

EL ROL PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO EN LA PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

MARÍA DOLORES LÓPEZ BRAVO
Centro Superior de Estudios
Universitarios La Salle (UAM)



FOCAD **FORMACIÓN**

continuada a distancia



Formación Continuada a Distancia
Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos

Contenido

| | |
|--|----|
| DOCUMENTO BASE..... | 3 |
| Factores psicológicos que favorecen un proceso de envejecimiento activo | |
| FICHA 1..... | 14 |
| Programas de promoción de la salud dirigidos a personas mayores | |
| FICHA 2..... | 18 |
| Asesoramiento psicológico en el contexto de la Gerontología: Cuando el motivo de consulta es la toma de decisiones en el manejo de cambios vitales | |

Documento base.

FACTORES PSICOLÓGICOS QUE FAVORECEN UN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

1. Necesidades derivadas del envejecimiento poblacional. El papel de la psicogerontología

El envejecimiento de la población constituye una realidad (Naciones Unidas: II Asamblea sobre el envejecimiento 2002). España es, sin duda alguna, tal y como demuestran los datos de proyecciones demográficas y de comparativa con otros países uno de los más envejecidos (INE, 2002) situándose en el 17,1 % de mayores de 65 años (Fernández, 2000), o en datos de Naciones Unidas (2001) en 22,1% en 2001 y en proyección para el 2025 en 31,4%. Informes más recientes muestran un aumento en números absolutos de población mayor de 65 años en 434.477 personas, con respecto a los informes del IMSERSO del 2002 al 2004, pasando de 6.842.143 a 7.276.620 personas (IMSERSO, 2004, 2006).

En otro nivel de análisis, la población de octogenarios en España se sitúa en 1.756.844 personas, el 4,1% total de España. En 2050 se prevé que esta población representará el 11,4% de la población total de España (IMSERSO, 2004).

Revisiones más recientes de Naciones Unidas (2003) con proyecciones hasta 2050 asigna a España un 35% de personas mayores de 65 años, por detrás de Japón (36,5%) y por delante de Italia (34,4%), Eslovenia (34%) y Grecia (33,3%).

Estos datos son positivos y reflejan un claro avance sanitario y tecnológico. Avance que supone un reto, no solo en los países desarrollados (como reflejan los ejemplos de datos mostrados) sino a nivel mundial.

Este progresivo envejecimiento poblacional tiene diversidad de implicaciones sociales. Unas vinculadas a promover los recursos necesarios para manejar el aumento de patologías asociadas a la edad, y otras más “positivas y previsoras” dirigidas a promover habilidades y recursos que facilitan un envejecimiento saludable y satisfactorio o, como se postula en la actualidad, desde la Organización Mundial de la Salud, un envejecimiento activo (OMS, 2002), concepto sobre el que se profundizará más adelante.

En realidad esta necesidad de crear medidas preventivas y asistenciales se promulga desde diversos organismos nacionales e internacionales (ONU, 2002), con el “Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento” ó el “Programa de Investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI” (ONU, 2002); IMSERSO, 2002, 2004; Ley de Dependencia (2006).

Entre los aspectos psicológicos de estas medidas encontramos, por ejemplo, la necesidad de crear departamentos de salud mental en centros socio-sanitarios y de salud primaria que permitan (entre otros objetivos) un diagnóstico precoz de deterioro cognitivo o de otros trastornos de corte psiquiátrico (como los síndromes depresivos); servicios de orientación dirigidos a familiares de personas mayores dependientes; programas de difusión de hábitos saludables; programas de estimulación cognitiva, y entrenamiento en memoria; programas relativos al desarrollo de habilidades emocionales; etc.

El ámbito psicogerontológico es tan amplio, que requiere una especialización por áreas, ya que el mismo atiende: por un lado, según un criterio de edad cronológica; a un colectivo de mayores sobre-envejecido (cada vez es más numeroso el colectivo de mayores de 90 y más años), como también a aquellos que se acaban de jubilar, derivándose de esta amplio rango de edad circunstancias y realidades diversas. Por otro lado, tomando como referencia un criterio de funcionamiento; a personas mayores que muestran un funcionamiento patológico (presencia de demencia, depresión...), y también a aquellos otros que muestran un funcionamiento óptimo y que solicitan asesoramiento para el mantenimiento de funciones o entrenamiento de potenciales.

Esta variabilidad se materializa en lo que se ha venido a denominar un “envejecimiento normal”, “patológico” y “con éxito” (Baltes, 1987). De forma específica en este módulo se profundizará en la definición y valoración de los determinantes de un envejecimiento con éxito. Éste se podría definir, tomando como referencia a Rowe & Kahn (1997), como baja probabilidad de enfermar y de mostrar incapacidad; alta capacidad cognitiva y buen funciona-

miento físico; y alto compromiso con la vida. Más abajo se profundizará en el “Enfoque del ciclo vital”, como paradigma de investigación que contempla los potenciales a desarrollar durante todo el ciclo vital.

