terapéutico saben manejar el estrés y los sentimientos depresivos que les acontecen parecen que se adaptan mejor a los efectos de la pérdida del familiar, que son más capaces de afrontar el duelo cuando fallece su ser querido (Schulz, Boerner y Hebert, 2008; Holland et al., 2009).

Para acompañar el duelo normal, y con el fin de que no se complique ni se enmascare, ni se cronifique y luego explote, conviene que una vez que el familiar ha superado el estado inicial de shock por la noticia del fallecimiento del ser querido, se hable con él para facilitar, o por lo menos no entorpecer, las tareas que ayudan a la recuperación del duelo (Walker et al., 1994). Según Silverberg (2006), tras fallecer el familiar con demencia, la mayoría de los cuidado-

res no reconocen su duelo y por tanto una primera tarea para el terapeuta será trabajar el reconocimiento. Luego, habrá que ayudar al doliente a que acepte la realidad de la pérdida, trabaje las emociones y el dolor de la pérdida, se adapte a un medio en el que el fallecido está ausente y recoloque emocionalmente al fallecido para poder seguir viviendo.

Kasl-Godley (2003), en un estudio piloto para ayudar a cuidadores de familiares con demencia a manejar las reacciones de duelo, encuentra que los cuidadores estaban satisfechos al terminar el tratamiento y que habían normalizado su experiencia de duelo.

Burns, Nichols, Martindale-Adams, Graney y Lummus (2003) comparan dos intervenciones dirigidas a paliar el duelo de cuidadores con demencia. Los autores consiguen reducir significativamente el malestar provocado por los problemas de memoria y de conducta y aumentar el bienestar subjetivo.

La mayoría de los cuidadores necesitan apoyo un breve espacio de tiempo, algunos necesitan de acompañamiento durante un tiempo más prolongado y sólo unos pocos necesitarán la ayuda de profesionales de la salud mental (Holland et al., 2009). Con todo, y pese a estas diferencias entre las personas, hay que tratar de dar a todos la ayuda que precisan.

## 6- Conclusiones

Son muchas las familias y personas que individualmente asumen la mayor parte de los cuidados de familiares enfermos con demencia sufriendo importantes consecuencias negativas sobre su salud psicológica y física asociadas al cuidado del

familiar. A través del presente trabajo se ha pretendido reflejar que, a pesar de que la mayoría de ejemplos de estudios sobre intervenciones dirigidas a cuidadores familiares de personas con demencia se llevan a cabo cuando el cuidado se está realizando en el domicilio, la realidad es que los cuidadores continúan realizando su labor en otros contextos. A pesar de que determinados servicios como los centros de día o las residencias puedan, entre otras cuestiones, proporcionar al cuidador un cierto respiro en sus tareas, aún pueden realizarse importantes actuaciones que beneficien más a las familias. Por ejemplo, se pueden realizar intervenciones que actúen sobre la sorprendente infrautilización de recursos formales de respiro. Si se analizan con detalle los factores, relacionados con el cuidado, que están tras la no utilización de los mismos, se pueden encontrar importantes dimensiones sobre la que se puede intervenir para aumentar su uso (p.ej., intervenciones conductuales para evitar comportamientos problemáticos). Complementar la ayuda formal con recursos específicos de ayuda al cuidador puede contribuir de manera significativa a mejorar la calidad de vida de los cuidadores y de sus familias, así como retrasar o incluso evitar (si así lo desea la familia) la institucionalización de la persona que padece demencia.

Por otra parte, se ha pretendido reflejar, de forma contraria a la creencia popular de que el cuidado termina cuando se ingresa al familiar en una residencia o éste fallece, que se puede hacer mucho por disminuir el sufrimiento de los cuidadores en etapas tan difíciles como las de la institucionalización o el fallecimiento del familiar.

Si bien cada vez resulta más habitual encontrar ejemplos de investigaciones diri-

gidas a mejorar la calidad de vida de los cuidadores en el contexto domiciliario (ver, por ejemplo, Etxeberría et al., 2011; López et al., 2007; Losada et al., 2004, 2011; Márquez-González et al., 2007, 2010; Martín-Carrasco et al., 2009), la eficacia de las mismas es aún moderada (Pinquart y Sörensen, 2006), y el número de iniciativas realizadas en nuestro país es extremadamente escaso. Se han revisado diferentes propuestas de intervenciones para ayudar a los cuidadores (ver, p. ej., Gallagher-Thompson et al., 2012), y se ha sugerido la necesidad de contar con iniciativas que analicen cómo ayudar a los cuidadores en otros contextos o etapas del cuidado. A pesar de que el contexto actual de crisis parece limitar aun más las posibilidades de ofrecer una adecuada ayuda a las familias que cuidan, la literatura científica parece reflejar cada vez más iniciativas y procedimientos que pueden contribuir a proporcionar una ayuda eficaz a las familias. Tal y como se ha reflejado en este artículo, existen diferentes opciones no farmacológicas que pueden ayudar tanto a los cuidadores como a las personas que padecen demencia.

## Referencias

- Addis, M.E. y Krasnow, A.D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 331-339.
- Algase, D.L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K. y Beattie, E. (1996). Need-Driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease, 11*, 10-19.
- Arksey, H., Jackson, K., Croucher, K., Weatherly, H., Golder, S., Hare, P., Newbronner, E. y Baldwin, S. (2004). Review of respite services and short-term breaks for carers for people with dementia. *Report for the National*

*Co-ordinating Center for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO), July 2004.*

Bergman, E. J., Haley, W. E., y Small, B. J. (2011). Who uses bereavement services? An examination of service use by bereaved dementia caregivers. *Aging and Mental Health, 15*, 531-540.

Bourgeois, M.S., Burgio, L.D., Schulz, R., Beach, S. y Palmer, B. (1997). Modifying Repetitive Verbalization of Community-Dwelling Patients with AD. *The Gerontologist, 37*, 30-39.

Burgio, L., Lichstein, K.L., Nichols, L., Czaja, S., Gallagher-Thompson, D., Bourgeois, M., Stevens, A., Ory, M., Schulz, R. y REACH Investigators. (2001). Judging Outcomes in Psychological Interventions for Dementia Caregivers: The Problem of Treatment Implementation. *The Gerontologist, 41*, 481-489.

Burns, R., Nichols, L. O., Martindale-Adams, J., Graney, M. J., y Lummus, A. (2003). Primary care interventions for dementia caregivers: 2-year outcomes from the Reach Study. *The Gerontologist, 43*, 547-555.

Chen, C.K., Sabir, M., Zimmerman, S., Sutor, J., y Pillemer, K. (2007). The importance of family relationships with nursing facility staff for family caregiver burden and depression. *Journals of Gerontology, 62*, 253-260.

Cohen-Mansfield, J. y Mintzer, J.E. (2005). Time for change: The role of nonpharmacological interventions in treating behavior problems in nursing home residents with dementia. *Alzheimer Dissabilities Association Disorder, 19*, 37-40.

Cohen-Mansfield, J. (2001). Nonpharmacologic Interventions for Inappropriate Behaviors in Dementia. A Review, Summary and Critique. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 9*, 361-381.

Crespo M., López, J., y Zarit, S.H. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 20*, 591-592.

Davis, L. y Buckwalter, K. (2001). Family caregiving after nursing home admission. *Journal of Mental Health and Aging, 7*, 361-379.

Etxebarria, I., García-Soler, A., Iglesias, A., Urdaneta, E., Lorea, I., Díaz, P. y Yanguas, J.J. (2011). Effects of training in emotional regulation strategies on the well-being of carers of Alzheimer patients. *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 46*, 206-212.

Gallagher-Thompson, D. y Coon, D. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging, 22*, 37-51.

Gallagher-Thompson, D., Tzuang, M.Y., Brodaty, H., Charlesworth, G., Gupta, R., Lee, S.E., Losada, A. y Shyu, Y.I. (2012). International Perspectives on Nonpharmacolo-

gical Best practices for Dementia Family Caregivers: A Review. *Clinical Gerontologist, 35*, 316-355.

Garity J. (2006). Caring for a family member with Alzheimer's disease: coping with caregiver burden post-nursing home placement. *Journal of Gerontological Nursing, 32*, 39-48.

Gaugler, J.E., Anderson, K.A., Zarit, S.H. y Pearlin, L.I. Family involvement in nursing homes: effects on stress and well-being. *Aging and Mental Health, 8*, 65-75.

Gaugler, J., Kaen, R., Kane, R. y Newcomer, R. (2005). Early Community-Based Service Utilization and its Effects on Institutionalization in Dementia Caregiving. *The Gerontologist, 45*, 177-185.

Gaugler, J.E., Roth, D.L., Haley, W.E., y Mittelman, M.S. (2008). Can counseling and support reduce burden and depressive symptoms in caregivers of people with Alzheimer's disease during the transition to institutionalization? Results from the New York University caregiver intervention study. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*, 421-428

Gottlieb y Johnson. (2000). Respite programs for caregivers of persons with dementia: A review with practice implications. *Aging and Mental Health, 4*, 119-129

Grant, I., Adler, K. A., Patterson, T. L., Dimsdale, J. E., Ziegler, M. G. y Irwin, M. R. (2002). Health consequences of Alzheimer's caregiving transitions: Effects of placement and bereavement. *Psychosomatic Medicine, 64*, 477-486.

Hamel, M., Gold, D.P., Andres, D., Reis, M., Dastoor, D., Grauer, H. y Bergman, H. (1990). Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist, 30*, 206-211.

Holland, J. M., Currier, J. M. y Gallagher-Thompson, D. (2009). Outcomes From the Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH) Program for Bereaved Caregivers. *Psychology and Aging, 24*, 190-202.

IMSERSO (2005). *Cuidado a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2008). *Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.

Jarrott, S.E., Zarit, S. H., Parris-Stephens, M. A., Townsend, A. y Greene, R. (1999). Caregiver satisfaction with adult day service programs. *American Journal of Alzheimer's Disease, 14*, 233-244

Jeon, Y.H. (2004). Shaping mutuality: Nurse-family caregiver interactions in caring for older people with depression. *International Journal of Mental Health Nursing, 13*, 126-134

Kasl-Godley, J. (2003). Anticipatory grief and loss: Implications for intervention. En D. Coon, D. Gallagher-Thompson, y L. Thompson (Eds.), *Innovative interventions*

- to reduce dementia caregiver distress (pp. 210-219). New York: Springer.
- Knight, B., y Losada, A. (2011). Family Caregiving for Cognitively or Physically Frail Older Adults: Theory, Research, and Practice. En K.W. Schaie y S.L. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (7a ed., pp. 353-365). New York: Academic Press.
- Knight, B. G. y Sayegh, P. (2010). Cultural values and caregiving: the updated Sociocultural Stress and Coping Model. *Journals of Gerontology*, 65, 5-13.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Larson, E.B., Shadlen, M.F., Wang, L., McCormick, W.C., Bowen, J.D., Teri, L. y Kukull, W.A. (2004). Survival after initial diagnosis of Alzheimer disease. *Annals of Internal Medicine*, 140, 501-509.
- Lieberrnan, M. A., y Fisher, L. (2001). The effects of nursing home placement on family caregivers of patients with Alzheimer's disease. *The Gerontologist*, 41, 819-826.
- Logsdon, R.G., McCurry, S.M. y Teri, L. (2007). Evidence-Based Psychological Treatments for Disruptive Behaviors in Individuals with Dementia. *Psychology and Aging*, 22, 28-36.
- López, J., Crespo, M. y Zarit, S. H. (2007). Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older adults. *The Gerontologist*, 47, 205-214.
- López, J. y Quintero, A. (2010). Acompañar a las familias en el duelo de un ser querido. *ITER*, 51, 155-174.
- López, J., Losada, A., Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., y Martínez-Martín, P. (2012). Factores asociados a la consideración de ingresar a un familiar con demencia en una residencia. *Neurología*, 27, 83-89.
- Losada, A. (2004). *Intervenciones no farmacológicas para la reducción de comportamientos problemáticos asociados a la demencia*. Madrid: Portal Mayores.
- Losada, A., Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., y Pérez, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. *Revista de Neurología*, 38, 701-708.
- Losada, A., Knight, B.G. y Márquez, M. (2003). Barreras cognitivas para el cuidado de personas mayores dependientes. Influencia de las variables socioculturales. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 38, 116-123.
- Losada, A., Márquez-González, M., Knight, B.G., Yanguas, Y., Sayegh, P. y Romero-Moreno, R. (2010). Psychosocial factors and caregivers' distress: effects of familism and dysfunctional thoughts. *Aging and Mental Health*, 14, 193-202.
- Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C., Gallagher-Thompson, D. y Knight B.G. (2007). Reflexiones en torno a la atención a los cuidadores informales de personas con demencia y propuesta de una intervención interdisciplinar. *Psicología Conductual*, 15, 57-76.
- Losada, A., Márquez-González, M. y Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioural activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26, 1119-1127.
- Losada, A., Montorio, I., Knight, B.G., Márquez, M. e Izal, M. (2006). Explanation of caregivers distress from the cognitive model: the role of dysfunctional thoughts. *Psicología Conductual*, 14, 115-128.
- Márquez-González, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rojo, G., y Montorio, I. (2007). Modification of Dysfunctional Thoughts about Caregiving in Dementia Family Caregivers: description and outcomes of an Intervention Program. *Aging and Mental Health*, 11, 616-625.
- Márquez-González, M., Losada, A., Pillemer, K., Romero-Moreno, R., López, J. y Martínez, T. (2010). Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidado colaborativo. *Psicogeriatría*, 2, 93-104.
- Márquez-González, M., Romero-Moreno, R. y Losada, A. (2010). Caregiving issues in a therapeutic context: New insights from the acceptance and commitment therapy approach. En N. Pachana, K. Laidlaw y Bob Knight (Eds.). *Casebook of Clinical Geropsychology: International Perspectives on Practice* (pp. 33-53). New York: Oxford. University Press.
- Martín-Carrasco, M., Martín, M.F., Valero, C.P., Millán, P.R., García, C.I., Montalbán, S.R., Vázquez, A.L., Piris, S.P. y Vilanova, M.B. (2009). Effectiveness of a psychoeducational intervention program in the reduction of caregiver burden in Alzheimer's disease patients' caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 489-499.
- Mateos, R., Franco, M. y Sánchez, M. (2010). Care for dementia in Spain: the need for a nationwide strategy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 881-884.
- Mausbach, B.T., Roepke, S.K., Depp, C.A., Moore, R., Patterson, T.L. y Grant, I. (2011). Integration of the pleasant events and activity restriction models: development and validation of a "PEAR" model of negative outcomes in Alzheimer's caregivers. *Behavior Therapy*, 42, 78-88.
- Mausbach, B.T., Roepke, S.K., Ziegler, M.G., Milic, M., von Känel, R., Dimsdale, J.E., Mills, P.J., Patterson, T.L., Allison, M.A., Ancoli-Israel, S. y Grant I. (2010). Association between chronic caregiving stress and impaired endothelial function in the elderly. *Journal of the American College of Cardiology*, 8, 2599-2606.

- Mavall, L., y Malmberg, B. (2007). Day care for persons with dementia: An alternative for whom? *The International Journal of Social Research and Practice*, 6, 27-43.
- McCallion, P., Toseland, R.W., Freeman, K. (1999). An evaluation of a family visit education program. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47, 203-214.
- Mittelman, M., Roth, D., Clay, O. y Haley, W. (2007). Preserving health of Alzheimer caregivers: Impact of a spouse caregiver intervention. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 780-789.
- Mittelman, M., Roth, D., Haley, W. y Zarit, S. (2004). Effects of a Caregiver Intervention on Negative Caregiving Appraisals of Behavior Problems in Patients with Alzheimer's Disease: results of a Randomized Trial. *Journal of Gerontology*, 59, 27-34.
- Neimeyer, R. A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.
- Nogales-González, C., Losada, A., Márquez-González, M. & Zarit, S.H. (submitted). *Behavioral intervention for reducing resistance to attending day care centers: a pilot study*.
- Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Peña-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J.M., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H.H. y Muñoz, R. (2010). Nonpharmacological Therapies in Alzheimer's Disease: A systematic review of Efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 30, 161-178.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Serple, S. y Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30, 583-591.
- Pillemer, K., Sutor, J.J., Henderson, C.R. Jr, Meador, R., Schultz, L., Robison, J. y Hegeman, C. (2003). A cooperative communication intervention for nursing home staff and family members of residents. *The Gerontologist*, 43, 96-106.
- Pillemer, K., Hegeman, C.R., Albright, B. y Henderson, C. (1998). Building bridges between families and nursing home staff: The partners in caregiving program. *The Gerontologist*, 38, 499-503.
- Pinquant, M., y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A metaanalysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.
- Pinquant, M., y Sörensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: Which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*, 18, 577-595.
- Pinquant M, y Sörensen S. (2011). Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychology and Aging*, 26, 1-14.
- Robison, J, y Pillemer, K. (2005). Partners in caregiving: Cooperative communication between families and nursing homes. In J. Gaugler (Ed.), *Promoting family involvement in long-term care settings* (pp. 201-224). Baltimore: Health Professions Press.
- Robinson-Whelen, S., Tada, Y., MacCallum, R.C., McGuire, L. y Kiecolt-Glaser, J. K. (2001). Long term caregiving: What happens when it ends? *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 573-584.
- Romero-Moreno, R., Losada, A., Mausbach, B.T., Márquez-González, M., Patterson, T.L. y López, J. (2011). Analysis of the moderating effect of self-efficacy domains in different points of the dementia caregiving process. *Aging and Mental Health*, 15, 221-231
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A. y López J. (2011). Motives for caring: relationship to stress and coping dimensions. *International Psychogeriatrics*, 23, 573-582.
- Schulz, R. y Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. *JAMA*, 282, 2215-2219.
- Schulz, R., Boerner, K, y Hebert, R. S. (2008). Caregiving and bereavement. En M. Stroebe, R. Hansson, H. Schut, y W. Stroebe, *Handbook of bereavement research and practice* (pp. 265-285). Washington: American Psychological Association.
- Schulz, R., Belle, S. H., Czaja, S. J., McGinnis, K. A., Stevens, A. y Zhang, S. (2004). Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being. *JAMA*, 25, 961-967.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Silverberg, E. (2006). Introducing the 3-a grief intervention model for dementia caregivers: Acknowledge, assess and assist. *Omega-Journal of Death and Dying*, 54, 215-235.
- Tilly J. y Reed P. (2006). *Dementia care practice recommendations for assisted living residences and nursing homes*. Washington: Alzheimer's Association.
- Vitaliano, P.P., Young, H.M. y Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness?. *Current Directions in Psychological Science*, 13, 13-16.
- Walker, R.J., Pomeroy, R.C., McNeil, J.S., y Franklin, C. (1994). Anticipatory grief and Alzheimer's disease: Strategies for interventions. *Journal of Gerontological Social Work*, 22, 21-23

Wimo, A., Wibland, B., y Jönsson, L. (2010). The world-wide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimer's and Dementia*, 6, 98-103.

Worcester M. y Hedrick S. (1997). Dilemmas in using respite for family caregivers of frail elders. *Family and Community Health*, 19, 31-48.

Worden, J.W. (2004). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia* (2ª Ed.). Barcelona: Paidós.

Zarit, S.H. y Femia, E.E. (2008). A future for family care and dementia intervention research? Challenges and strategies. *Aging and Mental Health*, 12, 5-13.

Zarit, S.H., Femia, E.E., Kim, K., y Whitlatch, C.J. (2010). The structure of risk factors and outcomes for family caregivers: implications for assessment and treatment. *Aging and Mental Health*, 14, 220-231.

Zarit, S.H., Gaugler, J.E. y Jarrott, S.E. (1999). Useful services for families: research findings and directions. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 165-177.

Zarit, S. H., Kim, K., Femia, E. E., Almeida, D., Savla, J. y Molenaar, C. (2011). Effects of adult day care on daily stress of caregivers: a within- person approach. *Journal of Gerontology*, 66, 538-546.

Fecha de recepción: 20/07/2012

Fecha de aceptación: 10/02/2013

# Campo de trabajo de voluntariado: "Alacant, trobada intergeneracional"

María Clara Aguado Barahona

Psicóloga Clínica

Residencia de Personas Mayores Dependientes: "La Florida"

Coordinadora del Grupo de Envejecimiento del COP Alicante

clara.aguado@gmail.com

## resumen/abstract:

En este artículo se presenta un programa de intervención realizado en una Residencia de personas mayores dependientes en Alicante. El objetivo de este programa consiste en favorecer una convivencia intergeneracional en la que se posibilite el intercambio de experiencias entre personas mayores y jóvenes, creando vivencias gratificantes que afecten positivamente al estado de salud y bienestar del mayor.

Presentamos aquí datos descriptivos, y valoraciones de los participantes cuantitativas y cualitativas, con una muestra de 90 ancianos, con diversos grados de dependencia física y/o psíquica, y edades comprendidas entre los 60 y los 99 años. Se excluyen de la evaluación los residentes encamados en estadios avanzados de enfermedad, que en esta última edición, han supuesto aproximadamente un 10% de la población total.

El IVAJ selecciona 20 voluntarios, estudiantes españoles y extranjeros, con buen nivel de castellano, cuya edad se sitúa entre 18 y 25 años. La Psicóloga y las TASOCS del centro son las responsables de la puesta en práctica de este programa.

La evaluación se realiza a través de la información recogida a los participantes que pueden contestar.

*This paper presents a project carried out in a residence of dependent elderly people in Alicante. The aim of the project is to foster intergenerational exchange of experiences between elderly and young people, so creating rewarding experiences that positively affect the health and well-being of the first group.*

*In order to cover this target, we present descriptive data, both quantitative and qualitative, as well as the assessment of the project by the participants. The sample consisted in 90 elderly people, suffering different degrees of physical and/or psychological dependence, between 60 and 99 years old. Residents in advanced stages of disease, which in this last edition are excluded from the evaluation, were about 10% of the total population.*

*The INSTITUTO VALENCIANO DE LA JUVENTUD (IVAJ) selected 20 volunteers, Spanish and foreign students, with good level of Spanish, between 18 and 25 years old. The psychologist and the TASOCS of the Centre were responsible for the implementation of this program.*

*The assessment was performed through the information provided by participants who were able to answer.*

## palabras clave/keywords:

Proyecto intergeneracional, personas mayores dependientes, jóvenes, interacción social.

*Intergenerational project, dependent elderly, youth, social interaction.*

## Introducción. Justificación del proyecto

Según la ONU, la esperanza de vida en España, que en 1901 era de 34,76 años, en un siglo ha alcanzado los 79,69 años, es decir, se ha multiplicado por 2,29. Desde 1900 la población mayor se ha multiplicado por ocho en términos absolutos, siendo más fuerte el incremento de los mayores de 80 que entre 1991 y 2001 aumentaron en un 42%. En el 2025 casi uno de cada cuatro ciudadanos tendrá más de 65 años y la mitad serán mayores de 50 años. Esto equivaldría aproximadamente, en términos europeos, a que todos los ciudadanos de Francia e Italia, en el 2025, fueran mayores de 65 años (unos 130.000.000 de personas).

Sin duda alguna, el envejecimiento demográfico representa un éxito de las mejoras sanitarias y sociales sobre la enfermedad y la muerte, que hacen aumentar la longevidad y esperanza de vida de la población, una de las más altas del mundo, comparable con Japón y otros países desarrollados.

La prestación de servicios residenciales está ligada actualmente, en las personas autónomas, a vivir en compañía y a recibir los servicios necesarios que la edad les va demandando. En las personas dependientes está ligada a descargar a las familias y a recibir los cuidados necesarios, producidos por las diferentes causas y grados de dependencia.

La dependencia en las personas mayores está vinculada al estado biológico y psicológico, a la situación sociocultural y a factores económicos y de entorno, así como a una combinación de las causas anteriores. Aumentan la dependencia factores como la presencia de enfermedades físicas y menta-

les, el dolor crónico, los deterioros sensoriales y las restricciones de movilidad.

Figuran entre los motivos más comunes por los que los mayores van a vivir a una residencia: la soledad (búsqueda de compañía), la salud (deterioro de salud física y/o psíquica, disminución de autonomía personal), padecer distintos grados de dependencia, no molestar a la familia, por problemática social, situación de abandono o maltrato y orden judicial de internamiento.

El Consejo Estatal de Personas Mayores celebró en 2009 su III Congreso Estatal. En sus conclusiones hicieron constar la necesidad de fomentar nuevas formas de solidaridad intergeneracional, en la creencia de que potenciar estas relaciones, produce beneficio a las generaciones implicadas e incide positivamente en evitar la soledad, el aislamiento e incrementa las posibilidades de envejecimiento activo.

El voluntariado intergeneracional supone posibilitar la integración comunitaria que las personas mayores, por razones de edad y de institucionalización, puede estar disminuida. Por otra parte, el envejecimiento de la población nos lleva a pensar modos de cuidados diferentes que produzcan beneficios al mayor y que, al mismo tiempo, teniendo en cuenta la variedad de modelos intrafamiliares, así como la disminución de contactos intergeneracionales en su seno, los programas intergeneracionales pueden reforzar y facilitar el encuentro entre personas de distintas generaciones.