Sin duda la investigación psicogerontológica ha promovido esta imagen positiva de la vejez y el envejecimiento. En concreto, gracias a estudios que han puesto de manifiesto los potenciales y las “ganancias” asociadas a la edad. Como son: los relativos al potencial de aprendizaje (por ej. Baltes & Willis, 1982; Willis & Schaie, 1986; Calero & Lozano, 1994; Fernández-Ballesteros & Calero, 1995; Baltes & Baltes, 1997), sabiduría (por ej. Smith & Baltes, 1990), inteligencia (por ej. Schaie, 1983; Fernández-Ballesteros, 1997), o los estudios referidos a aspectos emocionales, como son

los relativos a satisfacción en la vida o bienestar (por ej. Reig, 2000; Fernández-Ballesteros & cols., 1996).

Es importante llevar los resultados de estas investigaciones al contexto aplicado, mostrando a la población mayor los potenciales latentes en esta etapa de la vida, motivando así el entrenamiento y estimulación de capacidades. Por eso, este módulo muestra algunas aportaciones relevantes de la investigación psicológica relativas a valorar qué recursos personales permiten la adaptación a los cambios y la estimulación de potenciales, así como el correlato de estos hallazgos en el trabajo directo con personas mayores.

2. Envejecimiento activo. La interacción de variables personales y del entorno

Como ya se ha mencionado en el apartado anterior, el término más consensuado en la actualidad para denominar el proceso de “buen envejecer” es envejecimiento activo. Este término fue definido en la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento como marco conceptual desde el qué trazar las actuales políticas sociales sobre envejecimiento a nivel mundial. “Este planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.” (OMS, 2002).

La definición establece que el envejecimiento activo es el “proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (OMS, 2002). Este concepto pone énfasis en el entorno; relaciona el término “activo” no sólo con capacidad para la actividad física, también para la participación social económica, cultural, espiritual y cívica; lo describe como un proceso continuo referido a todo el ciclo vital (y no tanto como resultado final); y hace énfasis en los potenciales (que tiene el individuo desde el punto bio-psico-social) y cómo fomentar los mismos a través de diversos determinantes referidos a variables propias del individuo y del entorno físico y social.

El cuadro 2.1. muestra este modelo de envejecimiento activo, haciendo alusión a todas las variables implicadas. A su vez la tabla 2.1. profundiza en la tipología de

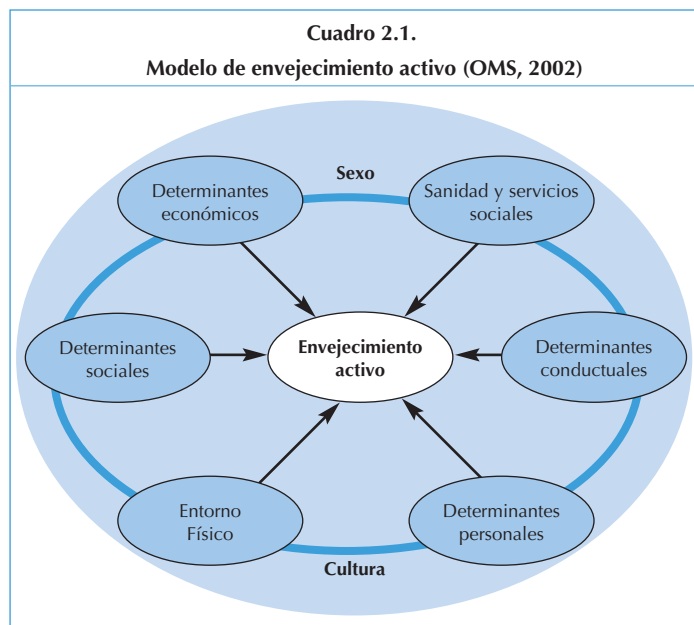


Tabla 2.1.
Determinantes de envejecimiento activo. Modelo OMS (2002)

| | |
|--|--|
| Determinantes transversales | - Cultura - Género |
| Determinantes relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales | - Promoción de la salud y prevención de enfermedades - Servicios curativos - Asistencia de larga duración - Servicios de salud mental |
| Determinantes conductuales | - El tabaquismo - La actividad física - La alimentación sana - El alcohol - Los medicamentos - Cumplimiento terapéutico |
| Determinantes relacionados con los factores personales | - Biología y genética - Factores psicológicos (inteligencia, autoeficacia, modos de enfrentamiento) |
| Determinantes relacionados con el entorno físico | - La seguridad en la vivienda - Las caídas - Agua limpia, aire puro y alimentos |
| Determinantes relacionados con el entorno social | - El apoyo socio-familiar - Violencia y abuso - Educación y alfabetización |
| Determinantes económicos | - Los ingresos - La protección social - El trabajo |

predictores de este modelo.

Este modelo es un referente muy interesante para sintetizar gran parte de la investigación actual, centrada en profundizar en la naturaleza de la relación entre las diversas variables intrínsecas (del individuo) y extrínsecas (del entorno) que se relacionan con bienestar (Fernández-Ballesteros & cols., 2004), buen funcionamiento (Fernández-Ballesteros, 2004) y salud en la vejez.