Los programas intergeneracionales proporcionan a los mayores un medio de transmisión de la cultura y las tradiciones a las nuevas generaciones, a la vez que mejoran la manera que tienen de percibirse a sí mismos. Los jóvenes implicados en programas

intergeneracionales ganan un conocimiento y un aprecio por la vejez a la vez que le pierden temor. También se benefician de la relación intergeneracional con personas de otros grupos de edad diferentes al suyo que pueden proporcionarles guía, consejo, sabiduría, apoyo y amistad.

En este sentido, los campos de voluntariado juvenil son un tipo de actividades juveniles en las que un grupo de jóvenes de diferentes procedencias, se compromete de forma voluntaria y desinteresada a desarrollar un proyecto de trabajo con contenido social en favor de la comunidad, combinado con actividades complementarias de animación. La realización del proyecto es un medio para fomentar valores de convivencia, tolerancia, participación, solidaridad y aprendizaje intercultural e intergeneracional.

El objetivo del Programa de Campos de Trabajo es la realización de tareas de voluntariado, en distintas modalidades entre las que se encuentran las de tipo social.

Por lo anteriormente expuesto, el equipo técnico del centro acogió la propuesta del Instituto Valenciano de la Juventud, pensando inicialmente en aportar bienestar a los mayores. Hoy, a través de la información recogida y del análisis de los resultados de las doce ediciones realizadas, puedo constatar como parte de la generación intermedia facilitadora del programa, que el beneficio es para ambas generaciones.

### 1. Definición de objetivos

Los objetivos que se plantean en la realización de este programa, son los siguientes,

#### 1.1 Objetivos generales

- Favorecer una convivencia intergeneracional en la que se posibilite el inter-

cambio de experiencias entre personas mayores y jóvenes.

- Crear vivencias gratificantes para ambos colectivos, provocadas por esa relación.
- Repercutir de forma positiva en el estado de salud y bienestar del residente.

#### 1.2 Objetivos específicos

- Contactar con la realidad de los residentes.
- Estimular las capacidades psicológicas y sociales de los mayores.
- Dinamizar la vida cotidiana de la persona mayor.
- Posibilitar un apoyo afectivo mutuo.
- Percibir y valorar formas diferentes de vida distintas a la propia.
- Potenciar la participación en actividades de la persona mayor.
- Mejorar las habilidades personales del residente.
- Contribuir al equilibrio emocional en los mayores.

### 2. Método

El campo de trabajo ha sido posible gracias a la buena disposición existente entre el IVAJ y la RPMD "LA FLORIDA". Hemos contado con la colaboración de la Concejalía de Juventud del Ayuntamiento de Alicante hasta el año 2010.

El Instituto Valenciano de la Juventud selecciona los proyectos a realizar cada año, aportando los siguientes recursos:

- Organización y tramitación de las solicitudes de los jóvenes voluntarios.
- Intercambio de plazas con las Comunidades Autónomas y el INJUVE.

- Gestión y difusión de la información sobre el campo, para el conocimiento de todos los jóvenes.
- Alojamiento y alimentación en régimen de pensión completa de los participantes.
- Servicio de animación, incluido un vehículo y un teléfono móvil.
- Programa de animación para los voluntarios.
- Material de botiquín de primeros auxilios.

La aportación de la RPMD “LA FLORIDA” para el desarrollo y ejecución del campo de trabajo, con cargo a su presupuesto, es la siguiente:

- Proyecto de trabajo.
- Dirección y coordinación del proyecto.
- Recursos materiales que se precisan para las actividades.

El programa viene realizándose anualmente desde 2001 en periodo vacacional, debido a la disponibilidad de los voluntarios participantes, ya que son estudiantes y ha de haber finalizado el curso académico para poder participar; por lo que se plantean actividades lúdicas, que además de aportar ayuda, permiten disfrutar y enriquecernos con experiencias intergeneracionales.

La metodología empleada es activa, participativa y de relación directa entre ambos colectivos.

Consideramos necesario para la consecución de los objetivos propuestos el trabajo en grupos, participando en todos ellos tanto residentes dependientes como autónomos.

Contemplamos simultanear actividades específicas en grupos pequeños (10 residen-

tes aproximadamente), con actividades de gran grupo.

En los paseos, las excursiones y las actividades de gran grupo, participan todos los voluntarios formándose un solo grupo.

La programación de actividades se ajusta a la siguiente descripción:

**Tabla 1.** Desglose actividades realizadas

#### DÍA 1

9.30 H. Recepción y presentación. Reunión en la que se realizará: presentación de los distintos profesionales de la Residencia, presentación de los voluntari@s, entrega del material y visita del centro.

11.30 H. Fiesta de bienvenida.

#### DÍA 2

9.30 H. Reunión de evaluación.

10.30 H. Paseo por el barrio.

11.30 H. Almuerzo

12.30H. Actividad de convivencia.

#### DÍA 3

9.30 H. Reunión evaluación. Charla sobre demencias.

11.00 H. Gimnasia colectiva.

11.30 H. Almuerzo.

12.30 H. Psicoestimulación.

#### DÍA 4

9.30 H. Reunión de evaluación.

10,30 H. Paseo por el barrio.

12.30 H. Juegos de mesa.

#### DÍA 5

9.30 H. Reunión de evaluación. Charla sobre ocio y tiempo libre.

10.30 H. Laborterapia/psicoestimulación.

11.30 H. Almuerzo.

12.00 H. Bingo.

#### DÍA 6

9.30 H. Reunión de evaluación.

10.30 H. Paseo por el barrio.

11.30 H. Almuerzo.

12.30 H. Juego de gran grupo.

#### DÍA 7

9.30 H. Reunión evaluación. Charla primeros auxilios.

10.15 H. Laborterapia.

11.30 H. Almuerzo.

12.00 H. Karaoke.

DÍA 8

9.30 H. Reunión de evaluación.

12.00 H. Actividad organizada por los voluntari@s.

DÍA 9

9.30 H. Reunión de evaluación.

10, 30 H. Excursión playa del Postiguet

DÍA 10

9.30 H. Reunión de evaluación.

10.30 H. Psicomotricidad/petanca.

11.30 H. Almuerzo.

12.30 H. Juego de gran grupo.

Día 11

9.30 H. Reunión de evaluación voluntarios/as.

10.30 H. Evaluación residentes y voluntarios/as.

11.30 H. FIESTA DE DESPEDIDA

Se trata de un proyecto descriptivo, cualitativo, realizado en la Residencia de R.P.M.D. "La Florida" de Alicante, adscrito a la Dirección General de Acción Social y Mayores de la Consellería de Bienestar Social de la Generalitat Valenciana.

La muestra está constituida por 90 ancianos, 30 autónomos y 60 con diversos grados de dependencia, con edades comprendidas entre los 60 y los 99 años. El IVAJ selecciona un número máximo de 20 voluntarios, cuya edad se sitúa entre los 18 y los 25 años. Son estudiantes de diferentes titulaciones, con residencia en las distintas comunidades del estado español, habiéndose abierto la participación a extranjeros con buen nivel de castellano desde el año 2008. Se suma a este proyecto un equipo de animación, compuesto por tres especialistas, como responsables de los voluntarios y del buen desarrollo del programa por parte de los mismos.

### 3. Desarrollo del programa

El programa se realiza durante dos semanas en el mes de julio. El programa comienza con el recibimiento de los voluntarios (N=20) por el equipo multidisciplinar del centro, realizándose una reunión informal en la que se explica a los voluntarios las funciones que realiza cada profesional en el cuidado de las personas mayores en el marco de una residencia de personas mayores dependientes. A continuación, los voluntarios visitan las distintas dependencias de la residencia para acercarse a la realidad de los mayores y a la forma en la que viven. Posteriormente tiene lugar una fiesta de bienvenida en la que voluntarios y residentes se presentan y comienzan a tomar contacto de una forma distendida. En esta primera actividad se realizan juegos y dinámicas grupales para favorecer la interacción y el conocimiento mutuo.

El programa se desarrolla a lo largo de quince días en horario de mañana de 9.30 a 14.00 h, comenzando de forma habitual con una reunión entre el equipo técnico del centro, los voluntarios y el equipo de animación, con el fin de abordar la problemática que pueda surgir en el día a día durante el transcurso de las actividades, así como de informar sobre las características concretas de la actividad que se va a realizar. En estas reuniones incluimos formación -como herramienta de trabajo-, sobre la problemática específica de las personas mayores que viven en la residencia.

Durante cada una de las jornadas de desarrollo del programa se realizan actividades únicamente lúdicas, de dos tipos:

- *Actividades internas*: talleres de psicoestimulación, animación sociocultural, manualidades, fiestas, juegos, con-

cursos y grupos de conversación, que tienen lugar en el centro.

- *Actividades externas:* que incluyen paseos por el barrio y excursiones. Los paseos cumplen una doble finalidad: por un lado, que los voluntarios se familiaricen con el desplazamiento en sillas de ruedas de los residentes que lo precisan, contribuyendo posteriormente a un desplazamiento más eficaz en las excursiones con transporte adaptado; y por otro, tratamos de concienciar a los voluntarios de la existencia de barreras en el entorno, que dificultan la vida cotidiana de la persona dependiente.

#### 4. Evaluación

Para realizar la evaluación del programa se tienen en cuenta las valoraciones de los tres grupos que intervienen en él: los voluntarios, los residentes y el equipo técnico del centro.

Hemos realizado un sistema de evaluación que ha combinado evaluación continua, evaluación cuantitativa y evaluación cualitativa. La evaluación continua se realiza a lo largo del programa en las reuniones diarias que tienen lugar a primera hora, antes de comenzar las actividades, que va reflejando los efectos del programa en los participantes. El empleo de una metodología participativa nos ofrece información para comprobar si los objetivos se van alcanzando.

El uso de metodología cuantitativa nos ha exigido claridad y sencillez en las preguntas que se han formulado, adaptando el lenguaje a las características de los participantes. El tipo de respuestas que se han ofrecido han sido cerradas (sí/no), combinadas con

respuestas abiertas donde cada participante ha respondido según su opinión.

El uso de metodología cualitativa, ha sido empleada tanto en la evaluación global -que se realiza de forma verbal al finalizar el programa en la que participan voluntarios, residentes y el equipo técnico del centro conjuntamente-, como en las preguntas abiertas de la evaluación post que se realizan tanto a voluntarios como a residentes.

- a. Valoración de los voluntarios. Se realiza un pretest al comienzo del programa. Se aplica un breve cuestionario a los voluntarios el primer día en que se pone en práctica el programa, con el fin de recoger información sobre las expectativas, experiencias de voluntariado, conocimientos del colectivo, formación... etc.,

Se realiza un postest al finalizar el programa. Los voluntarios contestan un segundo cuestionario el último día, a fin de valorar si ha habido modificación de actitudes, el aprendizaje, la valoración global de la experiencia y lo que ha supuesto en sus vidas. También nos interesa conocer su valoración sobre las actividades realizadas y los aspectos a modificar, para introducir mejoras cada año.

- b. Valoración de los residentes. El último día del campo de trabajo se recoge información de los residentes, tanto de forma verbal como escrita, con el fin de conocer cómo han valorado las actividades realizadas, sus vivencias durante el tiempo compartido con los voluntarios, sus opiniones sobre el voluntariado de otra generación diferente a la suya y su visión de la juventud actual.
- c. El Equipo Técnico realiza una evaluación continuada a lo largo del desarro-

llo del programa y una evaluación al finalizar en la que valora: el seguimiento y buena práctica de la programación, la consecución de los objetivos propuestos y la introducción de elementos de mejora.

- Recoge información en las reuniones que se realizan diariamente con los voluntarios y del contacto diario con los residentes y con el equipo de animación responsable de los voluntarios.
- También recoge información significativa en la evaluación global que conjuntamente realizan de forma verbal los voluntarios, los residentes, el equipo de animación de los voluntarios y el equipo técnico del centro, el último día del campo de trabajo.

## 5. Análisis de los resultados

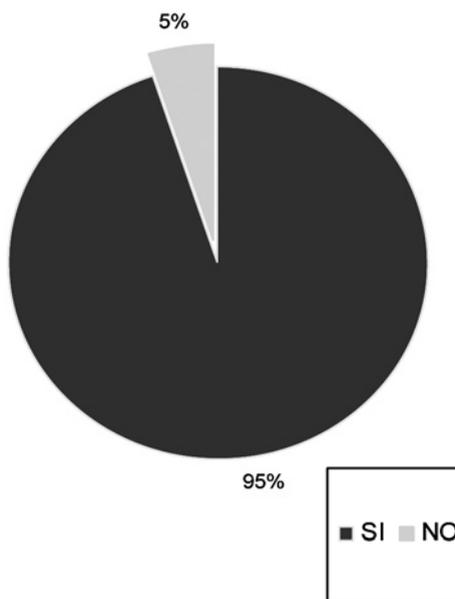
### 5.1. Voluntarios

A continuación mostramos los resultados respecto al primer objetivo: "FAVORECER UNA CONVIVENCIA INTERGENERACIONAL", en donde se plantearon tres preguntas:

La primera de las preguntas era: ¿Ha sido fácil la relación con los mayores? El 95% de los voluntarios participantes contestaron afirmativamente. Además, añadieron comentarios como: "Porque han estado siempre abiertos a hablar con nosotros", "Porque les gusta mucho la relación con los jóvenes"; "Porque la mayoría han sido muy participativos y receptivos", "Te acogen y te hablan con mucha naturalidad"; "Porque ellos han puesto de su parte recibiéndonos cada mañana con una sonrisa". De la información recogida a través de las respuestas de los voluntarios, se desprende

que no ha habido dificultad en la relación de los jóvenes con los mayores.

**Figura 1.** ¿Ha sido fácil la relación con los mayores?

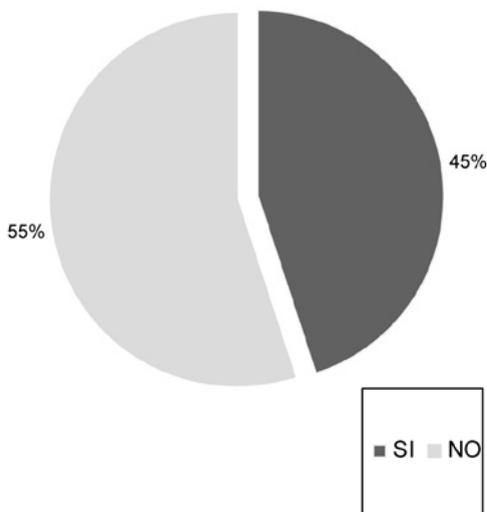


La segunda pregunta era: ¿Qué aspectos positivos has encontrado en la ayuda que prestas al mayor? Los voluntarios respondieron: "He aprendido muchas cosas de cada uno de ellos y me voy de aquí sintiéndome mucho mejor conmigo misma", "La alegría, la ilusión de los residentes y la nuestra", "Mejorar su calidad de vida haciéndoles un poco más felices, cambiando su rutina y dándoles mucho cariño", "Al mayor le resulta útil la ayuda en cuanto que puede hacer cosas que normalmente no le son posibles", "La posibilidad de poderles hacer sentir bien a través del ocio", "Lograr ver el mundo desde otro punto de vista y aprender a valorar y ser conscien-

te de las dificultades y el gran espíritu de superación de algunos. Su agradecimiento, su bienestar y la posibilidad de aprender a relacionarme mejor con ellos y entenderlos”, ”La alegría de vernos, recuerdan sus 20 años, recordar...”, ”Aumento de autoestima, socialización”, etc.

La tercera pregunta fue: ¿Has encontrado alguna dificultad?

**Figura 2.** ¿Ha encontrado alguna dificultad?



La finalidad de esta pregunta es conocer las causas que pueden dificultar la relación entre personas mayores y jóvenes voluntarios para corregir los aspectos susceptibles de ser modificados, así como de cambiar la percepción de otros aspectos que pueden responder a una valoración subjetiva. Un 45% de los voluntarios participantes respondieron afirmativamente, es decir, que habían encontrado alguna dificultad al relacionarse con las personas mayores, obteniéndose respuestas tales como: “Al

comunicarme con algunas personas con demencia, me daban algunas respuestas que no sabía continuar la conversación”, “ Los primeros días no sabía, si lo que me decían era verdad o mentira”, “No saber cómo actuar frente a ciertas actitudes de los residentes”, “El manejo de las sillas de ruedas”, “Las alteraciones conductuales hacen que la relación sea más complicada”.

En este sentido, el equipo técnico consciente de la dificultad de relación con las personas afectadas de demencia, incluye formación en las reuniones que se realizan diariamente, sobre esta enfermedad tan frecuente en el colectivo de mayores y en particular de la manera de comunicarse adecuadamente con estos enfermos. También aportamos información teórica y práctica sobre el manejo de las sillas de ruedas.

Al plantear cual había sido las maneras de resolverlas, las respuestas obtenidas fueron: “Con el contacto y el cariño”, ” Entendiendo sus capacidades y adaptándome a ellas”, “Escuchando atentamente y con paciencia, hablando más despacio, gesticulando, usando ejemplos...”, “Apoyándome en el equipo de la residencia y en mis compañeros”.

Respecto al segundo objetivo, “CREAR VIVENCIAS GRATIFICANTES” para voluntarios y residentes, se han planteado dos preguntas a los voluntarios:

La primera es: ¿Te ha resultado útil el campo de trabajo? Obteniéndose respuestas tales como: “Para conocer cómo viven las personas mayores en las residencias, sus hábitos, su rutina”, “Gracias a este campo he cambiado mi punto de vista sobre los ancianos y la vejez. Yo sé que cada persona tiene sus propios problemas que se

*reflejan en su comportamiento; hay que conocerlos, aprender y no hacer juicios", "A la vez crecemos por dentro y colaboramos para construir un mundo más feliz y positivo", "He aprendido a tratar a los abuelos y a tener en cuenta que son personas muy necesarias", "Porque la unión de diferentes generaciones ayuda a aprender a ambos y a tener más empatía con los demás", "Porque es una experiencia que te ayuda a crecer como persona".*

La segunda ha sido: *¿Tienes más conocimientos sobre las personas mayores después del campo de trabajo?*

Todos los voluntarios han contestado afirmativamente, incluyendo las siguientes opiniones al respecto: *"Por las charlas de formación de las mañanas, por la relación con los profesionales del centro y por la relación directa con los mayores.", "He conseguido cambiar mi visión respecto a los mayores.", "Pasar dos semanas con ellos hace que se establezcan muy buenas relaciones entre todos", "Mi conocimiento se centraba en mis abuelos y en los mayores de mi pueblo, pero al convivir con ellos durante más tiempo, la experiencia ha sido muy positiva", "Ahora sé cómo comportarme con las personas mayores. Todos han vivido una vida plena y tienen mucha experiencia y sabiduría que pueden transmitir", "Después del campo de trabajo sé mucho más de la vejez y la demencia", "Más paciencia, más conocimiento de los problemas de salud que tienen", "Durante el campo pensaba mucho en la vida y la gente mayor. A pesar de ser un fenómeno bastante nuevo en la historia de la población, a mi generación le parece bastante natural estar con los abuelos mayores. Estuve pensando mucho sobre la sociedad, la situación y tratamiento de los mayores".*

Respecto al tercer objetivo, MEJORAR "EL ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR DEL RESIDENTE", se han planteado dos preguntas a los voluntarios:

La primera ha sido: *¿Es importante para el residente tu participación el Campo de Trabajo?*

Las respuestas fueron: *"Porque creo que les he transmitido mucha alegría, energía positiva y mucho cariño", "Por la ocupación, el intercambio y la disminución del aislamiento", "Porque la juventud ayuda a dar vida a la vejez", "Porque hay momentos en que se olvidan de sus penas y dolores", "Creo que a la mayoría le encantaba estar en contacto con jóvenes y hacer cosas para ellos no cotidianas".*

En la segunda se preguntaba *¿Piensas que mejora la situación de la persona mayor?* Los voluntarios han respondido: *"Creo que eran felices con nosotros, creo que nosotros les hicimos disfrutar un poco más de la vida. Y esto se refleja en su estado, no solo físico, sino psicológico", "Muchos han incrementado su comunicación, intentan hablar, superar las barreras que tienen" "Algunas personas se aprecia un cambio positivo con su actitud comparándolo con el primer día", "La alegría hace la vida más larga", "Porque se impregnan de vitalidad y de sentimientos positivos", "Mejora su estado de ánimo. Se les ve más sonrientes y positivos".*

## 5.2. Residentes

Respecto al primer objetivo, "FAVORECER UNA CONVIVENCIA INTERGENERACIONAL", se han planteado también tres preguntas a los residentes:

La primera era: *¿Ha sido fácil la relación con los jóvenes?* Todos los residentes han

contestado afirmativamente, recogándose opiniones tales como: *“Son personas preparadas”, “Porque son buenos, muy agradables e inteligentes”, “Ha sido agradable, de ensueño; son educados, amables, humanos”*.

La segunda pregunta fue: *¿Qué aspectos positivos has encontrado en la convivencia con los jóvenes?* Recogándose respuestas tales como: *“Todos los años vienen con todo el gusto del mundo”, “Me han quitado diez años de encima”, “Con la alegría que recibimos y damos, nos dan fuerzas para vivir un año más. Nos da vida”, “Nos enseñan cosas nuevas”, “Mucho cariño, hemos hablado de muchas cosas”, “El bienestar que se crea cuando estamos con ellos, la armonía”*.

A continuación se preguntaba: *¿Ha encontrado alguna dificultad?* Los residentes no han encontrado ninguna dificultad en su relación con los voluntarios.

Respecto al segundo objetivo, **“CREAR VIVENCIAS GRATIFICANTES”** para voluntarios y residentes, se han planteado dos preguntas a los residentes:

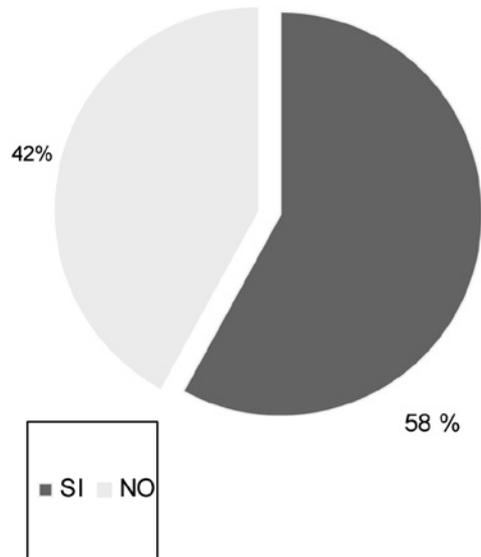
La primera era: *¿Le ha resultado útil el campo de trabajo?*

A todos los residentes le ha resultado útil el Campo de Trabajo, contestando: *“Veo que todavía hay jóvenes que aspiran a dar y recibir, te da un poco más de ilusión por la vida”, “Porque me divierto mucho con ellos”, “Nos han acompañado y nosotros a ellos y nos lo hemos pasado muy bien” “Porque me gusta estar con jóvenes y además hacemos muchas actividades” “Una inyección de vida”*.

La segunda pregunta fue: *¿Tiene más conocimientos sobre los jóvenes después del campo de trabajo?* Un 58% ha respondido

afirmativamente y un 42% ha respondido que no tiene más conocimientos sobre los jóvenes después del campo de trabajo. Obteniéndose respuestas tales como: *“Cada campo de trabajo estoy más con ellos y aprendo más”, “No había tratado con ningún joven desde hacía muchos años”, “Vemos que hay de todo, no sólo chicos del botellón”, “Porque con el trato los conocemos más”, “Hasta ahora los jóvenes que he tratado han sido de la calle y no he tenido muy buena experiencia”*.

**Gráfico 3.** *¿Tiene más conocimientos sobre los jóvenes después del campo de trabajo?*



Respecto al tercer objetivo, mejorar **“EL ESTADO DE SALUD Y BIENESTAR DEL RESIDENTE”**, se han planteado dos preguntas a los residentes:

La primera fue: *¿Es importante para los jóvenes su participación en el campo?* Los residentes han respondido: *“Porque*

*les ayuda a entendernos y a alegrarnos la vida", "Han estado contentos, como en familia", "Porque la experiencia de la gente mayor les enriquece", "Ven la realidad del paso de los años", "Aprendemos de ellos y ellos de nosotros", "Los jóvenes tienen que estar con nosotros, yo he aprendido de mis mayores y ellos también lo hacen", "Los jóvenes han visto la realidad de aquí y es un reflejo para el día de mañana".*

La segunda pregunta era: ¿Piensa que mejora el crecimiento personal de los jóvenes? Los residentes han contestado: *"Ellos se acuerdan de sus padres y ven la realidad de los abuelos", "Para cuando ellos tengan a sus padres en nuestras condiciones", "Para ellos ha sido muy positivo, incluso lo demuestran llorando al despedirse de nosotros. Porque les hemos aconsejado a través de las experiencias que hemos vivido en la vida", "Porque les sirve para darse cuenta del paso del tiempo, del envejecimiento, cuando eres aún joven. Lo que piensas cuando llegas a ser mayor: mirarte en el espejo y no reconocerte", "Porque compartimos una serie de valores".*

### 5.3 Evaluación del equipo técnico

El equipo técnico ha realizado evaluación continua basada en la observación, escucha y seguimiento diario durante la realización del campo de trabajo. Ha llevado a cabo un análisis de los resultados de la información recogida en los cuestionarios aplicados en la evaluación pre y post. También ha realizado evaluación cualitativa en la evaluación global, que se realiza de forma verbal al finalizar el programa, y en las preguntas abiertas que se realizan en los cuestionarios de evaluación. El resultado de la evaluación ha sido satisfactorio ya que se han logrado los objetivos propuestos inicialmente en el programa.

La participación de los voluntarios ha influido en la dinamización de la residencia durante este periodo de tiempo. Su buena predisposición y su colaboración en todo momento, ha resultado fundamental para el buen desarrollo del programa. La participación de voluntarios extranjeros ha resultado satisfactoria ya que no ha planteado ningún problema. No obstante, sí deseamos señalar la conveniencia de limitar el número de voluntarios extranjeros (un máximo de seis) y la necesidad de que posean un buen nivel de castellano hablado y escrito, con el fin de que puedan tener una comunicación fluida tanto con sus compañeros voluntarios, como con los residentes de nuestro centro.

Los residentes han mostrado en todo momento una actitud positiva hacia el campo de trabajo ya antes de que comience, esperándolo todos los años para convivir con los jóvenes, y durante su desarrollo, realizando con ellos actividades que les agradan. Este aspecto nos estimula a continuar y mantener este programa. En ninguna edición hemos obtenido una valoración global negativa por su parte, acerca del mismo. El buen ánimo observado en el colectivo de mayores, refuerza nuestra postura de continuidad.

Reseñamos de forma especial la contribución del equipo de animación de los voluntarios, ya que colaboran de forma incondicional con el equipo del centro, convirtiéndose en tres voluntarios más a la hora de convivir con los mayores y de sensibilizarse con la necesidad de ayuda. Su colaboración con el equipo técnico del centro en la gestión del campo de trabajo, su tarea como responsables de los voluntarios y del buen desarrollo del programa en la parte que le corresponde, ha resultado positiva, eficaz y fluida.

La colaboración del equipo técnico del IVAJ es total, en todos los sentidos, estando abiertos en todo momento a las sugerencias del equipo técnico del centro para la buena gestión del programa. Sin su buena predisposición para el entendimiento y para facilitarnos la tarea en los aspectos que consideramos necesarios para la consecución de los objetivos propuestos en el programa, la realización de éste sería imposible.

## 6. Conclusiones

La experiencia de la realización del campo de trabajo de jóvenes con personas mayores ha resultado altamente positiva según se desprende de las opiniones recogidas a voluntarios y residentes. La sintonía surgida entre ambos ha servido para la transmisión de conocimientos, sentimientos y modos de vida diferentes.

Por otra parte la procedencia de los voluntarios de otras comunidades del territorio nacional ha producido afinidad con los residentes procedentes de los mismos lugares, intercambiando recuerdos, impresiones y reflexiones acerca del pasado, presente y futuro del entorno físico, de su cultura y de sus gentes.

La tónica dominante durante las dos semanas que ha durado el campo de trabajo ha sido la alegría, contribuyendo a mantener un buen estado de ánimo entre jóvenes y personas mayores. En este sentido, ha influido básicamente, la buena predisposición hacia las tareas propuestas y hacia el propio objetivo del campo de trabajo de ambos colectivos.

La relación entre jóvenes y mayores ha servido para que estos últimos valoren el comportamiento y la educación de los jóvenes, ya que en ocasiones existe una idea peyorativa sobre el comportamiento y los valores de la juventud.

De igual forma consideramos que el grupo de voluntarios ha modificado su concepto de los mayores en cuanto a apoyo, escucha, generosidad y paciencia. Básicamente creemos que han modificado la percepción de la utilización del tiempo del que disponen. Han aprendido que se puede vivir más despacio.

La mayor parte de los voluntarios manifiestan que con su participación en el campo de trabajo, contribuyen a aumentar las oportunidades que las personas mayores tienen de una mejor forma de envejecer, ya que a través de esta experiencia en la que se produce un apoyo mutuo, se proporciona también bienestar en la salud física, psicológica y emocional.

Se ha constatado que durante el tiempo que dura el Campo de Trabajo, existe una menor demanda de los residentes hacia los servicios médicos, enfermería y rehabilitación, lo cual nos hace pensar que las relaciones intergeneracionales desarrolladas en este programa, actúan como factor de protección para el colectivo de mayores. También indica una mejora en el autopercepción de salud en los residentes, redundando al mismo tiempo en su calidad de vida.

Todos los voluntarios volverían a repetir la experiencia, lo que demuestra que han cumplido sus expectativas y se han sentido bien realizando esta tarea. En este sentido, queremos escribir una frase de un voluntario que refleja en cierta manera la filosofía del Campo de Trabajo:

“...este encuentro intergeneracional proporciona conocimientos y valores mutuos a ambas generaciones haciendo que todos ellos vivan unos días llenos de buenos momentos y felicidad. Además la experiencia creada entre los vo-

luntarios es estupenda gracias a la buena actitud de las diferentes personas.”

A través de las doce ediciones que se ha realizado este programa, hemos constatado que las relaciones intergeneracionales, cuando se desarrollan de forma positiva y estructurada, contribuyen por una parte, a mejorar la vulnerabilidad de la persona mayor y por otra, al crecimiento personal de los jóvenes en su proceso madurativo.

Y para finalizar deseo manifestar nuestro respeto y reconocimiento a nuestros queridos residentes, recordando afectuosamente a los que ya no están con nosotros, con la firme convicción de que, durante el tiempo que compartimos, éste y otros programas, han contribuido a mejorar su calidad de vida.

## Referencias

Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias, Estudio longitudinal envejecer en España, nº 50. Diciembre 2011. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.

Boletín sobre el envejecimiento perfiles y tendencias, Midiendo el progreso: indicadores para las residencias, nº 49. Mayo 2011. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad.

Bermejo, L. (2010), *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores. Guía de buenas prácticas*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Informe 2010 Las Personas Mayores en España. *Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Observatorio de personas Mayores del IMSERSO. Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales.

Sánchez, M. (dir) (2006), *Los programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Barcelona: Fundación obra Social La Caixa.

Fecha de recepción: 30/01/2013  
Fecha de aceptación: 18/02/2013

# Reflexionando sobre la vejez a través del cine. Una aproximación incompleta

Sacramento Pinazo Hernandis  
Departamento de Psicología Social  
Universidad de Valencia

*“El cine enseña a comprender, a pensar, a mirar. Entonces ¿cómo no va a ser un instrumento eficaz para la juventud?”*

*En enseñar a mirar, está el sentido, también de aprender a pensar”*

(Adolfo Bellido. Extraído de la entrevista que le hizo José L Barreda para la revista *Cresol* en 2001)

## resumen/abstract:

Existen en la sociedad muchos estereotipos y prejuicios en torno a las personas mayores, que se reflejan tanto en la vida cotidiana como en los medios de comunicación y también en el cine. En una sociedad audiovisual como la nuestra, la imagen es una importante fuente de conocimiento, y el cine se convierte en un excelente recurso didáctico para favorecer y motivar el proceso de enseñanza-aprendizaje; es una excelente herramienta con la que aprender acerca de la vida misma en general y las relaciones humanas en particular, donde observar y aprender acerca de las relaciones entre las personas en diferentes momentos de su ciclo vital; permite reflexionar, analizar, comprender, pensar, mirar y ofrece claves para ayudar a las personas en su proceso de envejecer, mejorando su calidad de vida. En este artículo realizamos una selección de películas que lleven a profundizar en el conocimiento de las personas mayores y las cuestiones relevantes para ellos en sus dinámicas vitales y en su relación con otras generaciones; películas que muestran el mejor modo de envejecer, el denominado envejecer en positivo, para ayudar a reducir los estereotipos negativos acerca de la vejez, seleccionando algunas de ellas; películas que muestren el envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional.

*A lot of stereotypes and prejudices have been created around old people in our modern society; they're reflected in every day life as well as in mass media and also in films. In our audio visual society image is a very important source of knowledge, and films are an optimal educational resource for improvement and motivation in teaching and learning processes. Films are a wonderful tool for learning about life in general and specially about relationships across lifespan. Films allow to reflect, to analyse, to know, to think, and to examine a lot of situations and offers keys that may help people in their growing processes, improving their quality of life. In this article, we have made a selection of films to deepen people's knowledge about older people, their main questions in their life and relationships between generations; we have made a selection of films that show the best way to grow up –so– called successful ageing, active ageing and solidarity between generations-, that may help reduce negative stereotypes around the elderly.*

## palabras clave/keywords:

Cine, personas mayores, envejecimiento activo, cambio de estereotipos, solidaridad intergeneracional.

*Films, elderly, active ageing, stereotypes reduction, intergenerational solidarity.*

## 1. Introducción

El año 2012 ha sido declarado por el Parlamento Europeo, *Año del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional* con el objetivo de concienciar a la población europea a envejecer mejor desarrollando programas y proyectos en torno al envejecimiento activo, saludable, productivo y con éxito. Porque las poblaciones están envejeciendo. Los datos actuales dicen que en la Unión Europea (UE-27), cerca de 75 millones de habitantes tiene más de 65 años. En el caso de España, vivimos en un país envejecido en el que la población de los de más edad tiene un peso relativo y absoluto mayor. En España, las personas mayores representan más del 17% de la población, que en números concretos son 8.092.853 personas –datos del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2012) basados en el Padrón de 2011-, siendo el envejecimiento desigual en función del género: aproximadamente 4 millones y pico de mujeres y 3 millones y pico de hombres. Las proyecciones del INE para el 2050 señalan que España alcanzará los 53 millones de personas y la población de 64 ó más años pasará del 17% actual al 31.9% del total de la población. Este ‘envejecimiento del envejecimiento’ es consecuencia de varias circunstancias: un *aumento de la esperanza de vida al nacimiento* -76.9 años para los hombres y 83.4 años para las mujeres que se espera que aumente hasta 84.3 años en los varones y 89.9 años en las mujeres en 2048-.

A nuestro entender, el envejecimiento poblacional obliga a evaluar las nuevas necesidades sociales y repensar las políticas y los programas que deberán favorecer el envejecimiento activo y saludable y prevenir o retrasar la dependencia, y además

ser creativos y diseñar programas que permitan la participación social de los ciudadanos más mayores y de todas las edades y en donde ellos sean los protagonistas y no meros espectadores. Y siempre teniendo presente que no existe un único modo de envejecer sino que existen grandes diferencias intra e interindividuales por su multidimensionalidad en un proceso donde ocurren pérdidas y también ganancias. Los cambios que pueden darse durante la vejez dependerán mucho de las características individuales de cada sujeto, del microsistema, grupo/sociedad al que pertenece, del nivel meso o macrosistema, pero sobre todo del modo de afrontar dichos cambios.

Mantenerse activo mientras se envejece es la clave para afrontar los cambios del envejecimiento. Entender el envejecimiento activo como “*el proceso que implica envejecer con buena salud, óptimo funcionamiento físico, cognitivo, emocional y motivacional, además de con una alta participación social*” (OMS, 2002), significa que un buen envejecer se logra a partir de una buena salud, un buen funcionamiento intelectual, afecto y compromiso con los demás. Envejecer activamente significa vivir bien cada ciclo de la vida: mantener hábitos saludables (previniendo la enfermedad), optimizar el funcionamiento físico y cognitivo, regular las emociones, controlar la vida y participar activamente con la familia y en la sociedad. De esta forma se consiguen múltiples beneficios como la mejora de la autoestima, el mantenimiento de hábitos de vida saludables, se evita el aislamiento y se retrasa la dependencia. Algunos autores (Triadó y Villar, 2008) lo han llamado *envejecer en positivo*, y supone la búsqueda de la realización personal, continuar con un crecimiento personal viviendo experiencias positivas de satisfacción vital.

Vinculado a este concepto de envejecer de un modo satisfactorio se encuentra el *Modelo de Optimización Selectiva con Compensación* (Baltes y Baltes, 1990) que recoge la idea básica de desarrollo como un proceso de adaptación selectiva. Por un lado, en el proceso de maduración, las personas vamos *seleccionando*, escogiendo determinadas trayectorias, situaciones y personas en nuestro entorno y dejando otras; una vez elegidas ciertas trayectorias, *optimizamos* los recursos a nuestro alcance; y *compensamos* adquiriendo nuevos medios que sustituyen a los que se han perdido o bien sustituimos las metas previas por otras alcanzables más fácilmente.

También vinculados a la etapa de la madurez y vejez encontramos en la literatura científica tres conceptos de la psicología del ciclo vital de gran interés para el tema que nos ocupa: son los de integridad, sabiduría y generatividad. Erik Erikson habló del crecimiento y la realización personal en la última etapa del ciclo vital: *“El fruto de los siete estadios sólo madura gradualmente en la persona que está envejeciendo, que se ha ocupado de las cosas y de la gente, y se ha adaptado a los triunfos y a los desengaños de ser, por necesidad, el que ha dado origen a otros y ha producido objetos e ideas. Para expresar este resultado no conozco mejor palabra que ‘integridad’”* (Erikson, 1971: 113). Muchas personas se vuelven más reflexivas conforme envejecen; la etapa final de la vida se torna un momento de revisión de la vida pasada, de reinterpretación y reintegración de los acontecimientos vividos y de la manera que se ha tenido de superarlos. A partir de dicha revisión, el individuo necesita aceptar que ha merecido la pena lo vivido, que su vida ha tenido sentido. Si la persona logra

el sentido de integridad, desarrollará un estado de serenidad que le permitirá afrontar sin temor los últimos años de su vida y alcanzar la *sabiduría* (Baltes y Smith, 2003; Baltes y Staudinger, 2000), una suerte de conocimiento experto de los aspectos prácticos de la vida, fruto de la acumulación de conocimiento, experiencia y reflexión. La sabiduría conlleva llevar el buen juicio al conducir la propia vida, desarrollar la comprensión por medio de la experiencia y la capacidad para aplicarla a los asuntos importantes (Baltes, Smith, Staudinger y Sowarka, 1990). Además, la integridad del Yo está muy relacionada con el envejecimiento activo (autores como Hannah, Domino, Figueredo y Hendrickson, 1996, por ejemplo, han aportado evidencias empíricas de esta relación).

El otro concepto, la *generatividad* o *“preocupación por establecer y guiar a la nueva generación”* (Erikson y Erikson, 1987)- traducida en *actos de cuidado*-es lo que define a las personas en su etapa de madurez. La generatividad abarca un amplio abanico de actividades en el contexto familiar, social y cultural. En el contexto familiar, por ejemplo, el cuidado a familiares dependientes, la ayuda a los hijos y el cuidado a los nietos. En el contexto social y cultural, se hace referencia al cuidado a otros a través del voluntariado, la participación cívica, social o política, el asociacionismo, la participación en programas educativos, formativos y culturales y la participación en programas intergeneracionales. La generatividad se relaciona con toda actividad en la que el individuo se halla involucrado en la promoción directa del desarrollo de otros. La *interdependencia* entre la persona cuidada y el cuidador, entre la generación más joven y la de más

edad, caracteriza las relaciones adultas generativas: el adulto transmite los valores a la nueva generación, actúa como mentor y modelo. Las personas mayores tienen una experiencia de vida vivida valiosa de la que pueden aprender otras generaciones y de la que se pueden beneficiar todos.

Los Congresos Estatales de Personas Mayores (especialmente el de CEOMA, celebrado en 2009), -inspirados en las recomendaciones realizadas por la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, los Planes Gerontológicos Nacional y Autonómicos-, también destacan el envejecimiento activo y las relaciones intergeneracionales como importantes áreas de atención y desarrollo. Como ejemplo de ello, recordamos una de las recomendaciones de la *II Asamblea Mundial del Envejecimiento*:

(Cuestión 5: Solidaridad Intergeneracional) “La solidaridad a todos los niveles es fundamental para el logro de una sociedad para todas las edades. A nivel de familia y comunidad, los vínculos intergeneracionales pueden ser beneficiosos para todos. Fortalecer la solidaridad mediante la equidad y la reciprocidad entre las generaciones; promover, mediante la educación, la comprensión del envejecimiento como una cuestión que interesa a toda la Sociedad”.

En el *Informe al Parlamento Europeo sobre el futuro demográfico de Europa 2007/2156* (INI), publicado en 2008, se hacen interesantes consideraciones a este respecto:

(C) Considerando que la media europea de la tasa de dependencia por vejez (número de personas de más de 65 años dividido por el número de personas de

edades comprendidas entre los 14 y los 65 años) pasará del 25% en 2004 al 53% en 2050.

(68) Recuerda la *enorme contribución que aportan las personas mayores a la cohesión social y económica, y que su participación activa en las relaciones de solidaridad familiar y entre generaciones fortalece la redistribución de los recursos existentes dentro de la cadena familiar*; considera por otra parte, que se debe facilitar y fomentar su participación en actividades de voluntariado dentro de la economía social recurriendo para ello a contrapartidas financieras; opina, por último, que su consumo de bienes y servicios y de prestaciones de ocio, cuidados y bienestar constituye un sector económico en fase de expansión y una nueva fuente de riqueza denominada ‘oro gris’; pide, así pues, a los Estados miembros que fomenten y desarrollen la participación económica y social de las personas mayores, velando particularmente por su bienestar físico y para que disfruten de unas buenas condiciones de vida social y financiera.

(69) Pide a los Estados miembros que *promuevan la consulta de las personas mayores a fin de mantener la solidaridad entre las generaciones y que faciliten su participación en actividades voluntarias de carácter educativo, cultural o empresarial*.

(79) Insta a los Estados miembros a que *promuevan los proyectos intergeneracionales en los que las personas mayores trabajan junto con los jóvenes para compartir capacidades y adquirir nuevos conocimientos*; pide a la Comisión

que facilite el intercambio de buenas prácticas en este ámbito.

Conscientes de la importancia de los medios de comunicación social como creadores de opinión, y a iniciativa del Consejo de Personas Mayores de Vizcaya, hace un par de años la Diputación Foral de Vizcaya reunió a técnicos de la Diputación con periodistas y representantes de diferentes asociaciones de personas mayores -entre las que se encontraban Nagusilán, Nagusiak y Hartu Emanak-, con el fin de redactar un informe acerca de *Las personas mayores y los medios de comunicación* (2011). Iniciaron un grupo de trabajo para hacer un diagnóstico sobre el papel de las personas mayores en los medios de comunicación y redactar algunas recomendaciones y propuestas.

El texto antecitado comienza su introducción diciendo (2011: 5): “...no podemos permitir que la vejez siga siendo vista de forma negativa, ni que se proyecte una imagen irreal de la misma”.

En su página 11, hablando de la promoción de una imagen de la vejez y el envejecimiento más positiva, concluyen con un diagnóstico y unas recomendaciones posteriores:

*(Diagnóstico) Ocio y consumo parecen lo único que se valora de las personas mayores. Esta imagen estereotipada, y por tanto negativa, está haciendo que se pierda socialmente la aportación de toda una generación de personas mayores. El envejecimiento en el siglo XXI y el papel de las personas mayores será diferente al del siglo pasado, pero, entre tanto, el vértigo de los cambios sociales y tecnológicos actuales hace que la correa de transmisión entre ge-*

*neraciones y la aportación de la experiencia humana y vital no se aproveche.*

*(Recomendaciones) Sería interesante primar la imagen activa de las personas mayores frente a imágenes no tan positivas. Promover desde los medios programas o espacios con una dimensión intergeneracional, en los que participen miembros de distintas generaciones, sobre temas de interés común, que ayuden a “acortar distancias” entre generaciones, a entenderse mutuamente, a construir juntos una sociedad para todas las edades, una sociedad más justa y cohesionada. Hacer un reconocimiento público del valor de la contribución de las personas mayores en la construcción de la actual sociedad (desarrollo industrial, recuperación de la democracia, etc.). Elegir modelos de envejecimiento activo, personajes que han sido relevantes durante toda su vida. Esta gente podría ser imagen de las campañas de promoción publicitarias. Destacar el valor del papel de las personas mayores como agentes sociales en el ámbito del voluntariado.*

Y finalmente, como *Decálogo*, que aparece en la página 18, dice, entre otros puntos:

7. los medios de comunicación social deben participar en la tarea de reivindicar un envejecimiento activo y dar a las personas mayores el papel que les corresponde en la sociedad, haciendo ver que el envejecimiento activo es cosa de todos, desde los menores hasta las personas mayores. Los medios de comunicación tratarán de ayudar a crear una imagen de las personas mayores más

acorde a la realidad del momento: personas activas, poseedoras de un caudal de experiencia e información relevante para la sociedad.

8. las personas mayores, de forma individual o colectiva, necesitan desarrollar un proceso de formación y sensibilización para llegar a “empoderarse” y actuar como verdaderos actores sociales, capaces de colaborar en la construcción de una sociedad para todas las edades.

Por último, no quiero olvidarme de mencionar el capítulo de Loles Díaz Aledo en la publicación de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, *Guía Práctica del Buen Trato a las personas mayores*. Entre otras muchas cosas interesantes, destacamos estos párrafos-resumen con los que comienza su texto (Díaz, 2011: 109):

*“Mostrar el envejecimiento como una etapa más de la vida rescatando los valores que encarnan las personas mayores; incluir a las personas mayores en todo tipo de informaciones, en plano de igualdad con los demás; evitar el lenguaje peyorativo, paternalista y discriminatorio que contribuye a reforzar los estereotipos sociales; propiciar el tratamiento de los temas con una perspectiva intergeneracional y darles voz como ciudadanos/as independientes y protagonistas de sus vidas.”*

*“Las personas mayores del siglo XXI piden a los periodistas que salgan a la calle y miren queriendo ver. Que se acerquen a su realidad porque están en todas partes y junto a las demás generaciones.”*

*“No caer en el paternalismo y huir del dramatismo y el sensacionalismo y en*

*todo caso contextualizar las informaciones mostrando las causas y circunstancias de una situación.”*

Todas estas medidas pretenden que la sociedad cambie la visión que tiene sobre la vejez y sobre las personas mayores, dado que existen muchos estereotipos y prejuicios en torno a las personas mayores, que se reflejan tanto en la vida cotidiana y en los cuidados, como en los medios de comunicación... y el cine.

Los estereotipos son falsas concepciones en el acercamiento a un grupo social. Son ideas sobre las características personales de la mayor parte de las personas que forman parte de un grupo determinado; son inexactos y generalmente negativos y favorecen la aparición de conductas discriminatorias. En el caso del estereotipo negativo de la vejez, suele dar lugar a comportamientos edadistas, un tipo más de discriminación grupal, como lo son el racismo o el sexismo. En 1969 Butler definió el término *edadismo* (*ageism*) refiriéndose a los estereotipos sistemáticos y discriminatorios contra las personas de edad por el simple hecho de ser mayores y que se reflejan en conductas como el desdén, el desagrado, el insulto o, simplemente, evitando la cercanía y el contacto físico. Los estereotipos negativos acerca de la vejez en las sociedades occidentales afectan de manera especial a las mujeres.

Las interpretaciones negativas y peyorativas de la vejez son las más comunes y asocian vejez con deterioro, inutilidad, aislamiento, improductividad y desvinculación de la persona mayor respecto a los intereses sociales y relacionales comunitarios –“Se jubila a los que ya no sirven” o “La jubilación es la antesala de la muerte”, entre otras, son algunas de estas falsas ideas- .Si

bien es cierto que la salud subjetiva y la objetiva se van deteriorando con la edad, este deterioro no es brusco y sólo por cumplir 65 años no se produce ningún cambio ni se entra en situación de incapacidad o dependencia.

Los estereotipos negativos que se atribuyen a las personas mayores minan su autoconcepto, la imagen que la persona mayor tiene de sí misma e incluso las expectativas que tiene con respecto a la vejez. Una imagen negativa de la vejez provoca rechazo –*Nadie se quiere morir joven pero nadie quiere que le llamen “viejo”*– pero no sólo rechazo a la persona mayor sino también rechazo al mismo proceso de envejecer.

Los medios de comunicación a lo largo de su historia también han proyectado estos mismos estereotipos de la vejez (*homogeneidad, pasividad, discapacidad, dependencia, fragilidad, improductividad, senilidad, antigüedad, ‘fuera de onda’...*). Para la publicidad, el grupo que actúa como referente de la tradición y experiencia son las personas mayores. Paseando por la historia reciente de la publicidad española podemos encontrar abundantes ejemplos donde éstos y el escenario rural han sido imagen y escenario de célebres campañas. En ella se muestra una imagen de las personas mayores acompañadas de ‘marcadores de edad’ que definen a la ‘auténtica vejez’ como el bastón, el pelo blanco la calvicie, el moño, la dentadura postiza, el refajo y el delantal... pese a que esta imagen no corresponde a la de las personas mayores de 65 años que uno se encuentra habitualmente por las calles (valga como ejemplo, la *Abuela de la Fabada...*).

Sin embargo, al margen de campañas como la nombrada anteriormente, la presencia de personas mayores en la publicidad espa-

ñola no ha sido hasta ahora muy habitual (Ramos y Carretón-Ballester, 2012). La comunicación publicitaria habitualmente se piensa, se dirige y diseña para un público diana muy joven. Pero en este artículo nos vamos a centrar sólo en el cine donde, a menudo, tampoco se refleja la realidad, tal y como dice Aurea Ortiz (2006: 239):

*“No hay sitio para la gente mayor, o, si lo hay, es en una esquina del plano, sin molestar mucho, y sólo si su presencia contribuye a ese mensaje general e implacable que indica que ‘el mundo es de los jóvenes’. Rara vez un personaje mayor será el protagonista de un film; en todo caso, será un secundario, de mayor o menor importancia, al servicio del personaje principal. Por ejemplo, en Ginger y Fred (Ginger e Fred, dir: F. Fellini, 1986), a través de la anciana pareja de bailarines protagonistas, se revela la crueldad de esta grotesca sociedad del espectáculo y la frivolidad, que no respeta nada ni a nadie. Ni a la edad. De vez en cuando, gente mayor, ancianos y jubilados son el soporte de alguna película que suele plantearse la reflexión en torno al paso del tiempo y qué sucede cuando se envejece. Paseando a Miss Daisy (Driving Miss Daisy, dir: B. Beresford, 1989) y Tess y su guardaespaldas (Guarding Tess, dir: H. Wilson, 1994) hablan de estas cuestiones fijando el conflicto entre dos personajes antagónicos que se ven obligados a convivir. En Mrs. Henderson presenta (Mrs. Henderson presents, dir: S. Frears, 2005), Judy Dench es una emprendedora y atípica mujer viuda que a sus 69 años se inicia en los negocios, en este caso, comprando un teatro en el Soho. Cleopatra (Cleopatra*

*patra, dir: E. Mignogna, 2003) sitúa como eje de la acción a una jubilada que decide cambiar de vida a pesar de la edad y de la presión social.”*

Diferentes películas muestran esos estereotipos negativos a los que antes hemos aludido: *Umberto D.* (*Umberto D.*, dir: V. de Sicca, 1952) –el protagonista, un funcionario jubilado con una minúscula pensión, con una vejez desdichada e insignificante, vive en soledad y con la única compañía de su perro-; *El Gatopardo* (*Il Gattopardo*, dir: L. Visconti, 1963) –profunda reflexión acerca de la decadencia-; *A propósito de Schmidt* (*About Schmidt*, dir: A. Payne, 2002) –el protagonista, recién jubilado, sin saber qué hacer con su tiempo y con su vida-; *Muerte en Venecia* (*Morte a Venezia*, dir: L. Visconti, 1971) –homenaje a la belleza perfecta, pura y plena, inalcanzable, propia solo de la juventud, junto a la decadencia y el paso del tiempo; y *La Balada de Narayama* (*Narayama Bushi-Ko*, dir: S. Imamura, 1983) –que narra el drama de una mujer de 70 años al ver cerca el momento, no de la muerte, sino de su abandono forzoso en la montaña-. Pese a ser buenas películas la mayor parte de ellas, son buenos ejemplos de estos estereotipos negativos a los que hacíamos referencia.

Otras películas han intentado reflejar el ansia del ser humano por alejar la vejez lo más posible, la búsqueda de la eterna juventud, el pacto con el tiempo del que hablaba Oscar Wilde (*El retrato de Dorian Gray*, 1890) – “*La tragedia de la vejez no es que uno sea viejo, sino que una vez fue joven*” cita en el texto-. Películas que muestran esa búsqueda del Jardín de las Hespérides, Shangri-La, o el manantial de la juventud son *Horizontes perdidos* (*Losthorizon*, dir: F. Capra, 1937), *Cocoon* (*Cocoon*, dir: R.

Howard, 1985) y *Cocoon: el retorno* (*Cocoon: the return*, dir: D. Petrie, 1988).

## 2. Justificación del tema de estudio

En una sociedad audiovisual como la nuestra, la imagen es una de las principales fuentes de conocimiento, y el cine se convierte en un excelente recurso didáctico para favorecer y motivar el proceso de enseñanza-aprendizaje. El cine presenta ventajas frente a otras propuestas formativas, por ejemplo, que el aprendizaje puede ser más duradero por el uso de las imágenes o que puede ser muy atractivo para todos los públicos, aunque también presenta algunos inconvenientes como el hecho de que no muestra la realidad sino una representación de la misma, desde un enfoque o visión particular, la del director/a de la película quien eligió los códigos visuales, el uso de luz y color y los códigos sonoros, el montaje, cómo rodar las tomas, escenas y secuencias, cómo situar la cámara (neutra, picada), cómo moverla (travelling, panorámica) y qué profundidad de campo dar... Algunas películas sirven para ahondar en temas psicológicos o psicopatológicos ayudando al espectador a entender mejor diferentes comportamientos humanos acercándole a las emociones y sentimientos de los protagonistas. *Memento*, es un ejemplo de ello (dir: C. Nolan, 2000), en ella, el protagonista padece amnesia anterógrada y por ello no puede recordar nada posterior a su accidente. El espectador experimenta la misma sensación debido al montaje a la inversa que el director hace de los episodios. O *Con la muerte en los talones* (*North by Northwest*, dir: A. Hitchcock, 1959), en donde el objetivo del director parece ser que el espectador se identifique totalmente con el protagonista a través de las situaciones absurdas, exageradas e incontrolables

que le hace vivir. O los flashbacks que utiliza Richard Eyre en su película *Iris* (2001), combinando presente y pasado, para mostrarnos cómo la protagonista va perdiendo los rasgos que han definido su vida tan ligada al mundo de las letras para ser cambiados por la afasia, ecolalia, palilalia, anomia, disgrafía, jergafasia. Otras películas ahondan en la interpretación psicológica de las acciones de los protagonistas: qué hacen, qué sucede a lo largo de la narración, qué relaciones tienen, los conflictos o interacciones que se dan entre ellos, los momentos vitales en los que se encuentran, la historia de sus vidas. Aquí no podemos olvidarnos de citar al maestro del drama psicológico, Ingmar Bergman (1918-2007) y su particular forma de describir al ser humano, sus pasiones, sus dramas, sus relaciones. Entre otras –relacionadas con el tema que nos ocupa– merece la pena destacarse: *Fresas salvajes* (*Smultronstrället*, 1957) y la revisión de vida al final de la misma y con la excusa de un viaje; *El séptimo sello* (*Det sjunde inseglet*, 1957) sobre la llegada de la muerte; *Sonata de otoño* (*Höstsonatten*, 1978), *Secretos de un matrimonio* (*Scener urettaktenskap*, 1974) y –su continuación– *Saraband* (2003), sobre las relaciones familiares y de pareja o las escenas de vida conyugal en el amor maduro.

El cine es, pues, una excelente herramienta con la que aprender acerca de la vida misma en general, y las relaciones humanas en particular; permite reflexionar, analizar, comprender, pensar, mirar y ofrece claves que ayudan a las personas en su proceso de envejecer, mejorando su calidad de vida. El cine permite ver en la pantalla reflejada la propia vida, a la vez que también permite observar ejemplos de comportamientos y respuestas a situaciones vividas o no,

empatizar con los protagonistas, acercarse a su mundo, compararlo con el propio, el cercano, el vivido, reactivar recuerdos o “experienciar” en cabeza ajena. El cine modifica nuestra configuración de la experiencia diaria porque aumenta nuestra capacidad de tener experiencias en el ámbito de la virtualidad real, lo cual permite disfrutar del mundo desde una nueva luz y ver así las cosas de una forma totalmente distinta (Castells, 2000). En el cine podemos observar y aprender acerca de las relaciones entre las personas en diferentes momentos de su ciclo vital. Siguiendo nuevamente a Ortiz, 2006: 241):

“Uno de los ejemplos más hermosos de solidaridad intergeneracional lo ofrece *Dersu Uzala* (dir. A. Kurosawa, 1975), narración de la amistad entre dos hombres muy distintos que se encuentran en condiciones extremas, y en la que el mayor enseñará al más joven donde se encuentra lo esencial y el verdadero sentido de la existencia. Otros ejemplos son el del proyeccionista ciego que le enseña la luz de la vida y la dignidad a su pupilo en *Cinema Paradiso* (dir: G. Tornatore, 1989); Fernando Fernán Gómez encarnando el saber, la libertad y la curiosidad en *La lengua de las mariposas* (dir: J.L. Cuerda, 1999); el paciente maestro que le muestra a su pupilo el difícil camino de la vida en *Primavera, verano, otoño, invierno... y primavera* (Bom yeoreum gaeul gyeoulgeurigo bom, dir: Kim Ki-Duk, 2003); el ejemplo de libertad y compromiso que ofrece el personaje más mayor a su amiga en la edad madura, en *Tomates verdes fritos* (*Fried Green Tomatoes*, dir: J. Avnet, 1991); la impagable madre interpretada por China

Zorrilla en *Conversaciones con mamá* (dir: S. C. Oves, 2004); la lección de amor que, de sus padres ancianos, hereda el protagonista de *El hijo de la novia* (dir: J.J. Campanella, 2001); el anciano africano que viaja a Estados Unidos para buscar a sus familiares y recordarles su identidad en *Little Senegal* (R. Bouchareb, 2001); las enseñanzas vitales que aprende el muchacho protagonista de *El secreto de los McCann* (*Secondhand Lions*, dir: T. MacCanlies, 2003). Son películas muy diversas, tanto por el tono como por la historia o la estética, pero todas ellas centran el sentido de la narración en las enseñanzas que una generación mayor puede ofrecer a las otras.”

A veces, hay una solidaridad intergeneracional manifestada por un aprendizaje y una enseñanza, en un *quid pro quo*, aprendizaje en dos direcciones: de la persona mayor al joven y del joven a la persona mayor. En *Million Dollar Baby* (dir: C. Eastwood, 2004), el protagonista y maestro de la aprendiz de boxeadora, es quien le enseña y le forma, quien le transmite valores, quien hace de mentor, y es también quien la cuida hasta su final. En *Para que no me olvides* (dir: P. Ferreira, 2005) será el nieto quien se encargará de recoger y completar la memoria de su abuelo, cada vez más sumido en la enfermedad de Alzheimer. Siguiendo a Ortiz (2006: 241): “*La presencia de personas mayores en las ficciones se relaciona muchas veces con la posibilidad de elaborar personajes que son depositarios de cierta sabiduría que su experiencia les ha dado, y están en disposición de dejar un legado moral o sentimental que los protagonistas han de recoger como una lección de vida. Este planteamiento se inserta ha-*

*bitualmente en un ámbito familiar, pero no siempre; puede ser otra persona mayor la que actúa como portadora del conocimiento”.*

*Ed Wood* (dir. T. Burton, 1994) se centra en el emotivo vínculo que establecen dos desafortunados artistas, un joven y desastrosos director y un viejo Bela Lugosi en decadencia. En *Seven* (dir: D. Fincher, 1995) dos policías, un mentor pesimista y su optimista alumno viajan a los infiernos de este mundo en un viaje sin retorno posible. El sentido de la vida también puede buscarse en la relación con los hijos adultos y en la gestión de los cuidados o los afectos o en comprobar el grado de satisfacción con sus vidas, como en *El estanque dorado* (*On Golden pond*, dir: M. Rydell, 1981), *Todos están bien* (*Stanno tutti bene*, dir: G. Tornatore, 1990), y su remake *Todos están bien* (*Everybody's fine*, dir: K. Jones, 2009) y *Dejad paso al mañana* (*Make way for tomorrow*, dir: L. McCarey, 1937) (adaptado de Genovard y Casusellas, 2005: 17 y 18). Otras películas que hablan de la relación intergeneracional y no queremos olvidar mencionar son: *Capitan Abu Raed* (*Captain Abu Raed*, dir: A. Matalga, 2007), *Charlie y la fábrica de chocolate* (*Charlie and the chocolate Factory*, dir: T. Burton, 2005), *Cuentos de Tokio* (*Tokio monogatari*, dir: Y. Ozu, 1953), *Dame diez razones* (*Ten items or less*, dir: D. Silberling, 2006), *El abuelo* (dir: JL. Garcí, 1998), *El bosque de luto* (*Mogari no mori*, dir: N. Kawase, 2007), *El color del paraíso* (*The color of Paradise*, dir: M. Majidi, 1999), *El mundo de Marty* (*Le monde de Marty*, dir: D. Bardiau, 2000), *El verano de Kikujiro* (*Kikujiro no natsu*, dir: T. Kitano, 1999), *El viento* (dir: E. Mignona, 2005), *Esencia de mujer* (*Scent of a woman*, dir: M. Brest, 1992),

*Gran Torino* (dir: C. Eastwood, 2008), *Kolya* (dir: J. Severák, 1996), *Kotch* (dir: J. Lemmon, 1971), *La casa de mi abuela* (dir: A. Aliaga, 2006), *Mil años de oración* (*A thousand years of goodprayers*, dir: W. Wang, 2007), *Pequeño cherokee* (*The education of Little tree*, dir: R. Friedenberg, 1997), *Sang Woo y su abuela* (*The way home*, dir: L. Jeong-Hyangh, 2002), *Un poco de chocolate* (dir: A. Aramaio, 2008), *Un toque de canela* (*Politiki koucina*, dir: T. Boulmetis, 2003), *Y tú quién eres?* (dir: A. Mercero, 2007).

Un eje de análisis en las películas sobre la vejez –según Genovard y Casulleras, 2005– se refiere a la dimensión de poder y su utilización ética que detentan los mayores. Así, encontramos personas mayores que utilizan su poder para hacer el bien como el Gandalf de *El señor de los anillos* (dir: P. Jackson, 2001, 2002, 2003) o Saruman quien en la misma película usa el poder para hacer el mal, como otras personas mayores que aparecen en la trilogía de *El Padrino* (dir: F.F. Coppola, 1972), *Ciudadano Kane* (dir: O. Welles, 1941), *La huella* (dir: J.L. Mankiewicz, 1972), *Reservoir Dogs* (dir: Q. Tarantino, 1992), *La tapadera* (dir: S. Pollack, 1993), *Hannibal* (dir: R. Scott, 2001) o *Camino a la perdición* (dir: S. Mendes, 2002). En cambio, la persona mayor sin poder es un ser insignificante que no puede ejercer ningún daño o, en todo caso, sólo puede ejercer el bien, como el protagonista de *Una historia verdadera* (dir: D. Lynch, 1999). La jubilación también suele suponer un importante cambio para la persona (habitualmente, representado en un hombre) que ha hecho del trabajo su identidad. La jubilación suele ser mostrada como un acontecimiento negativo en la vida de las personas que supone una crisis vital; esto

lo vemos en películas como *A propósito de Schmidt* (dir: A. Payne, 2002). En cambio, el protagonista de *Lugares comunes* (dir: A. Aristaraín, 2002) es capaz de encontrar un sentido a su existencia retomando de forma nostálgica los sueños revolucionarios de su juventud.

El uso del cine como recurso educativo ha sido recomendado desde hace tiempo por la UNESCO (1960: 19): “*Asimismo conviene utilizar los grupos ya existentes (familias, organizaciones de juventud, etc.) haciendo participar en la crítica de la prensa, de los programas de radio, de televisión. Los educadores deben utilizar los grandes medios de información de la misma manera que utilizan los libros, puesto que esos medios se dirigen al público en general. .../... Los medios audiovisuales (carteles, películas fijas, exposiciones modernas, radio y televisión) son instrumentos de educación muy útiles.*”.../... “*Estos medios permiten colmar el foso que media entre los conocimientos del especialista y el hombre de la calle, favorecen los cambios de impresiones sobre las ideas, la vida y la mentalidad entre diferentes grupos de ciudadanos y entre países, y enriquecen el conocimiento que tenemos de nuestro medio, del mundo en general*”, respaldada actualmente por la *Ley Orgánica de Educación* (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo) –arts. 17, i– “*Iniciarse en la utilización, para el aprendizaje, de las tecnologías de la información y la comunicación desarrollando un espíritu crítico ante los mensajes que reciben y elaboran*”, y por la *Ley del Cine* (Ley 55/2007, de 28 de diciembre) –disposición adicional séptima– *Acceso de los productos cinematográficos y audiovisuales al sistema educativo*: “*Las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus respectivas com-*

*petencias, promoverán la accesibilidad de los productos cinematográficos y audiovisuales al sistema educativo a través de programas de formación, de manera que sus contenidos puedan también quedar integrados en aquél”, y actualmente se utiliza mucho en las Universidades para la formación en competencias exigida en los nuevos grados derivados del Espacio Europeo de Educación Superior (Estrategia de Lisboa, más conocida como Plan Bolonia, firmado en 1999): Se trata de introducir al alumno en una experiencia educativa que le permita desarrollarse en todas las dimensiones de la persona, Saber (conocimientos), Saber hacer (habilidades y competencias), Saber ser (actitudes).*

Por todo ello, para el estudio que aquí presentamos, nos planteamos realizar una selección de películas que nos permitiesen alcanzar varios *objetivos*:

- a) utilizando las imágenes que el cine nos muestra, profundizar en el conocimiento de las personas mayores y las cuestiones relevantes para ellos en sus dinámicas vitales y en su relación con otras generaciones;
- b) destacar aquellas películas que muestran el mejor modo de envejecer, el denominado envejecer en positivo, para ayudar a reducir los estereotipos negativos acerca de la vejez, seleccionando algunas de ellas;
- c) ahondar en el concepto “envejecimiento activo y solidaridad intergeneracional” tomando como ejemplo algunas películas que lo muestran;
- d) además, y por último, la selección de películas y su clasificación pueden servir para el uso de las películas y documentales como elemento educativo,

tanto de los profesionales sociosanitarios en general como de los psicogerontólogos en particular, pero también de la sociedad en su conjunto (las propias personas mayores, y todas las que están en proceso de madurez desde los niños y jóvenes hasta los de mediana edad).

Plantear este artículo no ha sido nada fácil pues quizás habría requerido hacer una búsqueda exhaustiva de todas las películas producidas que tuviesen como protagonistas a personas mayores para poder, después, seleccionar aquellas que cumplieran un criterio preestablecido y que mejor pudiesen representar los temas que queríamos desarrollar en el artículo. Finalmente, nos decantamos por hacer una buena, aunque incompleta, larga -pero no conclusiva- búsqueda, para pasar posteriormente a realizar en ella una selección y una clasificación temática. Esperamos que el lector aprecie la lista y las recomendaciones anejas a ella, y también esperamos que esto sea el comienzo de una lista abierta y creciente, y que los diferentes lectores de este artículo puedan enviar sugerencias de películas y recomendaciones de visionado.

### 3. Procedimiento

El cine es un reflejo de la realidad que lo origina pero también puede llegar a ser un creador de imágenes culturales y representaciones. A través de este artículo se pretende explorar parte de la imagen de la vejez en el cine, a partir de una serie de films seleccionados que presentan una imagen positiva del envejecimiento y que no caen en lo peyorativo o burlesco, y tampoco en el sentido patológico de la vejez como pueden ser temas relativos a las demencias y otras enfermedades.

No se trata de ofrecer un análisis completo de la imagen que el cine ha transmitido sobre la vejez a lo largo de su historia o el papel que tienen las personas de más edad en las diferentes películas. En este artículo simplemente hemos querido hacer una selección intencionada de algunas de ellas. El procedimiento para realizar la búsqueda de las películas a analizar fue el siguiente. En primer lugar, se realizó una búsqueda a partir de las bases de datos más conocidas en materia de cine ([www.imdb.com](http://www.imdb.com), [www.imbd.es](http://www.imbd.es), [www.filmotech.com](http://www.filmotech.com), por ejemplo) y en páginas web dedicadas a la crítica de cine ([www.filmin.es](http://www.filmin.es), [www.blogdecine.com](http://www.blogdecine.com), [www.filmaffinity.com](http://www.filmaffinity.com), [www.labutaca.net](http://www.labutaca.net), [www.mundocine.com](http://www.mundocine.com)). A través del Google se encontraron otras películas al introducir algunas palabras clave (entre otras, “vejez y cine”, “mayores en el cine”, “amor maduro en el cine”, “relaciones intergeneracionales y cine”, “Alzheimer y cine” o “cine y final de la vida”). Se buscó la filmografía reciente de algunos actores conocidos y que ya superan los 60 años en Wikipedia ([www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com)) y en algunas páginas dedicadas al cine. Además y finalmente, se realizaron entrevistas a expertos y críticos de cine que aconsejaron incluir algunos films en el análisis, los que ellos denominaron “películas imprescindibles”. Tras el visionado y análisis de 225 de películas que tratan el tema de la vejez, el paso del tiempo o sus protagonistas son personas mayores de 55 años, realizamos una selección de 49 películas que hemos clasificado a partir del tema principal que abordan si bien muchas de las películas tratan el tema de la vejez desde diversas perspectivas, cruzándose en ellas diversos aspectos como la jubilación, la perpetuación de un legado, el repaso de lo que ha sido la vida y el sentido de trascendencia, las relaciones

afectivo-sexuales o la soledad en la vejez, la noticia del final de la vida y la muerte.

El primer cribado permitió dividir las películas visionadas en aquellas que hablan de envejecimiento activo o muestran una visión positiva de la vejez y el envejecimiento y hablan también de la solidaridad intergeneracional (tabla 1) y aquellas otras que muestran un envejecimiento patológico, una visión negativa de la vejez o hablan de los cuidados en la dependencia (tabla 2).

**Tabla 1.** Vejez activa. Visión positiva del envejecimiento. Adaptación positiva

### **Vejez activa.**

#### **Visión positiva de la vejez y el envejecimiento**

##### **Solidaridad intergeneracional**

- Adios Mr Chips* (dir. S Wood, 1939)
- Ahora o Nunca* (dir. R Reiner, 2007)
- Al otro lado* (dir. F Akin, 2007)
- Another year* (dir. M Leigh, 2010)
- Antonia* (dir. M Gorris, 1995)
- Burt Munro. Un sueño, una leyenda* (dir. R Donaldson, 2005)
- Carmina o revienta* (dir. P León, 2012)
- Cerezos en flor* (dir. D Dorrie, 2008)
- Charlie y la fábrica de chocolate* (dir. T Burton, 2005)
- Cinema Paradiso* (dir. G Tornatore, 1988)
- Cleopatra* (dir. E Mignona, 2003)
- Cocoon* (dir. R Howard, 1985)
- Cocoon. El retorno* (dir. D. Petrie, 1988)
- Como un Rolling* (dir. P. Castilla, 2012). Corto
- Conoces a Joe Black?* (dir. M Brest, 1998)
- Conversaciones con mamá* (dir. C. Oves, 2004)
- Corazones rebeldes* (dir. S Walker, 2007)
- Cosas de familia* (dir. F. Schepisi, 2008)
- Cuando el viento sopla* (dir. J. T Murakami, 1986)
- Cuando Harry conoció a Sally* (dir. R. Reiner, 1989)
- Cuando menos te lo esperas* (dir. N Meyers, 2003)
- Cuéntame una historia* (dir. R Donna, 2004)
- Cuentos de Tokyo* (dir. Y Ozu, 1953)
- Dame 10 razones* (dir. B. Silberling, 2006)

- Dejad paso al mañana* (dir. L McCarey, 1937)  
*Del rosa al amarillo* (dir. M Summers, 2003)  
*Dersu Uzala* (dir. A. Kurosawa, 1975)  
*Descubriendo a Forrester* (dir. G Vas Sant, 2000)  
*Despedidas* (dir. Y. Takita, 2008)  
*Donde reside el amor* (dir. J Moorhouse, 1995)  
*Ed Wood* (dir. T. Burton, 1994)  
*El abuelo* (dir. J.L. Garcí, 1998)  
*El artista y la modelo* (dir. F. Trueba, 2012)  
*El bosque del luto* (dir. N Kawase, 2007)  
*El color del paraíso* (dir. M. Majidi, 1999)  
*El coronel no tiene quien le escriba* (dir. A Ripstein, 1999)  
*El estanque dorado* (dir. M. Rydell, 1981)  
*El estudiante* (dir. R Girault, 2009)  
*El exótico hotel Marigold* (dir. J Maden, 2011)  
*El fin es mi principio* (dir. J Baier, 2010)  
*El nido vacío* (dir. D Burman, 2008)  
*El oro de Ulises* (dir. V Nuñez, 1997)  
*El prado de las estrellas* (dir. M Camus, 2007)  
*El regalo* (dir. C. Galaz, 2008)  
*El reto* (dir. A Aguilar, 2009)  
*El rey de las máscaras* (dir. W Tianming, 1997)  
*El rey Lear* (dir. M Radford, 2012)  
*El río de la vida* (dir. R Redford, 1992)  
*El secreto de los McCann* (dir. T McCanlies, 2005)  
*El señor Ibrahim y las Flores del Corán* (dir. F Dupeyron, 2003)  
*El último* (dir. FW Murnau, 1924)  
*El último pistolero* (dir. D. Siegel, 1976)  
*El verano de Kikujiro* (dir. T. Kitano, 1999)  
*El viaje de nuestra vida* (dir. C.N. Rowley, 2006)  
*El viejo y el mar* (dir. J Sturges, 1958)  
*El viento* (dir. E Mignona, 2005)  
*El violín* (dir. F Vargas, 2005)  
*Elsa y Fred* (dir. M Carnevale, 2005)  
*En 80 días* (dir. JM. Goenaga, 2010)  
*En el estanque dorado* (dir. M Rydell, 1998)  
*En el séptimo cielo* (dir. A Drese, 2008)  
*Esencia de mujer* (dir. M Brest, 1992)  
*Espera un poco* (dir. A Kurosawa, 1993)  
*Frankie y Johnny* (dir. G Marshall, 2001)  
*Geri's game* (dir. J. Pinkava, 1997) Corto.  
*Gianni y sus mujeres* (dir. G di Gregorio, 2011)  
*Gran Torino* (dir. C Eastwood, 2008)  
*Haciendo tiempo para volver a casa* (dir. G. Jordan, 1997)  
*Harold and Maud* (dir. H. Ashby, 1971)  
*Harry and Tonto* (dir. P.A Mzursky, 1971)  
*Innocence* (dir. P Cox, 2000)  
*Intimo y personal* (dir. J Avnet, 1996)  
*Ironías de la vida* (dir. A Aguilar, 2006)  
*Kolya* (dir. J Severak, 1997)  
*Kotch* (dir. J. Lemmon, 1971)  
*La casa de mi abuela* (dir. A Aliaga, 2006)  
*La dama y la muerte* (dir. J. Recio, 2009) Corto.  
*La escalera* (dir. S Donen, 1969)  
*La muñeca del espacio* (dir. D Moncasi, 2006).  
*La pequeña habitación* (dir. M Bouquet, 2012)  
*La soledad* (dir. J Rosales, 2007)  
*La última estación* (dir. M Hoffman, 2009)  
*La última primavera* (dir. C Dance, 2004)  
*La ventana* (dir. C Sorin, 2008)  
*La vida empieza hoy* (dir. L Maña, 2009)  
*Las chicas de la lencería* (dir. B Oberli, 2006)  
*Las chicas del calendario* (dir. N Cole, 2003)  
*Las horas del verano* (dir. O Assayas, 2008)  
*Lola* (dir. B Mendoza, 2009)  
*Lugares comunes* (dir. A Aristaráin, 2002)  
*Mamá cumple 100 años* (dir. C Saura, 1979)  
*Mi padre* (dir. G.D. Goldberg, 1989)  
*Mia Sarah* (dir. G Ron, 2006)  
*Mil años de oración* (dir. W Wang, 2007)  
*Million Dollar Baby* (dir. C Eastwood, 2004)  
*Mis tardes con Marguerite* (dir. J Becker, 2009)  
*Mr. Henderson presenta* (dir. S Frears, 2005)  
*Nietos. Identidad y memoria* (dir. B. Avila, 2003)  
*Nunca es tarde para enamorarse* (dir. J Hopkins, 2009)  
*Otoño en Nueva York* (dir. J Chen, 2000)  
*Para que no me olvides* (dir. P Ferreira, 2005)  
*Paseando a Miss Daisy* (dir. B Beresford, 1989)  
*Pequeño Cherokee* (dir. R. Friedenberg, 1997)  
*Poesía* (dir. L Chang-Dong, 2010)  
*Por si no te vuelvo a ver* (dir. JP Villaseñor, 2000)  
*Primavera en otoño* (dir. C Eastwood, 1973)  
*Primavera, verano, otoño, invierno... y primavera* (dir. K. Ki-Duk, 2003)  
*Profesor Holland* (dir. S. Herek, 1995)  
*Regreso a Bontiful* (dir. P Masterson, 1985)  
*Relámpago sobre el agua* (dir. W Wenders, 1980)  
*Robin y Marian* (dir. R Lester, 1976)

- Romance otoñal* (dir. B Kidron, 1992)  
*Sang Woo y su abuela* (dir. L. Jeong-Hyang, 2002)  
*Saraband* (dir. I. Bergman, 2003)  
*Si de verdad me quieres* (dir. D. Frankel, 2012)  
*Siempre hay tiempo (Héctor y Bruno)* (dir. A Diego, 2009)  
*Sin perdón* (dir. C Eastwood, 1992)  
*Sol de otoño* (dir. E Mignona, 1996)  
*Solas* (dir. B Zambrano, 1999)  
*Solo el cielo lo sabe* (dir. D Sirk, 1955)  
*Son of Babylon* (dir. M. Al Daradji, 2009)  
*Sonata de otoño* (dir. I Bergman, 1978)  
*Sostiene Pereira* (dir. R Faenza, 1996)  
*Space cowboys* (dir. C Eastwood, 2000)  
*Tess y su guardaespaldas* (dir. H Wilson, 1994)  
*The mother* (dir. R Michell, 2000)  
*The visitor* (dir. T. McCarthy, 2007)  
*Tierras de penumbra* (dir. R Attemborough, 1993)  
*Todos están bien* (dir. K Jones, 2009)  
*Tomates verdes fritos* (dir. J. Avnet, 1991)  
*Tres veces 20 años* (dir. J Gravas, 2011)  
*Umberto D* (dir. V. de Sica, 1952)  
*Un año más* (dir. M Leigh, 2011)  
*Un buen día lo tiene cualquiera* (dir. S Lorenzo, 2007)  
*Un poco de chocolate* (dir. A. Aramaio, 2008)  
*Un toque de canela* (dir. T. Boulmetis, 2003)  
*Una dama digna* (dir. P.T. Anderson, 1999)  
*Una historia verdadera* (dir. D. Lynch, 1999)  
*Una vida por delante* (dir. L. Hallström, 2005)  
*Up* (dir. B. Peterson, 2009)  
*Venus* (dir. R Mitchell, 2006)  
*Vivi* (dir. A. Kurosawa, 1952)  
*Volver a empezar* (dir. J.L. Garci, 1982)  
*Vuelvo a casa* (dir. M Olivera, 2001)  
*Zapatos italianos* (dir. K Branagh, 2014)
- Algo queda* (dir. A. Lorenz, 2010).Corto  
*Amanecer de un sueño* (dir. F. Mas Franqueza, 2008)  
*Amour (Love)* (dir. M. Haneke, 2012)  
*Arrugas* (dir. I Ferreras, 2011). Corto animación  
*Aurora borealis* (dir. CE Burke, 2006)  
*Bicicleta, cuchara, manzana* (dir. C. Bosch, 2010).  
*Bucarest, la memoria perdida* (dir. A. Sole, 2009).  
*Club eutanasia* (dir. A Tapia, 2005)  
*Colgadas* (dir. D. Keaton, 2000)  
*Complaints of a dutiful daughter* (dir. D Hoffmann, 1994)  
*La comunidad* (dir. A. de la Iglesia, 2000)  
*La escapada* (dir. D. Risi, 1962)  
*La extraña pareja* (dir. G. Saks, 1968)  
*La extraña pareja otra vez* (dir. H. Deutch, 1998)  
*La familia, bien, gracias* (dir. Masó, 1979)  
*La familia, 30 años después* (dir. P Masó, 1999)  
*La familia Savages* (dir. T. Jenkins, 2007)  
*La grandeza de vivir* (dir. A Byrne, 2007)  
*La hora del adiós* (dir. D. Jones, 1997)  
*La luna en el espejo* (dir. S Caiozzi, 1990)  
*Las manos de la madre* (dir. M. Gabilondo, 2013)  
*La memoria del asesino* (dir. E Van Looy, 2003)  
*La pareja chiflada* (dir. H Ross, 1975)  
*La primavera romana de la Sra. Stone* (dir. J. Quintero, 1961)  
*La ventana abierta* (dir. D. Cañizal, 2010)  
*La vieja de atrás* (dir. P.J. Meza, 2010)  
*Las ballenas de agosto* (dir. L Anderson, 1987)  
*Las invasiones bárbaras* (dir. D. Arcand, 2003)  
*Lejos de ella* (dir. S Polley, 2006)  
*Las voces de la memoria* (dir. V Peris, DFabra, A Badia, 2011)  
*Los montes* (dir. J.J. Martin, 1982)  
*Magnolia* (dir. P.T. Anderson, 1999)  
*Nedar* (dir. C Subirana, 2008)  
*Poesía* (dir. L Chang-Dong, 2010)  
*Primavera tardía* (dir. Y Ozu, 1949)  
*¿Qué fue de Baby Jane?* (dir. R Aldrich, 1962)  
*¿Qué hacemos con la abuela?* (dir. E Chatilliez, 1990)  
*Sacrificios del corazón* (dir. DS. Cass, 2007)  
*¿Te acuerdas del amor?* (dir. J Bleckner, 1985)  
*Un buen día lo tiene cualquiera* (dir. S Lorenzo, 2007)  
*Un camino hacia la luz* (dir. R.A. Ackerman, 1999)  
*Una canción para Marthy* (dir. B August, 2001)

**Tabla 2.** Vejez patológica. Visión negativa del envejecimiento. Cuidados en la dependencia

### Vejez patológica.

#### Visión negativa de la vejez y el envejecimiento. Cuidados en la dependencia.

- A propósito de Schmidt* (dir. A. Payne, 1993)  
*Acordarse de cosas bellas* (dir. Z Breitman, 2001)  
*Age old friends* (dir A. Kroeker, 1989)

*Volver a Villarro* (dir. J.J. Perez, 2005)  
*¿Y tú quién eres?* (dir. A. Mercero, 2007)  
*Zombie* (dir. D. Moreno, 2012)  
*Esto no es un cuento* (dir. L. Aubia, 2012)  
*Eternamente joven* (dir. S. Miner, 1992)  
*Fedora* (dir. B. Wilder, 1978)  
*Fresas salvajes* (dir. I. Bergman, 1957)  
*Firefly dreams* (dir. J. Williams, 2001)  
*Ginger y Fred* (dir. F. Fellini, 1985)  
*Hasta mañana* (dir. L. Pedraz, 2010)  
*Historias mínimas* (dir. C. Sorin, 2002)  
*Iris* (dir. R. Eyre, 2001)  
*Juguetes rotos* (dir. M. Summers, 1966)  
*Justino, un asesino de la tercera edad* (dir. S. Aguilar, 1994)  
*La balada de Narayama* (dir. S. Imamura, 1983)  
*La caja de Pandora* (dir. Y. Ustaoglu, 2008)  
*Cortex* (dir. N. Boukhrief, 2008)  
*Cosas que importan* (dir. C. Franklin, 1998)  
*Cuidadores* (dir. O. Tejedor, 2010)  
*Discordias a la carta* (dir. H. Deutch, 1995)  
*Dos viejos gruñones* (dir. D. Petrie, 1993)  
*Dos viejos más gruñones* (dir. H. Deutch, 1995)  
*El cochecito* (dir. M. Ferreri, 1960)  
*El crepúsculo de los dioses* (dir. B. Wilder, 1950)  
*El diario de Noah* (dir. N. Cassavetes, 2004)  
*El hijo de la novia* (dir. J.J. Campanella, 2001)  
*El mundo de Marti* (dir. D. Bardiau, 2000)  
*El sabor del sake* (dir. Y. Ozu, 1962)  
*El viejecito* (dir. M. Summers, 1959)  
*En la ciudad sin límites* (dir. A. Hernandez, 2001)  
*Memories of tomorrow* (dir. Y. Tsutsumi, 2006)  
*Mitio Jacinto* (dir. L. Vajda, 1956)  
*Muerte en Venecia* (dir. L. Visconti, 1971)  
*Nader y Simin, una separación* (dir. A. Farhadi, 2011)

En el presente artículo nos centramos sólo en aquellas que hablan del *envejecimiento activo* y la *solidaridad intergeneracional*, la vejez como momento de cambio y crecimiento, el envejecimiento en positivo, el afrontamiento y superación de los problemas que la vida plantea, dejando para un

artículo posterior el análisis de otras temáticas también interesantes para los psicólogos o educadores en general y para los gerontólogos en particular, como el cuidado, la dependencia, el impacto del cuidado en la familia o el afrontamiento del final de la vida independiente. En otro artículo nos ocuparemos de cómo proceder para un uso didáctico de estas películas, sugiriendo cómo poner en marcha un programa de cine centrado en el diálogo intergeneracional que ayude a cambiar los estereotipos negativos asociados a la vejez y promueva un acercamiento entre generaciones.

Un equipo compuesto por cinco miembros (tres expertos en gerontología y asesorados por especialistas en cine) visionó las diferentes películas y les fue asignando de modo independiente unas etiquetas que pudiesen después dar lugar a una primera clasificación temática. Las películas fueron etiquetadas como: envejecimiento activo-envejecer en positivo, la vida después de la jubilación, la transmisión de un legado/la mentorización, las relaciones intergeneracionales (entre abuelos/nietos y entre personas de diferentes edades), la superación del duelo y el afrontamiento positivo, incluida la aceptación de la proximidad de la muerte.

Tras una puesta en común de las etiquetas y por un procedimiento de consenso máximo, se llegó a la siguiente clasificación de temas y subtemas.

- a. Cambios, acontecimientos vitales, cambios sociales, pero también el modo de responder a dichos cambios (afrontamiento positivo, adaptación, resiliencia), integridad: jubilación, nido vacío, proximidad a la muerte propia o ajena, viudedad.

- b. Relaciones sociales, salud psicológica-emocional, relaciones afectivo-sexuales
- c. Relaciones familiares, relaciones padres que envejecen e hijos adultos
- d. Relaciones intergeneracionales y generatividad. Mentorización. Transmisión de un legado. Personas mayores como educadores. Relación abuelos-nietos
- e. Participación activa y generatividad. Participación social, cultural, educativa, aprendizaje a lo largo de la vida.

#### 4. Una visión psicosocial incompleta...

Cada película se ha incluido en una categoría en la que mejor representada está, pero lo cierto es que la mayor parte de ellas hablan de diversos temas o diferentes personajes, podrían enmarcarse en distintos modos de envejecer, mostrándose en muchas de ellas el contraste entre dos o más personajes o el cambio de un personaje (o varios) del comienzo al final del film.

**Tabla 3.** Películas seleccionadas y principales temas y subtemas tratados en ellas

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, ENVEJECIMIENTO EXITOSO, ACEPTACIÓN DE LA VEJEZ	1. CAMBIOS-ACONTECIMIENTOS VITALES. CAMBIOS SOCIALES	1.1. JUBILACIÓN	A propósito de Schmidt Vivir
	pero también el modo de responder a dichos cambios:	1.2. VIUDEDAD	Cerezos en flor El bosque del luto
	SALUD PSICOLÓGICA-EMOCIONAL. AFRONTAMIENTO POSITIVO/INTEGRIDAD. MODELO OPTIMIZACIÓN SELECTIVA POR COMPENSACIÓN La vida empieza hoy	1.3. NIDO VACÍO	El nido vacío
	INTEGRIDAD Una historia verdadera	1.4. PROXIMIDAD DE LA PROPIA MUERTE. LA MUERTE	Volver a empezar Ahora o nunca Fresas salvajes Los montes Despedidas
	2. RELACIONES SOCIALES. RELACIONES FAMILIARES. SALUD PSICOLÓGICA-EMOCIONAL.	2.1. RELACIONES AFECTIVO-SEXUALES	Amour (Love) Elsa y Fred En el séptimo cielo En 80 días La vida empieza hoy Zapatos italianos The mother Tres veces 20 años
		2.2. RELACIONES PADRES QUE ENVEJECEN- HIJOS ADULTOS	Cerezos en flor Conversaciones con mamá Están todos bien Cuentos de Tokyo Dejad paso al mañana Mama cumple cien años

ENVEJECIMIENTO ACTIVO, ENVEJECIMIENTO EXITOSO, ACEPTACIÓN DE LA VEJEZ	3.RELACIONES INTERGENERACIONALES y también	3.1.ABUELOS-NIETOS	Charlie y la fábrica de chocolate Sang Woo y su abuela Kotch Vuelvo a casa
		3.2.MENTORIZACIÓN. TRANSMISION DE ENSEÑANZAS y/o AYUDA de una generación a otra	Descubriendo a Forrester El señor Ibrahim y las Flores del Corán Million Dollar Baby Cinema Paradiso Tomates verdes fritos Pequeño cherokee Esencia de mujer El bosque del luto Antonia
	GENERATIVIDAD El señor Ibrahim y las Flores del Corán Million Dollar Baby	3.3.SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL	Mis tardes con Margueritte Un poco de chocolate Up Una dama digna El fin es mi principio
	SABIDURÍA Tomates verdes fritos	4.1.SOCIAL, CÍVICO-POLÍTICA	Conversaciones con mamá Por si no te vuelvo a ver
	4.PARTICIPACIÓN ACTIVA		4.2.CULTURAL-EDUCATIVA-FORMATIVA

Además del criterio primero (películas o cortos que muestren un afrontamiento positivo al envejecimiento o hablen del envejecimiento activo), hemos querido seleccionar películas de diferentes géneros (drama, comedia, animación, documental, biográfica, romántica), de diferentes épocas (desde 1924 a 2013), de distintas nacionalidades (cine japonés, cine americano, cine argentino, cine español) y no olvidar a grandes directores (Eastwood, Lynch, Kurosawa, Oliveira, Ozu, Bergman) y directoras (Dorrie, Kawase) o directores españoles y latinoamericanos (García, Mañá, Mignona) ni tampoco a algunos de los grandes actores que se han hecho mayores en el cine. Por eso hemos tratado también de tener este

criterio en mente al incluir películas cuyos protagonistas fuesen “actores de largo recorrido” que superan los 60, 70 u 80 años (Manuel Alexandre -1917-2010-, China Zorrilla -n. 1922-, Hector Alterio -n. 1929, Sean Connery -n.1930-, Clint Eastwood -n.1930-, Omar Sharif -n.1932-, Robert Redford -n.1936-, Jack Nicholson -n.1937-, Anthony Hopkins -n.1937-, Morgan Freeman -n.1937-, Helen Mirren -n.1945-, Meryl Streep -n.1949-, Isabella Rossellini -n.1952-). Ya sabemos que nos dejamos a muchos otros en esta selección, ejemplos de buen envejecer: Michael Caine, Olympia Dukakis, Lauren Bacall, Vanessa Redgrave, Christopher Lee, Peter O’Toole, Eli Wallach, Richard Harris, Judi Dench, Diane

Keaton, o Glen Close. Somos conscientes de que hay muchas más, incluso algunas que el lector/a podría valorar como mejores películas de las aquí presentadas y por eso añadimos el listado de las películas visionadas y revisadas y declaramos este artículo como inacabado pero también abierto.

## Referencias

- Baltes, P. y Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on success fulaging: The model of selective optimization with compensation. En P.B. Baltes y M.M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1–34). New York: Cambridge University Press.
- Baltes, P.B. y Smith J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Baltes, P.B. y Staudinger, U.M. (2000). Wisdom. A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist*, 55, 122-136.
- Baltes, P.B., Smith, J., Staudinger, U.M., y Sowarka, D. (1990). Wisdom: One facet of successful aging? En M. Perlmutter (Ed.), *Late-lifepotential* (pp. 63–81). Washington, DC: Gerontological Society of America.
- Butler, R. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-6.
- Castells, M. (2000). *The information age: economy, society and culture. Vol 1: The rise of the network society*, 2nd edition. New York: Blackwell.
- Diputación Foral de Vizcaya (2011), *Las personas mayores y los Medios de Comunicación*. Bilbao: Diputación Foral de Vizcaya, Departamento de Acción Social.
- Erikson, E. (1971). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós
- Erikson, E. y Erikson, J.M. (1987/2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
- Estrategia de Lisboa -Plan Bolonia- (1999). Recuperado en: <http://www.mecd.gob.es/boloniaeees/inicio.html>
- Genovard, C. y Casulleras, D. (2005). La imagen de la vejez en el cine. Iconografía virtual e interpretación psicológica. *Boletín de Psicología*, 83, 7-20.
- Gómez, P. y Díaz-Veiga, P. (2011) (coor.), *Guía Práctica del Buen Trato a las personas mayores*. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.
- Hannah, M.T., Domino, G., Figueredo A.J., y Hendrickson, R. (1996). The prediction of ego integrity in older persons. *Educational and Psychological Measurement*, 56:930–950.
- <http://ecodiario.eleconomista.es/musica/noticias/2521914/10/10/Ronnie-Wood-Los-Rolling-Stones-no-se-separaran-hasta-que-todos-los-miembros-hayan-fallecido.html>
- INE (2012). Recuperado en: [www.ine.es](http://www.ine.es)
- Informe al Parlamento Europeo sobre el futuro demográfico de Europa 2007/2156. Recuperado en: [http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=fr&reference=2007/2156\(INI\)](http://www.europarl.europa.eu/oeil/popups/ficheprocedure.do?lang=fr&reference=2007/2156(INI))
- Ley del Cine* (Ley 55/2007, de 28 de diciembre). Recuperado en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/12/29/pdfs/A53686-53701.pdf>
- Ley Orgánica de Educación* (Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo). Recuperado en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/05/04/pdfs/A17158-17207.pdf>
- OMS (2002). *Active aging. A policy framework*. Recuperado en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf)
- Ortiz, A. (2006). El cine y la edad. En S. Pinazo (dir), *El viatge de la Nau Gran*. Valencia: Publicacions de la Universitat de Valencia.
- Ramos, I. y Carretón-Ballester, MC (2012), Presencia y representación de las personas mayores en la publicidad televisiva: el caso español. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 47, 2, 55-61.
- Triadó, C. y Villar, F. (2008). *Envejecer en positivo*. Gerona: Aresta
- UNESCO (1960). *Segunda Conferencia Mundial de Educación de Adultos*. Recuperado en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001338/133863so.pdf>

Fecha de recepción: 24/01/2013

Fecha de aceptación: 20/02/2013

### Nota de la autora:

Hablando de personas mayores y cine...

...quiero expresar mi agradecimiento más sincero a un grande del cine, Adolfo Bellido, por sus muy buenos consejos, por los ratos que hemos pasado hablando de cine y por lo mucho que he aprendido a su lado, de cine y de la vida.

...también a Ramón Bayés, que es un Maestro, en esto de utilizar el cine para hablar de Psicología y en muchas más cosas.

# ¿Hay vida más allá del cognitivismo?

## Encontrando respuestas en la psicología social

Javier Pons Díez

Departamento de Psicología Social de la Universitat de València

### resumen/abstract:

El objetivo de este trabajo es presentar una revisión de algunas orientaciones teóricas surgidas a finales del siglo XX, que se postulan como alternativas a los modelos predominantes del procesamiento de la información. En primer lugar, se describen las características distintivas de la orientación cognitivista. A continuación, se exponen las principales críticas vertidas sobre esta orientación. Posteriormente, se hace una caracterización de algunas escuelas de pensamiento, surgidas en la psicología social, que recogen esta crítica y presentan posiciones alternativas a las teorías cognitivistas.

*The aim of this paper is to present a review of some theoretical orientations emerged in the late twentieth century, which are suggested as alternatives to the dominant models of information processing. First, it describes the distinctive features of cognitive orientation. The following outlines the main criticisms of this approach. Subsequently, carried out a description of some schools of thought emerged in social psychology, which present alternative positions to cognitivism.*

### palabras clave/keywords:

Cognitivism, historia de la psicología, psicología crítica, psicología social.

*Cognitivism, critical psychology, history of psychology, social psychology.*

## 1. Caracterización antropológica y epistemológica del cognitivismo

El artículo de George Miller “El mágico número siete más/menos dos: Algunos límites de nuestra capacidad para procesar información”, publicado en 1956, suele ser considerado como el primer punto de inflexión en el cambio de paradigma que experimentó la psicología. Cuatro años más tarde, otros dos acontecimientos serán decisivos para que el cognitivismo empezara a ganar terreno frente al conductismo: por un lado, en la Universidad de Harvard se funda el Centro de Estudios Cognitivos, dirigido por George Miller y Jerome Bruner; paralelamente, se publica el libro “Planes

y estructura de la conducta”, firmado por el omnipresente Miller, junto con Eugene Galanter y Karl Pribram. Ya en 1967, Ulric Neisser utiliza el nombre de “Psicología cognitiva” para titular su libro. Neisser (1967) define la cognición como el conjunto de procesos mentales a través de los cuales las entradas sensoriales se transforman, se reducen, se elaboran, se almacenan, se recuperan y se usan. La cognición, para Neisser, se refiere a todo lo que el ser humano puede llegar a hacer con su mente.

El auge del cognitivismo desde los años sesenta del siglo XX acabó consolidándolo como la orientación teórica predominante en la psicología estadounidense, trasla-

dándose esta tendencia a la europea e instalándose como el modelo de observación mayoritaria en el estudio del comportamiento. La preponderancia del paradigma cognitivista supuso un cambio en la noción de ser humano manejada por la psicología, pues, frente al conductismo, el cognitivismo destaca la imagen de la persona como procesadora-interpretadora de la información circundante, favoreciendo una visión esencialmente racionalista de la naturaleza humana. Ello significó, además, reducir la vida psíquica a la mecánica de los procesos cognitivos, aislados de los factores de orden social que les deberían dar sentido, tales como normas implícitas, roles desempeñados, motivaciones de ajuste grupal o creencias y valores de referencia colectiva (Ovejero, 1985).

Efectivamente, la orientación cognitivista se convierte en el enfoque dominante desde el último tercio del siglo XX (Collier, Minton y Reynolds, 1996; Ibáñez, 1990; Jiménez-Burillo, 1986; Rodríguez-Pérez y Betancor, 2007; Sabucedo, D'Adamo y García-Beaudoux, 1997; Santolaya, Berdullas y Fernández-Hermida, 2002; Turner, 1999). Como afirman Markus y Zajonc (1985) el cognitivismo se quedó sin "competidores", pues no sólo abarcó la mayor parte de las nuevas líneas de investigación, sino que se dio, por parte de algunas teorías neoconductistas o de la *Gestalt* social, una reconceptualización de sus términos en dirección al procesamiento de la información. Tal situación significó un cambio de proporciones revolucionarias, que reorientó el interés de la psicología hacia la comprensión de la mecánica de los procesos cognitivos.

Siguiendo a Munné (1989) pueden señalarse cinco supuestos básicos que se despen-

den de la conceptualización que el cognitivismo hace del ser humano:

- La persona es procesadora activa de información e interpretadora de la realidad.
- La interpretación de un estímulo depende tanto de las características de éste como de las expectativas del perceptor.
- La persona intenta organizar cognitivamente su experiencia, y esta organización incluye una selección y una simplificación de contenidos mentales y de la realidad circundante.
- La organización mental de la realidad tiene como función proporcionar una guía para la acción y una base para la predicción de esa acción.
- Todo lo anterior es igualmente aplicable tanto a la actividad mental cognoscitiva como al comportamiento de interacción social.

La noción de ser humano que presenta el cognitivismo fue uno de los motivos que facilitó su gran auge dentro de la psicología estadounidense. El hecho es que el conductismo presentaba una noción antropológica que, implícitamente y aun sin pretenderlo, dejaba entrever dudas acerca de algunos de los valores fundacionales de los Estados Unidos, tales como el libre albedrío, la preeminencia del raciocinio o la capacidad de elección. Las propuestas cognitivistas, por el contrario, permitían mantener explícitamente a salvo esos valores legitimadores del *American way of life*.

El emplazamiento central de los procesos internos –mentales– supuso ya una manifiesta oposición al conductismo, pues el interés primordial de las teorías cognitivistas

radicará en su voluntad de explicar cómo las personas organizan sus interpretaciones de la realidad. El cognitivismo quiere explicar cómo las personas interpretan el mundo que les rodea, cómo la gente piensa en las cosas que les ocurren y ocurren a su alrededor, y cómo piensan que piensan sobre el mundo (Fiske y Taylor, 1991). La investigación cognitivista no se limita al estudio del comportamiento observable, pues su interés está en lo que los conductistas habían desdeñado: la mente, la “caja negra” del conductismo.

El estudio de las categorías mentales no había sido ajeno a la psicología anterior al cognitivismo: desde la obra pionera de Wilhelm Wundt a la psicología humanista de Abraham Maslow y Carl Rogers; o desde los inicios de la psicología de la *Gestalt* a la teoría del campo de Kurt Lewin y los posteriores desarrollos de la *Gestalt* social. Incluso el neoconductismo tomó en consideración las variables “intervinientes” como mediadoras entre la estimulación ambiental y la respuesta del individuo a ésta. Pero, la marca diferencial de la perspectiva cognitivista radica en la forma de acercarse a la mente para estudiar el comportamiento de las personas: aplicar la metáfora de la mente como un ordenador y aplicar análogamente todo el andamiaje procesual de las ciencias computacionales (Garrido y Álvaro, 2007). Autores como Zaccagnini y Delclaux (1982) señalan que se recurrió a la metáfora del ordenador porque el sistema conceptual y terminológico usado para referirse a los ordenadores resultaba muy práctico para describir y representar modelos psicológicos del funcionamiento cognitivo. Así, se comienza a decir que los sujetos procesan *inputs* de su entorno a través de canales cognitivos, tras lo cual la in-

formación es elaborada mediante una serie de pasos, hasta que se toma una decisión y se genera un *output*.

Esta psicología “cibernética” se centra en cómo el individuo procesa la información, con independencia de la naturaleza de los contenidos de ésta, y se basa en los modelos de procesamiento de la información, así como en ciertos conceptos sobre la organización del conocimiento. Se considera que el pensamiento presenta secuencias de actuación y que un papel central en los procesos lo juega la memoria. Existen estructuras estables de conocimiento almacenadas en la memoria —esquemas, prototipos o estereotipos— que influyen en la percepción de la información y en el archivo de la misma. Los procesos, desde esta concepción, tienen un carácter genérico y su funcionamiento es independiente de su contenido. La mente actúa como un ordenador, que sólo puede funcionar a partir de sus programas.

La premisa de partida de la psicología cognitivista fue situar al pensamiento al timón de mando de la conducta, postulando una visión racionalista del ser humano y de la vida social. En efecto, las dinámicas extracognitivas, tales como las motivaciones y necesidades sentidas, el mundo emocional, el ajuste social o los contenidos socioculturales de la psique, han tenido muy escaso espacio dentro de la explicación cognitivista, pues ésta prefiere centrarse en los fríos mecanismos mentales del procesamiento de la información. Así, la investigación de aquellos aspectos es ignorada, por no tener espacio en una explicación racionalista de la actividad humana (Fiske y Taylor, 1991; Markus y Zajonc, 1985), lo cual ha contribuido a alejarlas del interés de los psicólogos (Fernández-Sedano y Carrera, 2007).

Desde este contexto conceptual será posible sistematizar una visión crítica de la orientación cognitivista y proponer alternativas surgidas y desarrolladas, fundamentalmente, en la psicología social. Tal es, precisamente, el propósito de este trabajo, y a ello empezaremos a referirnos en el apartado siguiente.

## 2. La crítica al cognitvismo

La gran densidad de elementos implicados y la variabilidad de formas que adquiere la vida de los humanos requieren ser atendidas por una psicología que aborde su comprensión de una manera no simplista. La vida de las personas posee un carácter inherentemente dinámico: los sistemas sociales en que acontece toda existencia humana son sistemas altamente complejos, por ello habrá que considerar que la actividad de las personas, los pensamientos, los sentimientos, las interacciones y la vida en los grupos poseen una complejidad idiosincrásica que dificulta que puedan ser conocidos mediante una simplificación en respuestas individuales de cognición. Sobre este armazón de ideas, comienzan a formularse críticas –sobre todo desde la psicología social<sup>1</sup>– acerca de diferentes aspectos teóricos y antropológicos del paradigma del procesamiento de la información. Obviamente, la crítica no consiste en una enmienda a la

<sup>1</sup> Es claro que muy distinto será la aplicación de los modelos del procesamiento de la información a otras áreas en que la explicación cognitivista no tiene más remedio que encajar con éxito: por ejemplo, la psicología de la instrucción, el estudio de las funciones mentales superiores o ciertos aspectos en la psicología del desarrollo o en la del deporte, entre otras. La crítica se centra en los aspectos que hacen referencia a la vida común y cotidiana de las personas, a la noción de ser humano y al estudio del comportamiento en los ámbitos sociales y relacionales, allí donde se ponen en juego el bienestar social, la calidad de vida y la salud mental. Por ello, la crítica se ilustra desde la psicología social.

totalidad, sino que va dirigida a cuestiones particulares, aunque vinculadas a una misma noción de psicología y de ser humano. Siguiendo a autores como Garrido y Álvaro (2007), Gergen (1997a), Jiménez-Burillo (2005), Markus y Zajonc (1985), Ovejero (1985) o Rodríguez-Pérez (1993), resumiremos las críticas más frecuentes, que han venido cayendo sobre aspectos como los siguientes:

- Excesivo racionalismo en la noción de ser humano: la persona es concebida por el cognitvismo como una “máquina de pensar”. La actividad humana es reducida a producto de procesos interpretativos inspirados en la lógica formal, olvidando que el comportamiento común de las personas, en muchas de sus expresiones cotidianas, no responde a esos criterios racionales ni se basa en razonamientos lógico-formales.
- Perspectiva no social o, en el mejor de los casos, escasamente social. El interés del cognitvismo recae sobre el conocimiento individual, pero sin contemplar la naturaleza sociocultural de este individuo ni las influencias sociales y culturales que condicionan su actividad y sus contenidos mentales. El proceso cognitivo de interpretación de la realidad se estudia desprovisto de los factores socioculturales que lo llenan de contenido.
- Olvido de los aspectos emocionales y motivacionales de la persona. Del ser humano interesa poco más que el mecanismo procesual de los procesos cognitivos. Las emociones, necesidades y motivaciones humanas no son consideradas en su esencia por el cognitvismo.

mo, salvo como producto secundario derivado de procesos de cognición.

- Visión mecanicista del ser humano: se concede primacía a las operaciones cognitivas formales y al funcionamiento de los procesos cognitivos, pero no a la naturaleza de los contenidos mentales ni a las dinámicas sociales y motivacionales que afectan a los contenidos y a los procesos. Como afirma Álvaro (1995) el paradigma cognitivista ha sustituido un individualismo de carácter reactivo –el del conductismo– por un individualismo “ilustrado”.
- Perspectiva conservadora: se puede hacer un uso sui géneris del proceso de interpretación de la realidad, para legitimar las condiciones sociales de desigualdad. Esto es, si las interpretaciones cognitivas son lo determinante en la vida de cada persona, cómo sean las condiciones sociales en las que se vive no será relevante, pues siempre se podrán reinterpretar, por más que fueran injustas o desiguales. Desde este punto de vista, el cognitivismo supone una perspectiva centrada en lo mental y alejada del realismo social, de las condiciones de vida reales. El cognitivismo se halla bien conciliado con el *establishment*<sup>2</sup>.
- Identificación de los rasgos del *American way of life* en la explicación que se hace de la conducta humana. La explicación cognitivista y la imagen que

presenta del ser humano –racionalismo, individualismo, descontextualización,...– se hallan muy cercanas a los modos de vida cotidianos de la sociedad estadounidense y a los valores enfatizados por ésta. Se plantearía un problema de validez en la generalización de investigaciones y teorías a otras sociedades donde la vida social común no respondiera a tales rasgos.

- Autoasunción del cognitivismo como el “final de la historia”, como la conclusión incuestionable de todos los paradigmas acerca del ser humano. En este sentido, el cognitivismo se nos presenta como una suerte de “pensamiento único”, pretendiendo esclarecer a la humanidad cuál es la manera “correcta” de pensar y de sentir.

Otra cuestión crítica tiene que ver con la relación causal entre los pensamientos y los sentimientos. Aaron Beck, muy influyente en la psicología cognitivista, defendió la tesis de que las cogniciones determinan no sólo la conducta sino también los sentimientos del individuo: son las interpretaciones sobre los acontecimientos, y no los acontecimientos mismos, las que determinan lo que la persona sentirá (Beck, 1967, 1976). Esta relación causal del pensamiento al sentimiento es ampliamente aceptada dentro del movimiento cognitivista en psicología: la idea que se presenta es que las emociones son producto de la razón y de la valoración cognitiva que el individuo hace de los sucesos del entorno. Sin embargo, desde la neurociencia, las investigaciones sobre los circuitos neuronales del cerebro han hallado que la emoción precede al pensamiento y que existe un procesamiento emocional precognitivo (LeDoux, 1999).

<sup>2</sup> Entroncando con esta crítica, Ehrenreich (2009) llega a afirmar que el llamado “pensamiento positivo” –desproblematización, reinterpretación de los hechos adversos,...–, arraigado en el imaginario colectivo de nuestra sociedad y en las nociones mayoritarias de la psicología institucionalizada, actúa realmente como un mecanismo de control social y de “anestesia” para un tipo de malestar que movilizaría hacia el cambio social.

Tal realidad psicobiológica acerca de la actividad emocional humana abre un camino de investigación para la psicología cognitiva. Desde ella, investigadores como Blascovich y Mendes (2001) o Clark y Brissette (2000) han propuesto la existencia de un efecto recíproco: las cogniciones influyen sobre las emociones y las emociones sobre las cogniciones. La presencia de una relación circular entre ambas variables –como, por otra parte, ocurre con la mayoría de variables psicológicas– supera, al menos, el reduccionismo de la relación lineal en un solo sentido.

El evidente éxito del cognitivismo en el terreno académico y profesional no impidió que otras orientaciones teóricas presentaran sus aproximaciones desde presupuestos alternativos. Efectivamente, mientras el cognitivismo marcaba su acento, otras escuelas de pensamiento formulaban propuestas que han venido enriqueciendo la investigación sobre la conducta humana, aunque con una acogida no mayoritaria. La mayoría de esas propuestas proceden de desarrollos surgidos en el último cuarto del siglo XX en la psicología social estadounidense, europea y latinoamericana, precisamente porque el objeto de la psicología social pone de manifiesto las principales dudas acerca de los modelos del procesamiento de la información.

En los apartados posteriores se presentará una caracterización de algunas de tales orientaciones, cuyos esfuerzos de investigación hasta hoy han constituido marcos conceptuales eficaces para acceder a una comprensión completa y realista de la naturaleza humana. Además, su diversidad de planteamientos y puntos de interés satisface la necesidad, señalada por muchos autores, de que el estudio del comportamiento

se articule en un orden teórico basado en la pluralidad de enfoques (Blanco, 1989; Crespo, 1995; Gil-Lacruz, 2007; Munné, 1993; Ovejero, 1997, 1999). Obviamente, el pluralismo no puede abrirse a escuelas que basaran sus aportaciones en la simple especulación, sino en la investigación empírica y, eso sí, fundamentada en la diversidad de métodos que ofrecen las ciencias sociales.

Ciertamente, la reflexión teórica sobre la naturaleza humana forma parte de las aportaciones que la psicología social hace y ha hecho al conocimiento psicológico (Rodríguez-Pérez, 1993). En nuestro campo, todo modelo teórico implica una noción acerca de qué es el ser humano, qué es la sociedad y cuál es la relación esencial entre ambos. Y esas nociones representan una base de referencia sobre la que se asentarán tanto las prácticas profesionales como las elaboraciones derivadas de la investigación. Así pues, la apertura de miras hacia modos alternativos de comprender la actividad humana resultará un instrumento ampliamente útil para el profesional y para el investigador (Blanco y Valera, 2007). Como explica Munné (1993), conocer el pluralismo teórico invitará a reflexionar críticamente sobre la validez y la verdad de las teorías que se aplican, y será una condición sine qua non para una ciencia que asuma con fortaleza su rol en el medio social.

### 3. La perspectiva sociocognitiva europea

La psicología social europea, en su versión más idiosincrásica, ha sido caracterizada como un intento de compromiso con lo social, mediante el cuestionamiento de los enfoques individualistas y de las explicaciones mecanicistas y reduccionistas (Ibá-

ñez, 1984). La psicología social europea –en su versión más idiosincrásica– ha tendido a resaltar la naturaleza social del comportamiento humano, con una perspectiva más holística que la estadounidense y tomando en consideración el análisis crítico del desarrollo histórico de las sociedades (Jaspars, 1986).

Desde estas premisas, una cierta corriente de investigadores europeos cuestiona la imagen mecanicista del ser humano implícita en las formulaciones cognitivistas preponderantes: el ser humano reducido a una “máquina de pensar”. El enfoque sociocognitivo europeo acepta y parte de la idea de actividad mental humana, pero se aleja de la reducción a lo intrapsíquico y de la imagen del ser humano como un aséptico procesador de la información, que no se detuviera en valoraciones sociales cuando procesa, como si su mente estuviera exenta de contenidos sociales y culturales. Así, la característica distintiva de la orientación sociocognitiva europea será su interés por encontrar la intersección entre lo individual y lo social en la actividad de los humanos.

Nos referiremos en este apartado a las contribuciones de los dos grandes núcleos de la psicología sociocognitiva europea: el francés, con las figuras de Serge Moscovici, Denise Jodelet, Jean-Léon Beauvois y Robert Joule; y el británico, con Henri Tajfel, John Turner, Miles Hewstone y Jos Jaspars.

Serge Moscovici propone una psicología social que se oriente a lo cognitivo, aunque alejada de los presupuestos típicos de la psicología cognitivista. Critica el carácter individualista de los modelos cognitivistas al uso y aboga por cambiar la unidad de análisis desde los procesos cognitivos individuales a las formas colectivas de conocimiento que dan sentido a la actuación

humana (Moscovici, 1984). Esta visión de las cosas será característica de toda la orientación sociocognitiva europea.

Central en la aportación de Serge Moscovici será el concepto de representación social, entendida como un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones sobre los hechos y los eventos cotidianos, que se originan en la vida diaria dentro del curso de la comunicación interindividual, que son compartidos por los miembros de un grupo social y que sirven a cada persona para orientarse en el contexto social, para entenderlo y para explicarlo (Moscovici, 1981). La representación social surge de la conversación cotidiana y, aunque no determina inexorablemente el pensamiento individual, sí condiciona significativamente el juicio sobre la realidad en las personas de un mismo grupo social.

La teoría de las representaciones sociales concibe a la persona como un ser activo, un sujeto de acción social que elabora explicaciones sobre él mismo, sobre los demás y sobre los eventos que ocurren, pero no lo hace aisladamente, sino en tanto que miembro de grupos sociales de referencia. Las representaciones tienen carácter práctico, son construidas en los procesos comunicativos grupales y forman parte del pensamiento de los individuos. No es sólo que las variables culturales y sociales influyan –como así lo hacen– en el modo en que los sujetos perciben la realidad, sino que las representaciones son en sí mismas análisis y explicaciones de esa realidad y, además, forman parte de ella, pues forman parte del pensamiento común (Moscovici, 1981). Como explica Denise Jodelet, colaboradora de Moscovici, lo que existe en las mentes de las personas es una realidad representada desde lo social, es decir, una realidad

apropiada por un grupo social e integrada en un sistema cognitivo (Jodelet, 1986).

La representación surgida de la conversación interindividual y en el marco de un grupo social pasa a ser utilizada por el individuo en la interpretación que éste hará de la realidad. Esto ocurrirá, según Moscovici y Jodelet, mediante la acción de dos procesos sociocognitivos: la objetivación y el anclaje. El proceso de objetivación permite convertir una idea, un evento, un concepto, una entidad,... en un objeto manejable por el grupo: el grupo se “apropia” del significado de un evento mediante la elaboración de una representación social del mismo, y ello se hará en función de criterios propios de ese grupo. El proceso de anclaje posibilita que se fije una red de significados alrededor de una representación social dada, de modo que ésta se instale en la realidad social con una funcionalidad y un papel regulador de los comportamientos. La representación social se convierte así en una “teoría” de referencia para que las personas comprendan y construyan la realidad social a partir de ella. Esa “teoría” describe, explica y justifica tal realidad, constituyéndose, de esta forma, el sentido común del grupo (Jodelet, 1986; Moscovici, 1981).

Otra aportación del núcleo francés de la orientación sociocognitiva es la que hacen Jean-Léon Beauvois y Robert Joule. Estos investigadores emprenden una relectura de una de las más destacadas teorías de la *Gestalt* social, la teoría de la disonancia de Leon Festinger, formulando una propuesta radical sobre el proceso de racionalización. Según Beauvois y Joule (1981), las ideas son adoptadas por las personas como mecanismos de racionalización de la conducta: no es tanto que la gente se comporte según su manera de pensar, sino que son las

conductas efectivamente realizadas las que conducen a un pensamiento consonante con tales conductas. Más en concreto, Beauvois y Joule afirman que la mayoría de comportamientos cotidianos no son elegidos como consecuencia de procesos deliberativos, sino que son conductas de seguimiento de fuentes de influencia social, y tales conductas tendrán efectos sobre las cogniciones de esa persona. En definitiva, la aportación de estos investigadores es constatar que la relación entre actitudes y comportamiento es bidireccional.

Por lo que se refiere al núcleo británico de la perspectiva sociocognitiva, sus máximos representantes son Henri Tajfel y John Turner, con sus trabajos acerca de la identidad social. Lo que se desprenderá de la propuesta de estos investigadores es que la dimensión social de la mente humana es decisiva en el proceso de regulación de la propia identidad, pues la configuración de ésta –e, incluso, las fluctuaciones en la autoestima– se encontrará estrechamente vinculada a factores de identificación grupal. La noción antropológica de Tajfel y Turner sugiere que la necesidad humana de pertenencia e identificación grupal es una motivación fundamental en la vida de las personas. En este sentido, Tajfel (1984) define la identidad social como aquellos aspectos de la identidad de una persona que tienen que ver con la pertenencia a un grupo social. Implica la puesta en marcha de procesos motivacionales que llevarán a la identificación con los valores propios del grupo, así como una evaluación del yo en función de la pertenencia grupal. De este modo, una persona incrementa o disminuye la imagen de sí misma en virtud de las características y situación social del endogrupo (Tajfel y Turner, 1979).

Turner (1990) sostiene que una persona puede, dependiendo de la situación, categorizarse a sí misma como sujeto individual o como miembro de una categoría social determinada. Cuando se produce esta segunda posibilidad, acontecerán tres efectos en la persona: se acentuarán las percepciones de semejanza intragrupal y de diferencia intergrupala, se producirá favoritismo endogrupal y se dará un proceso de despersonalización. Turner explica que la despersonalización supone la autopercepción de uno mismo dentro del grupo como “intercambiable” con los demás, e induce a que uno se autodefina en términos de miembro de esa categoría. El yo se percibe como idéntico a los otros en algunos aspectos comunes e importantes del grupo, pudiendo así categorizarse como miembro de éste y adquirir una identidad a escala de conjunto.

Para finalizar este apartado, nos referiremos a la aportación de otros dos investigadores británicos, Miles Hewstone y Jos Jaspars, quienes revisan las investigaciones sobre percepción de personas e interpretación de las conductas ajenas –atribución causal– en la vida de interacción social. Hewstone (1992) y Hewstone y Jaspars (1984) concluyen que la percepción social y la atribución causal no responden únicamente a procesos cognitivos individuales, sino que están mediatizadas por significados colectivos y por el contexto social en que acontece la atribución. Se destaca, pues, el carácter socialmente compartido de las cogniciones en el mundo relacional.

#### 4. La teoría ecológica del desarrollo

El psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner formuló una explicación del desarrollo psicológico del individuo a través de las influencias contextuales que enmarcan

su ciclo vital. La idea básica de la teoría ecológica es la siguiente: los contextos de relación en que acontece la vida de las personas, así como las relaciones dinámicas entre esos contextos, constituyen la unidad de análisis a la que hay que acudir para encontrar significado al comportamiento humano (Herrero, 2004a).

Bronfenbrenner (1977, 1979) plantea que toda la vida de las personas acontece dentro de sistemas sociales en los que se va configurando su actividad y características psicológicas, condicionadas por la repercusión de esos sistemas en el desarrollo individual. Además, las propias características de un sistema están también influidas por las relaciones con otros sistemas y entornos sociales. Así pues, el desarrollo vital de los individuos será producto de un complejo campo de fuerzas que, finalmente, dará lugar al comportamiento peculiar de cada sujeto en cada momento. Precisamente, el papel decisivo que otorga al contexto sociocultural justifica la gran aceptación que esta teoría ha tenido entre aquellos psicólogos más interesados por encontrar marcos de referencia que superaran el individualismo metodológico y teórico instalado en la disciplina (Gil-Lacruz, 2007; Serrano y Álvarez, 2002).

Las raíces intelectuales de la teoría ecológica de Urie Bronfenbrenner hay que encontrarlas en la aplicación a las ciencias sociales de la teoría general de sistemas. De hecho, la propuesta de Bronfenbrenner se enmarca y ajusta perfectamente en tal aplicación. La teoría general de sistemas es un marco de estudio multidisciplinar, que trata de encontrar las propiedades comunes a un tipo de entidad, los sistemas, presente en todos los niveles de la realidad –biológico, social, mecánico,...– y que es obje-

to de disciplinas científicas diferentes. Un sistema está constituido por un conjunto de elementos y de subsistemas interrelacionados mutuamente, de manera que el estado y la actividad de cada uno de ellos están interconectados con el estado y la actividad del resto. Así, el funcionamiento global del sistema no podrá ser comprendido sin atender a las relaciones entre sus partes constitutivas, pero tampoco las características de esas partes podrán conocerse en su plenitud sin conocer las características generales del sistema, del resto de los elementos y de las relaciones entre ellos.

Los humanos viven y desarrollan su conducta dentro de sistemas sociales, de los cuales son elementos fundadores y constituyentes. Un sistema social está integrado por personas y por relaciones entre personas, así como por grupos de personas y sus relaciones. Cada elemento del sistema social afecta y es afectado por los otros. Se perdería la esencia de lo que es un sistema social si se pretendiera centrar la atención en las unidades aisladas, excluyendo el significado del tejido de relaciones entre las unidades (Scott, 1981). Pero los sistemas sociales, como los biológicos o de cualquier otro tipo, no operan aisladamente, sino en permanente contacto con el exterior. Cualquier sistema social mantiene relaciones de repercusión mutua con otros similares, lo cual condicionará no sólo su funcionamiento y atributos globales, sino también las relaciones entre sus elementos y el funcionamiento y características de éstos.

De este modo, la característica individual no podrá ser aprehendida en toda su complejidad si se considera al individuo aisladamente, por lo que será necesario atender a las relaciones que ese individuo ha man-

tenido y mantiene con otros elementos del sistema, y a las relaciones que sus sistemas establecen con otros. Los contextos relacionales son, para el ser humano, sistemas de referencia cognitivos y emocionales, en los cuales encuentra sentido la variable psicológica. Es premisa fundamental que dentro de los sistemas sociales y entre ellos no existen conexiones lineales simples de causa-efecto sino conexiones complejas que obedecen a una lógica circular, basada en regularidades, y cuya naturaleza es dinámica y no inmutable (Musitu, 2006).

Las relaciones establecidas dentro de los sistemas sociales aportarán a sus integrantes marcos de referencia sobre las expectativas de conducta y pensamiento, justificaciones valorativas del comportamiento, así como expectativas específicas acerca de las formas de actuación propias de cada posición dentro del sistema. A través de la función socializadora del sistema, sus integrantes interiorizarán tales variables y asumirán los estilos conductuales y actitudinales que sean peculiares de ese sistema (Herrero, 2004a).

Cada persona es afectada de modo significativo, y durante todo su ciclo vital, por las interacciones en sus contextos y de sus contextos. El ambiente ecológico natural del individuo está formado por un conjunto de estructuras de relación que envuelven a la persona y que Bronfenbrenner (1979) presenta en cuatro niveles de influencia. 1) El microsistema es el ámbito relacional más próximo al individuo, el entorno grupal inmediato en que tienen lugar interacciones directas entre los integrantes; a través de la socialización ejercida por los contextos microsistémicos, el individuo desarrolla sus rasgos psicológicos e interioriza las prescripciones sociales en cuanto a

estándares conductuales, valores y roles. 2) El mesosistema se refiere a las interacciones significativas entre los microsistemas, pues toda persona es integrante de diversos microsistemas sociales que repercuten en su desarrollo psicológico, pero cada uno de ellos incidirá sobre una persona que ya viene influida por otro similar. 3) El exosistema alude a contextos en los cuales no se halla el individuo, pero que sí inciden sobre lo que ocurrirá en aquellos contextos en los que está, pues un pequeño cambio en el entorno podría provocar un efecto enorme en la dinámica de un sistema y en el desarrollo de un individuo. 4) El macrosistema está configurado por el marco social y cultural más amplio que envuelve a las personas, a sus relaciones, a sus sistemas y a las relaciones entre ellos, incluyendo valores sociales imperantes, rasgos culturales de una sociedad, condiciones políticas y económicas o acontecimientos históricos que condicionan la dinámica social; todo individuo es socializado y enculturizado en el marco de unas condiciones macrosociales particulares que van a incidir sobre los contenidos mentales y conductuales de esa persona.

Hay que decir, finalmente, que los contextos de relación están constituidos por interacciones de diversa naturaleza producidas por la actividad humana. El ser humano, por lo tanto, no es un ente pasivo constituido a imagen y semejanza de lo que ocurre en su entorno. Al contrario, las personas, según Bronfenbrenner (1977, 1979), no se limitan a responder pasivamente a las demandas ambientales, sino que construyen sus propios mundos mediante una relación dialéctica con las circunstancias del entorno. La actividad es inherente a la persona, como la función socializadora lo es a todo sistema formado por personas.

## 5. La orientación dialéctica y el contextualismo

Se trata de dos orientaciones teóricas surgidas en la psicología social estadounidense, íntimamente ligadas entre sí, tanto por sus argumentos como por la estrecha colaboración investigadora que mantuvieron sus principales ponentes: Marianthi Georgoudi y Ralph Rosnow. Su punto de confluencia es que la actividad humana sólo puede explicarse a partir del análisis de su contexto social, cultural e histórico.

El principal representante de la orientación dialéctica es Marianthi Georgoudi. Su interés se centra en el análisis de la indisolubilidad fundamental entre individuo y sociedad: desde la perspectiva dialéctica, individuo y sociedad no son contemplados como entidades separadas que sólo estuvieran vinculadas por influencias mutuas entre naturalezas distintas, sino que, al contrario, aparecen como entidades de la misma naturaleza, fusionadas en un proceso dialéctico de relaciones creadas y recreadas. Existe, pues, una continuidad esencial entre lo psicológico y lo social, ya que, por definición, ambos están entrelazados dentro de los procesos de relaciones sociales en el contexto sociocultural (Georgoudi, 1983).

La orientación dialéctica no se dirige tanto a los estados psicológicos individuales como a los procesos dinámicos de generación de relaciones y productos sociales. Por ello, se ubica en el estudio de las relaciones sociales contextualizadas dentro de un permanente proceso de creación, modificación y transformación de la sociedad. Así, los dialécticos se alejarán de las dicotomías sujeto-objeto, mundo objetivo-subjetivo o individuo-sociedad, y considerarán que éstas son categorías que no pueden definirse la una sin la otra (Georgoudi, 1983).

Muy cercana intelectualmente a la orientación dialéctica se encuentra la orientación del contextualismo, propuesta por Ralph Rosnow. Para Rosnow (1981) y Rosnow y Georgoudi (1986), los acontecimientos de la vida social se entienden a través del contexto de significados socioculturales que tienen las relaciones sociales en el momento y lugar en que aquellos acontecimientos ocurren. Para entender la actividad humana será necesario acudir al análisis de su contexto total: relacional, social, cultural e histórico. La totalidad contextual, por su parte, posee un carácter plenamente organizado y significado en ella misma.

La concepción del contexto no es la de una entidad independiente de las personas, sino que toma forma a partir de los actos humanos que lo constituyen, al tiempo que el individuo adquiere significación a partir del entorno. Es éste uno de los aspectos que revela la influencia de la dialéctica en el contextualismo: la doble forma que toma el contexto, como producto y como “causa” de la actividad humana. La idea de cambio como elemento constitutivo de la realidad es otro de los puntos clave de esta orientación. Ligado a ello, el contextualismo destaca la importancia de la intencionalidad en la persona: se conceptualiza al individuo no sólo como un agente activo e intencional, sino también como un “agente social”, es decir, creando la sociedad, tomando posiciones en la organización social y actuando dentro de una matriz social de relaciones contextualizadas (Georgoudi y Rosnow, 1985).

## 6. La psicología social de la liberación y la aportación latinoamericana

La seña de identidad de la psicología social de la liberación es el compromiso con

la igualdad social y la posición crítica ante los valores del individualismo ideológico. Esta orientación teórica ha tenido una notable acogida en ciertos sectores de la psicología latinoamericana. Su principal representante es Ignacio Martín-Baró, psicólogo español emigrado a El Salvador<sup>3</sup>. Martín-Baró (1983, 1989) concibió una psicología social crítica y comprometida, postulando que el análisis psicosocial debería servir para solventar las necesidades reales de las personas y los grupos humanos, para sacar a la luz, en ese análisis crítico, las situaciones que impliquen injusticia y desigualdad, y para fortalecer los valores de la cohesión y la justicia social.

Martín-Baró (1983, 1989) postula que el compromiso de la psicología debe estar al lado de las legítimas aspiraciones de realización vital de toda persona en el contexto en el que vive. Así pues, las motivaciones vitales y las necesidades sentidas por las personas se convierten en variables cruciales en el estudio del ser humano. Las condiciones del contexto, por otra parte, son el marco para la realización personal y, por tanto, en ellas se encuentran las limitaciones y las oportunidades que inciden en la vida de los seres humanos. Las condiciones del contexto pueden ser desde las de tipo relacional, hasta las que incluyen factores económicos y políticos, pasando por los valores sociales imperantes o las condicio-

<sup>3</sup> Ignacio Martín-Baró desarrolló buena parte de su trabajo psicosocial en medio del conflicto armado que sufrió El Salvador entre 1980 y 1992. El 16 de noviembre de 1989 fue asesinado, junto con otros cinco profesores de la Universidad Centroamericana y dos trabajadoras de la misma, en un atentado perpetrado por un comando gubernamental, auspiciado por los Estados Unidos. Entre los profesores fallecidos figuraban también el filósofo Ignacio Ellacuría y el sociólogo Segundo Montes. La posición ideológica de Martín-Baró y sus compañeros fue determinante en los hechos (Whitfield, 1998).

nes laborales, convivenciales, educativas, materiales, medioambientales y asistenciales. Están ahí los factores que limitarán o que potenciarán la satisfacción de la realización personal.

Desde estas ideas, Martín-Baró (1983, 1989) se interesa por el bienestar y la salud mental, no como producto de procesos psicológicos, sino como resultado de las condiciones en que se vive. Para Martín-Baró, la salud mental óptima es concebida como expresión de relaciones sociales humanizantes. Plantea que las personas que muestran afecciones después de pasar por situaciones altamente conflictivas y frustrantes no son “anormales”, sino que están experimentando una respuesta “normal” a una situación que sí es “anormal”. En sociedades caracterizadas por la competitividad y el individualismo, donde prevalece la desigualdad como una “anormalidad normal”, la solución a los problemas relacionados con las carencias de bienestar y calidad de vida pasa por: a) analizar las condiciones que afectan la vida social, b) detectar aquellas que favorecen la frustración o la realización, y c) eliminar las unas y potenciar las otras.

Si anteriormente mencionábamos el compromiso de la psicología social europea con los factores sociales, hay que decir, en este caso, que la psicología social latinoamericana se ha caracterizado por un fuerte compromiso con el cambio social. La psicología social de América Latina –al menos, en los sectores próximos a las tesis de Ignacio Martín-Baró, a su escuela de pensamiento y a los desarrollos de la psicología comunitaria– ha tenido como fundamentos básicos los siguientes: la consideración de que el bienestar no depende sólo de factores psicológicos, sino también –y sobre todo– de

las condiciones contextuales; la orientación hacia las necesidades sentidas por las personas y las colectividades, sin imponer modelos normativos de necesidades; y la orientación a modificar las condiciones del contexto y no sólo a facilitar el equilibrio psicológico en un contexto incuestionado (Cantera, 2004a; Montero, 1994). Muy cercanas a la psicología social de la liberación son las propuestas del colombiano Gerardo Marín y de la venezolana Maritza Montero. Acabaremos este apartado refiriéndonos a estos dos autores.

Gerardo Marín plantea que todo quehacer psicológico y psicosocial ha de enmarcarse en las nociones y formas de vida propias de la cultura de referencia: formas de relación social, manera de entender la vida, creencias, normas implícitas,... Duda de la universalidad de los contenidos mentales y, consecuentemente, propone una aproximación a las necesidades humanas que tenga en cuenta la “cultura subjetiva” de cada sociedad o de cada grupo dentro de ella (Marín, 1988).

Por su parte, Maritza Montero señala el contraste entre la problematización y la desproblematización, en cuanto a los factores que inciden en el bienestar de las personas. Identifica situaciones en que las condiciones de vida insatisfactorias son reinterpretadas cognitivamente por las personas que las sufren, desproblematizando así la situación y contribuyendo al mantenimiento de los factores desencadenantes (Montero, 1991). Si una persona no puede acceder a la satisfacción de sus necesidades legítimas, nos encontraremos ante un escenario de injusticia; si las personas afectadas optan por aceptarlo, tal escenario y sus efectos no desaparecerán, aunque cognitivamente puedan reinterpretarse y aplacar

así el malestar emocional inmediato. La problematización, es decir, el cuestionamiento de los factores que impiden la realización personal, es un modelo de pensamiento que facilitará la modificación de las circunstancias en las que se vive, mientras que la desproblematización refleja modelos legitimadores de la desigualdad.

## 7. Otras aportaciones: la construcción intermental de la realidad

Para finalizar, presentaremos un último grupo de desarrollos teóricos, provenientes, en este caso, de la psicología social estadounidense, que también han contribuido con sus aportaciones acerca de la naturaleza humana. En concreto, nos referiremos al interaccionismo simbólico tardío, a la etnometodología y al construccionismo social. Las tres participan de la noción de que la realidad percibida es una construcción intermental compartida y vinculante en la vida social común.

Podemos considerar a Sheldon Stryker como un representante tardío del interaccionismo simbólico, que recoge las aportaciones que George Herbert Mead y Herbert Blumer hicieron en los años treinta del siglo XX. El interaccionismo simbólico contempla al ser humano como miembro activo de una comunidad social de interpretación de significados, que son compartidos y producidos en la interacción social. Así, se concibe la sociedad como un marco de interacción entre individuos, y al ser humano como un constructor activo de significados, organizados éstos en torno a los procesos compartidos que los producen (Musitu, 1996). El acercamiento de Sheldon Stryker al interaccionismo simbólico ha sido calificado de estructural, por cuanto pone su énfasis

en las estructuras sociales para definir límites, barreras y facilidades en la interacción y, por tanto, en la conducta de las personas. Para Stryker (1980, 1997), las personas aprenden, mediante la interacción con otras, la manera de clasificar el mundo y la manera en que se espera que se comporten en él. La estructura social no determina, pero sí impone constricciones para la construcción y la adopción de los roles sociales: las personas producen la sociedad, pero lo hacen como actores socioculturalmente situados, no en condiciones en que prime sólo la elección individual de cada uno. Para Stryker, además, los roles sociales son aprendidos y representados por los individuos cuando los ocupan dentro de la estructura social, pero también son modificados por efecto de esa estructura, posibilitando así un puente entre persona y sociedad.

Un segundo enfoque al que nos referiremos es la perspectiva etnometodológica propuesta por Harold Garfinkel. Como punto de partida, la etnometodología considera que las personas operan de forma activa y propositiva, utilizando los procedimientos que les resultan eficaces en su vida social cotidiana. La etnometodología se interesará por las descripciones subjetivas de la realidad, considerando que son constituyentes de esa misma realidad social. De este modo, Garfinkel (1984) define el objetivo de la etnometodología como la indagación sobre los supuestos tácitos en los que se basa la interacción cotidiana, sobre los usos de razonamiento práctico que la gente pone en juego para construir el sentido de la vida social y manejar sus asuntos sociales cotidianos, y sobre cómo las personas hacen razonables las actividades corrientes y cómo lo aplican en la práctica. Según Garfinkel, la expresión cotidiana adquiere su signi-

ficado completo dentro de su particular contexto de enunciación. El significado es “local” y no susceptible de generalización fuera del contexto de interacción en el que sirve. Por otro lado, la realidad social tiene un carácter de construcción común entre los participantes en la interacción: cada actor cotidiano “negocia” con los demás los significados que se otorgarán a los hechos que acontecen en ese escenario interactivo.

Finalmente, nos referiremos al construccionismo social, una escuela surgida de la obra de Kenneth Gergen. Su principal premisa es que la realidad de la vida social común es una construcción intersubjetiva, un “mundo compartido”, lo cual presupone que el proceso de entender el mundo no es dirigido automáticamente por la naturaleza misma de los objetos, ni elaborado individualmente en una mente aislada, sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación (Gergen, 1997a, 1997b). Esta corriente se interesa por la construcción interindividual de la realidad conocida: el conocimiento que las personas tienen sobre el mundo que les rodea y sobre su cotidianidad está determinado por la cultura, la historia y el contexto social, ya que este conocimiento es resultado de procesos de interacción dentro de un marco que es histórico y cultural. Es decir, la interpretación de la realidad no es fruto de la actividad mental individual, sino de la actividad intermental compartida. El construccionismo social se sitúa en una posición antagónica con respecto al cognitivismo, pues propugna la necesidad de reemplazar el papel de la cognición individual por el del lenguaje como construcción social, así como trascender el dualismo sujeto-objeto. El lenguaje, para el socioconstruccionismo, no está compuesto de la acción individual,

sino que es una acción conjunta e interactiva: el significado de todo término no está ubicado dentro de la mente individual, sino que emerge continuamente de la convención relacional.

## 8. Apuntes finales

Dice Munné (1993) que el pluralismo teórico es la democratización de la ciencia social, que el pluralismo es un modo alternativo de teorizar que nos obliga a convivir con la incómoda contradicción entre inabarcabilidad y totalidad, y que es una condición indispensable para asumir una ciencia social crítica. En efecto, la pretensión de abarcabilidad total es tarea irrealizable cuando el objeto de estudio es tan complejo y diverso. En este trabajo se ha pretendido presentar una revisión de ciertas orientaciones teóricas, surgidas en el último cuarto del siglo XX, y que se postulan como alternativas a los modelos predominantes del procesamiento de la información. Como ha sido visto, entender lo humano más allá de presupuestos intrapsíquicos de corte mecanicista es algo tan factible como enriquecedor.

Las orientaciones teóricas repasadas sugieren que el significado de la vida común no puede reducirse sólo a mecánica procesual. Se entiende así que el carácter esencial del ser humano no será de procesador de información, sino de agente productor de la misma, dentro de una dinámica relacional permanente que da sentido a lo social y a lo psicológico. Las agrupaciones humanas son realidades cualitativamente diferentes a la simple yuxtaposición de mentes individuales (Blanco, Caballero y De la Corte, 2005). De ahí se deriva, por tanto, que la vida de los humanos no es el resultado de procesos mentales individuales, sino de in-

teracciones complejas entre esas mentes. Interacciones dotadas de significado simbólico, que son “causa” y “efecto” de la actividad particular de cada individuo.

A este respecto, George Herbert Mead, padre intelectual de la orientación teórica del interaccionismo simbólico, fue contundente en su posicionamiento al afirmar que “la sociedad y el hombre son lo mismo” (Mead, 1934/1993). Es decir, la relación entre la psique y la sociedad va más allá de dos realidades sólo vinculadas por meras relaciones de influencia mutua; al contrario, ambas constituyen “un todo inextricablemente entrelazado” (Ibáñez, 2003). La dimensión social no corre paralelamente a la dimensión psicológica, sino que es constitutiva de ésta: lo social es constitutivo de la mente y de la conducta. La sociedad no está fuera de la persona, sino que la sociedad son las personas y, además, está dentro de cada una de ellas.

En efecto, las complejas y ricas conexiones entre persona y sociedad son connaturales a la misma idiosincrasia de ambas. En el terreno de estas conexiones es donde se halla la característica más definitoria de la vida común de los seres humanos. La persona, sus grupos y el sistema macrosocial que los envuelve conforman un entramado de relaciones complejas que constituye el campo de actuación de todo ser humano (Stangor y Jost, 1997). Esto lleva a considerar las vinculaciones entre las características personales y las de los contextos, pero también entre las necesidades de las personas y las condiciones de los entornos, pues las necesidades de los humanos están estrechamente vinculadas a los procesos relacionales y a las condiciones sociales (Montenegro, 2004). Y las conductas son actuaciones significadas y motivadas en lo social, y no sólo guiadas por procesos deliberativos ba-

sados en la lógica formal (Ovejero, 1985).

Se postula, pues, una psicología de la vida real, que se interese por el estudio de las vidas humanas tal y como las personas las viven en la realidad, no en el reducido y artificial mundo de la cognición, sino en la calle, en las casas, en los lugares de ocio, en las tiendas o en el trabajo, lugares donde la gente, verdaderamente, vive e interacciona con otros humanos y con las condiciones socioambientales que éstos crean y recrean (Harré, 1983).

### 8.1. Derivaciones para la práctica profesional

Compartimos con Blanco y Valera (2007) que la atención a las necesidades de las personas particulares, grupos, comunidades, organizaciones o instituciones sólo puede abordarse con garantías desde una sólida reflexión teórica que alimente recurrentemente el quehacer profesional. Llegados aquí, pues, el propósito principal de este trabajo ha sido cumplido, ya que se ha presentado una modalidad de esa reflexión: el amplio espectro de posibilidades de la explicación psicosocial, frente al mecanicismo de los modelos del procesamiento de la información.

Aunque no es objeto del análisis psicosocial presentar procedimientos concretos de trabajo para el psicólogo, sí que es cierto que las ideas tienen efecto sobre la actividad profesional; también las ideas que aquí han sido discutidas. Por ello, resultará de interés, finalizando este trabajo, mencionar las implicaciones que tal discusión tiene para el ámbito profesional. Y se hará sin pretensión de exhaustividad, pero sí de ilustración, satisfaciendo además las peculiaridades propias de una publicación como ésta, orientada a aquel ámbito.

Como apunta Roe (2002), la del psicólogo es una profesión que sólo existe en formas especializadas y el conocimiento psicológico es necesariamente heterogéneo en sus campos de aplicación. No obstante, sí puede identificarse, en el interés por el bienestar de los seres humanos, un denominador común de la psicología aplicada (Blanco y Valera, 2007). En este sentido, los modelos psicosociales han dado lugar a formas de trabajo basadas en la provisión de apoyo social, pues son conocidos y han sido ampliamente comprobados los efectos beneficiosos del apoyo social sobre la salud y el bienestar (Berkman y Glass, 2000; Gracia, 2011; Herrero, 2004b; Olds et al., 2002; Uchino, 2004), incidencia nada sorprendente desde la noción de ser humano que maneja y propone la explicación psicosocial.

Siguiendo la propuesta ya clásica de Gerald Caplan, la experiencia de bienestar, la motivación y el desarrollo de los propios recursos se incrementan cuando se encuentra a otras personas o grupos que se interesen por uno, que hablen su “lenguaje”, que le ofrezcan referencias de acción y actitud, le proporcionen recompensas valiosas por sus éxitos, sean sensibles a sus necesidades personales y le valoren con respeto y empatía (Caplan, 1974). Así, los sistemas formales de ayuda –servicios profesionales, en la formulación de Caplan– actuarán como catalizadores del desarrollo personal o grupal, en la medida que sean capaces de adaptar procesos en los sistemas naturales de ayuda (Herrero, 2004b).

Desde esta perspectiva, Gracia y Lila (2007) proponen que la intervención basada en el apoyo social supone un antídoto contra la arrogancia (sic) que pudiera envolver al trabajo del psicólogo. La psicología,

pues, tiene mucho que aprender de los modos cotidianos de vivir y de la forma en que las personas hemos abordado los problemas. Y, claro está, equilibrar sabiamente racionalismo y sentido común. Así, prosiguen Gracia y Lila, el éxito o fracaso de las intervenciones dependerían menos de las técnicas de los profesionales y más de su habilidad para aportar apoyo –en los términos descritos más arriba en la formulación de Caplan (1974)–, estimular el descubrimiento de contextos naturales de apoyo y fortalecer los recursos para acceder a ellos. Esta visión de las cosas supone considerar que el bienestar de los humanos, por su propia idiosincrasia, se haya vinculado a la satisfacción de necesidades de integración social (Barrón y Sánchez-Moreno, 2001; Páez, Campos y Bilbao, 2008).

Lo anterior sugiere acudir a otra cuestión íntimamente relacionada, cuyo debate también ha despertado el interés de los modelos psicosociales del bienestar (Cantera, 2004b; Efran y Clarfield, 1996; Sánchez-Vidal, 2007): el papel del profesional en relación a las necesidades sentidas de las personas. Congruentes con las ideas que estamos mostrando, Rodríguez-Morejón y Beyebach (1994) proponen que el profesional de la psicología debe huir del “normativismo”, esto es, no basarse en un modelo de ajuste impuesto desde el criterio profesional, ni tratar de modelar el modo de vida y necesidades de las personas desde tal norma, y sí entender a la persona desde sus necesidades sentidas y como parte de un sistema de relaciones en la vida social, atendiendo, principalmente, a esa característica de la naturaleza humana. Así, legitimar las necesidades humanas, frente a la reinterpretación de las situaciones para inducir emociones positivas, es una dife-

rencia más que de matiz, pues conlleva una visión radicalmente distinta de la persona o grupos con los que se trabaja: poner al mando de la psicología de la vida cotidiana a las necesidades sentidas y no a la mecánica procesual. Ello implica centrar toda intervención en esas necesidades sentidas, entendidas como expectativas de las personas o los grupos acerca de las condiciones de vida deseadas (Montenegro, 2004), más que en las técnicas controladas unilateralmente por el profesional. Y, por supuesto, la consideración y puesta en valor de la dimensión psicosocial de la naturaleza humana a la hora de aplicar cualquier procedimiento psicológico.

## Referencias

- Álvarez, J.L. (1995). *Psicología social: Perspectivas teóricas y metodológicas*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A. y Sánchez-Moreno, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 13, 17-23.
- Beauvois, J.L. y Joule, R.V. (1981). *Soumission et idéalologie: Psychosociologie de la rationalisation*. París: Presses Universitaires de France.
- Beck, A. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Filadelfia: University of Pennsylvania.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International University Press.
- Berkman, L.F. y Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. En L.F. Berkman y I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology*. Oxford: University Press.
- Blanco, A. (1989). La perspectiva histórica en el estudio de los grupos. En C. Huici (Ed.), *Estructura y procesos de grupo*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Blanco, A. y Valera, S. (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. En A. Blanco y J. Rodríguez-Marín (Eds.), *Intervención psicosocial*. Madrid: Pearson.
- Blanco, A., Caballero, A. y De la Corte, L. (2005). *Psicología de los grupos*. Madrid: Pearson.
- Blascovich, J. y Mendes, W.B. (2001). Challenge and threat appraisals: The role of affective cues. En J.P. Forgas (Ed.), *Feeling and thinking: The role of affect in social cognition*. Cambridge: University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Cantera, L.M. (2004a). Ética, valores y roles en la intervención comunitaria. En G. Musitu, J. Herrero, L.M. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Cantera, L.M. (2004b). Psicología comunitaria de la salud. En G. Musitu, J. Herrero, L.M. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Clark, M.S. y Brissette, I. (2000). Relationship beliefs and emotion: Reciprocal effects. En N.H. Frijda, A.S. Manstead y S. Bem (Eds.), *Emotions and beliefs: How feelings influence thoughts*. Cambridge: University Press.
- Collier, G., Minton, H. y Reynolds, G. (1996). *Escenarios y tendencias de la psicología social*. Madrid: Tecnos.
- Crespo, E. (1995). *Introducción a la psicología social*. Madrid: Universitas.
- Efran, J.S. y Clarfield L.E. (1996). Terapia constructivista: Sentido y sinsentido. En S. McNamee y K. Gergen (Eds.), *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Ehrenreich, B. (2009). *Bright-sided: How the relentless promotion of positive thinking has undermined America*. Nueva York: Metropolitan Books.
- Fernández-Sedano, I. y Carrera, P. (2007). Las emociones en psicología social. En J.F. Morales, M. Moya, E. Gaviña e I. Cuadrado (Eds.), *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Fiske, S.T. y Taylor, S.E. (1991). *Social cognition*. Londres: Addison-Wesley.
- Garfinkel, H. (1984). *Studies in ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Garrido, A. y Álvarez, J.L. (2007). *Psicología social: Perspectivas psicológicas y sociológicas*. Madrid: McGraw-Hill.
- Georgoudi, M. (1983). Modern dialectics in social psychology. A reappraisal. *European Journal of Social Psychology*, 13, 77-93.
- Georgoudi, M. y Rosnow, R.L. (1985). Notes toward a contextualist understanding of social psychology. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11, 5-22.

- Gergen, K. (1997a). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Gergen, K. (1997b). Social psychology as social construction: The emerging vision. En C. McGarty y S.A. Haslam (Eds.), *The message of social psychology: Perspectives on mind in society*. Cambridge: Blackwell.
- Gil-Lacruz, M. (2007). *Psicología social. Un compromiso aplicado a la salud*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza.
- Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria. En I. Fernández-Sedano, J.F. Morales y F. Molero (Eds.), *Psicología de la intervención comunitaria*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gracia, E. y Lila, M.S. (2007). *Psicología comunitaria: Redes sociales de apoyo y ámbitos de intervención*. Valencia: Editorial CSV.
- Harré, R. (1983). Anteproyecto de una nueva ciencia. En N. Armistead (Ed.), *La reconstrucción de la psicología social*. Barcelona: Hora.
- Herrero, J. (2004a). La perspectiva ecológica. En G. Musitu, J. Herrero, L.M. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Herrero, J. (2004b). Redes sociales y apoyo social. En G. Musitu, J. Herrero, L.M. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Hewstone, M. (1992). *La atribución causal: Del proceso cognitivo a las creencias colectivas*. Barcelona: Paidós.
- Hewstone, M. y Jaspars, J. (1984). Social dimensions of attribution. En H. Tajfel (Ed.), *The social dimension: European developments in social psychology*. Londres: Cambridge University Press.
- Ibáñez, T. (1984). Prólogo. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social*. Barcelona: Paidós.
- Ibáñez, T. (1990). *Aproximaciones a la psicología social*. Barcelona: Sendai.
- Ibáñez, T. (2003). El com i el perquè de la psicología social. En T. Ibáñez (Ed.), *Introducción a la psicología social*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Jaspars, J. (1986). Forum and focus: A personal view or European social psychology. *European Journal of Social Psychology*, 16, 3-15.
- Jiménez-Burillo, F. (1986). *Psicología social*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Jiménez-Burillo, F. (2005). Contribución a la crítica de la psicología social imperante. *Encuentros en Psicología Social*, 3, 5-31.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: Fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social*. Barcelona: Paidós.
- LeDoux, J. (1999). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. Londres: Orion-Phoenix.
- Marín, G. (1988). Premisas para la creación de programas de prevención culturalmente apropiados. En A. Martín-González (Ed.), *Psicología comunitaria: Fundamentos y aplicaciones*. Madrid: Síntesis.
- Markus, H.R. y Zajonc, R.B. (1985). The cognitive perspective in social psychology. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *The handbook of social psychology*. Nueva York: Random House.
- Martín-Baró, I. (1983). *Acción e ideología: Psicología social desde Centroamérica*. San Salvador: Universidad Centroamericana.
- Martín-Baró, I. (1989). *Sistema, grupo y poder: Psicología social desde Centroamérica II*. San Salvador: Universidad Centroamericana.
- Mead, G.H. (1993). *Espíritu, persona y sociedad*. Barcelona: Paidós.
- Montenegro, M. (2004). Comunidad y bienestar social. En G. Musitu, J. Herrero, L.M. Cantera y M. Montenegro (Eds.), *Introducción a la psicología comunitaria*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Montero, M. (1991). Concienciación, conversión y desideologización en el trabajo social comunitario. *Boletín de la Asociación Venezolana de Psicología Social*, 14, 1-6.
- Montero, M. (1994). Vidas paralelas: Psicología comunitaria en Latinoamérica y en Estados Unidos. En M. Montero (Ed.), *Psicología social comunitaria: Teoría, método y experiencia*. México: Universidad de Guadalajara.
- Moscovici, S. (1981). On social representation. En J.P. Forgas (Ed.), *Social cognition: Perspectives on everyday understanding*. Nueva York: Academic Press.
- Moscovici, S. (1984). *Psicología social*. Barcelona: Paidós.
- Munné, F. (1989). *Entre el individuo y la sociedad. Marcos y teorías actuales sobre el comportamiento interpersonal*. Barcelona: PPU.
- Munné, F. (1993). Pluralismo teórico y comportamiento social. *Psicothema*, 5(supl.), 53-64.
- Musitu, G. (1996). *Manual de psicología de la comunicación*. Valencia: Editorial CSV.
- Musitu, G. (2006). La comunicación familiar desde la perspectiva sistémica. En Y. Pastor (Ed.), *Psicología social de la comunicación*. Madrid: Pirámide.
- Neisser, U. (1967). *Cognitive psychology*. Nueva York: Appleton.
- Olds, D., Robinson, J., O'Brien, R., Luckey, D.W., Pettitt, L.M., Henderson, C.R., Ng, R.K., Sheff, K.L., Korfmancher, J., Hiatt, S. y Talmi, A. (2002). Home visiting by paraprofessionals and nurses: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 110, 486-496.

- Ovejero, A. (1985). Tradición cognitivista de la psicología social. *Estudios de Psicología*, 23/24, 165-185.
- Ovejero, A. (1997). *El individuo en la masa: Psicología del comportamiento colectivo*. Oviedo: Nobel.
- Ovejero, A. (1999). *La nueva psicología social y la actual posmodernidad: Raíces, constitución y desarrollo histórico*. Oviedo: Universidad de Oviedo.
- Páez, D., Campos, M. y Bilbao, M.A. (2008). Del trauma a la felicidad: Pautas para la intervención. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Rodríguez-Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). Terapia sistémica breve: Trabajando con los recursos de las personas. En M. Garrido y J. García-Martínez (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos de aplicación*. Valencia: Promolibro.
- Rodríguez-Pérez, A. (1993). La imagen del ser humano en la psicología social. *Psicothema*, 5(supl.), 65-79.
- Rodríguez-Pérez, A. y Betancor, V. (2007). La cognición social. En J.F. Morales, M. Moya, E. Gaviria e I. Cuadrado (Eds.), *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill.
- Roe, R. (2002). What makes a competent psychologist? *European Psychologist*, 7, 192-202.
- Rosnow, R. (1981). *Paradigms in transition: The methodology of social inquiry*. Nueva York: Oxford University Press.
- Rosnow, R.L. y Georgoudi, M. (1986). *Contextualism and understanding in behavioral science*. Nueva York: Praeger.
- Sabucedo, J.M., D'Adamo, O. y García-Beaudoux, V. (1997). *Fundamentos de psicología social*. Madrid: Siglo XXI.
- Sánchez-Vidal, A. (2007). *Manual de psicología comunitaria: Un enfoque integrado*. Madrid: Pirámide.
- Santolaya, F., Berdullas, M. y Fernández-Hermida, J.R. (2002). La década 1989-1998 en la psicología española: Análisis del desarrollo de la psicología profesional en España. *Papeles del Psicólogo*, 82, 65-82.
- Scott, W. (1981). *Organizations: Rational, natural and open systems*. Englewood: Prentice Hall.
- Serrano, I. y Álvarez, S. (2002). Análisis comparativo de marcos conceptuales de la psicología de la comunidad en Estados Unidos y América Latina. En I. Serrano y W. Rosario (Eds.), *Contribuciones puertorriqueñas a la psicología social comunitaria*. Río Piedras: Universidad de Puerto Rico.
- Stangor, C. y Jost, J.T. (1997). Commentary: Individual, group and system levels of analysis and their relevance for stereotyping and intergroup relations. En R. Spears, P.J. Oakes, N. Ellemers y S.A. Haslam (Eds.), *The social psychology of stereotyping and group life*. Oxford: Blackwell.
- Stryker, S. (1980). *Symbolic interactionism: A social structural approach*. Menlo Park: Benjamin & Cummings.
- Stryker, S. (1997). In the beginning there is society: Lessons from a sociological social psychology. En C. McGarty y S.A. Haslam (Eds.), *The message of social psychology: Perspectives on mind in society*. Cambridge: Blackwell.
- Tajfel, H. (1984). *Grupos humanos y categorías sociales*. Barcelona: Herder.
- Tajfel, H. y Turner, J.C. (1979). A integrative theory of intergroup conflict. En W. Austin y S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations*. Monterey: Brooks & Cole.
- Turner, J.C. (1990). *Redescubrir el grupo social*. Madrid: Morata.
- Turner, J.C. (1999). El campo de la psicología social. En J.F. Morales y C. Huici (Eds.), *Psicología social*. Madrid: McGraw-Hill - UNED.
- Uchino, B.N. (2004). *Social support and physical health: Understanding the health consequences of relationships*. New Haven: Yale University Press.
- Whitfield, T. (1998). *Pagando el precio: Ignacio Ellacuría y el asesinato de los jesuitas en El Salvador*. San Salvador: Universidad Centroamericana.
- Zaccagnini, J.L. y Delclaux, I. (1982). Psicología cognitiva y procesamiento de la información. En I. Delclaux y J. Seoane (Eds.), *Psicología cognitiva y procesamiento de la información*. Madrid: Pirámide.

Fecha de recepción: 21/06/2012

Fecha de aceptación: 3/05/2013

# Entrevista a Pura Díaz Veiga

Por Sacramento Pinazo



*Pura Díaz Veiga es psicóloga. A lo largo de su trayectoria profesional, ha combinado la actividad investigadora con la atención directa; esta última como psicóloga de la ONCE en Valladolid. Es autora de diversas publicaciones. En la actualidad trabaja en Instituto Matia de la Fundación Matia donde coordina el Proyecto EtxeanOndo Residencias.*

**P. Como especialista en temas de envejecimiento, cuéntanos qué aporta un Modelo de Atención centrado en la persona...**

**R.** En mi opinión es una oportunidad de desarrollar la atención a personas en situación de dependencia, integrando dimensiones derivadas del conocimiento científico, de la ética y teniendo muy en cuenta los deseos de las personas, las que envejecen y las que ya presentan necesidades de apoyo.

El desarrollo de este modelo de atención conlleva la incorporación de intervenciones en los contextos físicos, sociales y organizativos, teniendo presente el valor de la trayectoria vital de cada persona y la relevancia de los entornos domésticos para continuar desarrollando el proyecto de vida que cada persona decida.

El modelo de atención centrado en la persona conlleva, por tanto, una intervención multidimensional, en el que los cambios deben desarrollarse de modo congruente, en los espacios, las personas, y el modo en el que se organiza y gestiona la vida cotidiana.

Autonomía, independencia y bienestar son términos que orientan las intervenciones en las personas mayores, familias y profesionales.

Todo ello supone un cambio en relación con el modelo de atención tradicional, organizado básicamente en base a necesidades y la provisión de programas o servicios especializados. Sin embargo, creo que la implantación de Modelos de Atención centrados en las preferencias y los deseos de las personas no debe prescindir de los aprendizajes de modelos de atención altamente profesionalizados y que han desarrollado conocimientos y destrezas en relación con la prestación de cuidados de calidad. Se trata de incorporar estos aprendizajes en una perspectiva de atención en la que la persona, y como ella se reconoce y valora, constituye el eje central de la atención; independientemente del grado de apoyos que cada una/o precise.

**P. En la Fundación Matia (Donosti, País Vasco) estáis trabajando desde este modelo en una alternativa residencial que habéis denominado EtxeanOndo. ¿Qué tiene de novedoso? ¿Cómo comienza a implantarse esta nueva idea de atención...etc.**

**R.** EtxeanOndo (Vivir como en casa) es una experiencia piloto puesta en marcha por la Fundación Matia y el Instituto Matia en virtud de un convenio con el Gobierno Vasco, cuyo principal objetivo consiste en

la implantación del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la prestación de servicios dirigidos a personas en situación de dependencia.

Tiene una vertiente dirigida al ámbito de domicilios, que se desarrolla en diversos municipios de Guipúzcoa, Álava y Vizcaya y otra en residencias. Ambas se enmarcan en el Área de Modelos de Instituto Matía y están dirigidas por Mayte Sancho. EtxeanOndo cuenta además con el apoyo técnico de la Fundación Pilares.

EtxeanOndo Residencias comenzó en septiembre de 2011 y finalizará en diciembre de 2013. Su desarrollo ha consistido en la creación de 8 unidades de convivencia (diurna o permanente) en tres centros residenciales de la Fundación. En la actualidad, se está comenzando a trabajar en residencias de personas con discapacidad intelectual, ubicadas en Vitoria.

El desarrollo de la experiencia conlleva la realización de un estudio con diseño cuasi-experimental con grupo experimental (los residentes en las unidades de convivencia) y control (grupo equivalente en capacidades cognitivas y funcionales) que recibe el modelo tradicional de atención.

### **P. ¿Qué beneficios tiene para la persona mayor el modelo EtxeanOndo de atención?**

**R.** Los datos de los que disponemos en la actualidad, a 6 meses de la implantación del Proyecto, son bastante congruentes con los informados por otras experiencias similares.

Concretamente, estamos constatando que esta forma de atención resulta muy satisfactoria para residentes, familias y profesionales implicados y además, estamos re-

gistrando algunos datos esperanzadores en relación con mejorías en dimensiones asociadas a calidad de vida en los participantes en el Proyecto, respecto a personas residentes que reciben la atención tradicional.

Dispondremos de datos más concluyentes, una vez transcurridos 12 meses después del inicio del Programa.

### **P. ¿Qué beneficios aporta para el profesional?**

**R.** A mí modo de ver el Modelo de Atención centrado en la persona es una oportunidad de desarrollo para todos los profesionales implicados. En primer lugar, los profesionales de atención directa cobran una especial relevancia. A sus competencias habituales, se han de añadir todas las necesarias para identificar y gestionar las necesidades y preferencias de las personas, de las que son profesionales de referencia. Por otro lado, la gestión y organización cotidiana de cada unidad son responsabilidad asimismo de los auxiliares o gerocultores. Por otro lado, los miembros de los Equipos Técnicos y los de Dirección, han de adecuarse también a este estilo organizativo “de abajo-arriba” desarrollando tareas de apoyo, asesoramiento y orientación a los profesionales de atención directa.

Todo ello, lleva consigo que los profesionales hemos de transitar a modelos de funcionamiento “transversales”. Aunque, en general, los cambios, suponen dificultades y nuevos aprendizajes, los participantes en EtxeanOndo se muestran satisfechos con los cambios incorporados y los valoran positivamente en relación con la independencia y bienestar de los residentes y el suyo propio.

En definitiva; el Modelo de Atención Centrado en la Persona supone un cambio en la

forma de entender y desarrollar la atención a las personas en situación de dependencia.

Algunos autores han propuesto que supone un “cambio cultural”, que va a orientar y dirigir el futuro de la atención a personas en situación de dependencia tanto los que viven en sus domicilios, como los que lo hacen en instituciones.

En nuestro país, estamos asistiendo poco a poco al desarrollo de iniciativas que tratan de incorporar componentes de este Modelo de Atención. Es importante que se haga con rigor, tanto desde la perspectiva conceptual como metodológica. La puesta en marcha de iniciativas que consideren la implantación adecuada de los componentes del Modelo de Atención, y obtengan información acerca de sus resultados permitirá identificar las claves del desarrollo de este Modelo en nuestro particular contexto económico y social.

## Autoestima Sana. Una visión actual basada en la investigación.



Elia Roca.2012. Ed. ACDE Psicología

La autoestima es probablemente uno de los conceptos psicológicos que más ha calado en la opinión pública en las últimas décadas. Y este hecho tiene su parte positiva en tanto en cuanto, demuestra una sensibilidad y reconocimiento de la relevancia de la psicología para el bienestar personal y social. Pero tiene su parte negativa en que en muchas ocasiones se emplea la terminología psicológica de forma poco rigurosa e incluso se malinterpreta, se simplifica y se instrumentaliza. Por eso el libro de Elia Roca “Autoestima Sana: una visión actual basada en la investigación” es muy oportuno, necesario y valioso para poner algo de orden en este maremágnum.

El objetivo del libro es presentar un resumen del conocimiento científico actual sobre la autoestima con el fin de clarificar y ofrecer guías de actuación para los profesionales de la psicología. No debe caerse en el error de pensar que este libro es meramente teórico o académico, puesto que las implicaciones prácticas de conocer con precisión un fenómeno como la autoestima tienen importantes implicaciones para la práctica. No puede afrontarse ni gestionarse un tema si no se conoce con rigor.

Elia Roca comienza su exposición haciendo un repaso por el devenir histórico de un concepto hoy de moda; y nos recuerda que fue William James quien hacia finales del siglo XIX estudió de forma sistemática la autoestima y la definió como “la creencia de que uno mismo es bueno y valioso”, y reconoció que tenía una importancia vital para la salud mental de las personas. Desde entonces las aportaciones de los neopsicoanalistas, de la teoría sociométrica, o de la teoría de la autodeterminación, entre otras, no han dejado de enriquecer (y complicar) el concepto.

La visión tradicional de la autoestima la consideraba como una autovaloración global – positiva o negativa – y al sentimiento derivado de ella; y asumía que una autoestima alta era positiva y una autoestima baja era negativa. Esta visión tuvo su momento de máximo reconocimiento a finales de los años 80 del siglo XX con la aprobación de la “ley de la autoestima” del estado de California. A partir de la evaluación (negativa) de esa experiencia e investigaciones posteriores se cuestionó seriamente esa visión tradicional.

Las líneas centrales en las que han ido trabajando las investigaciones sobre la autoestima en los últimos años han sido tres: la idea de que la alta autoestima no es tan buena como se creía (incluso puede ser negativa, como en el caso de la autoestima narcisista); la baja autoestima no es tan negativa como se creía (incluso en determinados casos y según su nivel es adaptativa y fomenta el aprendizaje); y la hipótesis de que el nivel de autoestima tiene escaso valor predictivo para las conductas y el funcionamiento global.

La parte central de este libro se centra en clarificar y precisar en base a estudios científicos rigurosos algunas teorías y conceptos vinculados a la autoestima. Así en el capítulo tres presenta las diversas líneas y visiones sobre la automejora y la autoestima narcisista y como las investigaciones actuales están superando la idea tradicional de que la autoestima alta es siempre positiva. En el capítulo cuatro se centra en la otra cara de la moneda: la autoestima baja. Basándose en investigaciones de Mruk (2006), Rojas Marcos (2007) y Busman et. Al. (2009) entre otros, argumenta que la baja autoestima no favorece la agresividad, y que cierto grado de modestia favorece las relaciones y facilita el aprendizaje. Y en el capítulo cinco el tema de estudio es la autoestima contingente. Para algunos autores, este es el gran tema,

no si la autoestima es alta o baja, sino si el sentimiento de valía personal es dependiente de factores externos e incontrolables o es interna y está vinculada a la autonomía y autenticidad.

Los capítulos seis y siete se centra en definir la autoestima sana y presentar los conceptos afines a ésta. La autoestima sana es definida como aquella que favorece el bienestar y el buen funcionamiento psicológico. Esta autoestima es denominada por Kernis (2003) como autoestima óptima y segura y es caracterizada por ser genuina, verdadera, estable y congruente. Especialmente valioso considero los análisis que la autora presenta sobre la dimensión cognitiva, emocional y conductual de la autoestima sana. Y también es especialmente clarificador el trabajo de definición y diferenciación respecto a la autoestima de conceptos como “autorrealización” (Rogers), “autoaceptación” (Ellis), “ego tranquilo” (Wayment y Bauer), “autocompasión” (Neff), “inteligencia emocional intrapersonal” (Goleman), y “fortalezas y virtudes del carácter” (Seligman).

Llegando ya al final del libro, Elia Roca nos informa de los estudios más recientes sobre la dimensión interpersonal de la autoestima y afronta la siempre difícil discusión sobre el papel de la aprobación social como fuente de autoestima. Y finalmente en el capítulo nueve nos habla sobre las perspectivas actuales de las estrategias de mejora de autoestima. Y especialmente interesante son las críticas que recoge sobre algunas estrategias de mejora de la autoestima que se han demostrado contraproducentes. Así los trabajos de Wood et. Al. (2006) demuestran que las autoinstrucciones positivas, las experiencias de éxito programadas, o el listado de rasgos positivos y elogios, en muchas ocasiones no son solo ineficaces, sino además contraproducentes.

El libro se acompaña de un CD con documentos complementarios, instrumentos de evaluación, materiales de autoayuda y programas para mejorar la autoestima, que hacen de este libro una guía completa e imprescindible para cualquier profesional.

Por *Consuelo Martínez Valero*.  
Psicóloga especialista en Psicología Clínica.  
Centro de Aplicaciones Psicológicas. Valencia.

*Informació Psicològica* aceptará para su publicación trabajos de orientación científico-profesional en los diversos ámbitos de aplicación de la Psicología.

## trabajos originales

Todos los artículos deberán ser inéditos.

El autor cede los derechos de publicación a *Informació Psicològica*, indicando expresamente que el trabajo no ha sido enviado a otras publicaciones.

El idioma de los artículos será en una de las lenguas oficiales de la CV o en inglés.

Los originales se remitirán a la Secretaría de Redacción en formato electrónico con letra Times New Roman a doble espacio, tamaño 12, por una sola cara y en formato DIN A-4, numerados en el ángulo superior derecho.

Su extensión no excederá de 18 páginas y se admitirán hasta seis figuras y seis tablas.

En la primera página se indicará: título del artículo, nombre y apellidos de los autores, nombre completo del centro y dirección del mismo, así como la dirección para la correspondencia.

Se podrán presentar un máximo de seis gráficas en tinta negra (formato 9x12 o múltiplo) numeradas como figuras.

Se incluirá el título, un resumen y palabras clave en el idioma del artículo y en inglés.

Las referencias bibliográficas, las citas de libros, artículos y páginas web seguirán las normas internacionales de la APA. Ejemplos:

Bayes, R. (2001) *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.

Calvete, E. y Villa, A. (2000) Burnout y síntomas psicológicos. Modelo de medida y relaciones estructurales. *Ansiedad y Estrés*, 6 (1), 117-130.

Burns, L.H. (1999) Sexual Counseling and Infertility. En L. H. Burns (Ed) *Infertility counseling: A comprehensive handbook for clinicians*. New York: Parthenon Publishing Group.

Alizade, A. M. (2006) *El final del complejo de Edipo en la mujer (de la duplicación a la individuación)*

Recuperado el 15 de febrero de 2006, de [www.psicomundo.com/foros/genero/edipo.htm](http://www.psicomundo.com/foros/genero/edipo.htm)

Por su parte, en la sección Praxis tienen cabida un rango heterogéneo de trabajos como son: casos clínicos específicos, exposición de técnicas terapéuticas, descripción de métodos de trabajo, revisión de prácticas clínicas e incluso otros contenidos que tengan como finalidad comunicar un saber práctico o aplicado.

## artículos breves

En esta sección se publican artículos que presenten resultados originales preliminares o parciales sobre trabajos de investigación, experiencias piloto, programas preventivos o comunitarios, series clínicas de suficiente interés, etc. y que requieran de una rápida difusión.

El artículo deberá ser comprensible en su totalidad sin necesidad de tener que recurrir a otras fuentes.

La presentación deberá cumplir con las mismas normas de contenido y con el estándar de rigor científico de los trabajos de mayor extensión. Se seguirán las normas de publicación generales de la Revista, salvo que la extensión será de aproximadamente 6/8 hojas, dos cuadros o figuras, un resumen no mayor de 100 palabras y un máximo de 10 citas bibliográficas.

## proceso de aceptación de los originales

La Revista sigue un proceso de evaluación acreditado y regular con cada trabajo que llega a la redacción –evaluación por pares (externos y anónimos)–. Los evaluadores son miembros del Comité Editorial, expertos en el tema tratado e independientes, que emiten su revisión sobre el estado del trabajo mediante un protocolo de actuación. Finalmente, la Dirección de la Revista juzga sobre la conveniencia de su publicación, propuesta de modificación o, en su caso, rechazo del original, lo cual es comunicado al autor/es por escrito.

Si el trabajo es aceptado para su publicación, los derechos de impresión y reproducción por cualquier forma y medio son del editor, aunque se atenderá cualquier petición razonable por parte del autor para obtener el permiso de reproducción de sus contribuciones.

Los originales se remitirán a la Secretaria de Redacción de la revista *Informació Psicològica*: Col.legi Oficial de Psicòlegs. c/Comte d'Olocau, 1. 46003 Valencia o a la dirección electrónica: [revistaip@cop-cv.es](mailto:revistaip@cop-cv.es)

## crítica de artículos, revistas y libros

La Revista publicará reseña crítica de los libros recibidos que considere oportunos.

Una vez publicada la crítica se enviará ejemplar de la misma al autor o dirección de la editorial.

informació  
psicològica



Col·legi Oficial de Psicòlegs  
Comunitat Valenciana

[www.informaciopsicologica.info](http://www.informaciopsicologica.info)