Entre las variables intrínsecas, los factores psicológicos juegan un papel relevante, ya sean éstos comportamentales, emocionales o cognitivos. Por lo tanto la Psicología, como se expresaba en el primer apartado, tiene un peso decisivo en la promoción de un envejecimiento activo, pudiendo intervenir en todas las etapas de la vida de la persona, haciendo especial énfasis en la edad adulta y la vejez.

3. Modelos psicosociales de envejecimiento

3.1. El enfoque del ciclo vital. El envejecimiento desde una visión de proceso.

El estudio del envejecimiento desde esta perspectiva de proceso, que enfatiza el modelo de envejecimiento activo, ya fue mostrada en el ámbito psico-social desde el Enfoque del Ciclo Vital (Baltes, 1987). Enfoque que supuso un cambio de perspectiva en la investigación gerontológica, poniendo en relieve, no solo en el propio proceso de envejecimiento, sino enfatizando los potenciales y mostrando la tremenda variabilidad en el colectivo de personas mayores (etapa de la vida en la que se van evidenciando de forma más clara el efecto de las variables personales y del entorno implicadas en la génesis de un “buen envejecer”).

En concreto este Enfoque del Ciclo Vital (Baltes, 1987) se basa en supuestos referidos a (1) la presencia de un balance entre crecimiento y declive; (2) a la evidencia de una gran variabilidad entre el colectivo de personas mayores representada en la denominada vejez “normal”, “patológica” y con “éxito”; (3) a la existencia de una gran capacidad de reserva ó plasticidad durante todo el ciclo vital. Esta capacidad es relativa a la compensación del declive a través entrenamientos o manipulaciones externas (Fernández- Ballesteros, 1996).

Sin duda alguna una de las mayores aportaciones de este enfoque del ciclo vital es el reconocimiento de las diferencias individuales y la plasticidad. Esta última, en gran medida puede ser promovida fundamentalmente por los hábitos y estar directamente relacionada con factores psicosociales, como la personalidad y relaciones sociales (Aldwin & cols., 2006).

Las fuentes de variabilidad, sobre las que se profundizarán más abajo, son debidas según Baltes & Smith (2004) a tres tipos de variables: las influencias derivadas de la edad cronológica, aquellas relativas al contexto socio-histórico y las referidas a aspectos no normativos (aspectos personales). Estos tres aspectos varían en el grado de su influencia a lo largo del ciclo vital. Los efectos de la edad (madurez) son más explicativas en la niñez y menos importante en la vejez, mientras que los efectos del contexto histórico y las influencias no-normativas empiezan a incrementarse a partir de la juventud. (fuente, Baltes & Smith, 2004). Esto da cuenta de la importancia de promover y entrenar habilidades personales, durante todo el ciclo vital y de forma específica durante la vejez, pudiendo ser éstas relativas a habilidades cognitivas, emocionales y conductuales, como más arriba también se ha matizado.

Profundizando en otro de los supuestos de este enfoque del enfoque vital, se entiende que el envejecimiento patológico “hace referencia a aquel proceso en el que se producen enfermedades físicas y/o mentales” el envejecimiento normal “se refiere a una vejez en la que no se presentan procesos patológicos (tanto físicos como mentales)” y el envejecimiento exitoso u óptimo “se entiende aquel, que partiendo de condiciones personales adecuadas (de salud, educación, económicas, etc.), transcurre en condiciones ambientales óptimas” (Fernandez-Ballesteros, 1996). Definir cuáles de estas “condiciones personales adecuadas” y “condiciones ambientales” que las posibilitan, tienen un carácter psicológico, es trabajo de la investigación y práctica aplicada de la psicogerontología.

3.2. Adaptación a los cambios y envejecimiento. Factores psicológicos explicativos de altos niveles de funcionamiento y adaptación en la vejez.

Como más arriba se ha adelantado, la investigación arroja datos muy relevantes acerca de los factores psicológicos que permiten una adecuada adaptación a los cambios vinculados al proceso de envejecimiento. Estos cambios a los que hacer frente pueden ser relativos tanto al declive físico que evidencia el organismo con el paso del tiempo, como al ambiente social. Ejemplos de estos últimos los derivados de la jubilación o pérdida de seres queridos, por poner dos ejemplos relevantes. En este epígrafe se mostraran modelos explicativos de adaptación que se circunscriben a la edad adulta y específicamente a la vejez.

La investigación muestra datos sugerentes. Por ejemplo, partiendo de un meta-análisis de estudios longitudinales, Rothermund & Brandtstädter (2003) muestran un grado de estabilidad en las medidas de satisfacción, autoestima y depresión durante la edad adulta y la vejez (ej: Bengtson, Reedy & Gordon, 1985; Blazer, 1993; Diener & Suh, 1998; Rothermund & Brandtsädter, 2003b; Stock, Okun, Haring & Witter, 1983). Esta estabilidad en las puntuaciones sobre bienestar psicológico en el colectivo de personas mayores con respecto a otros grupos de edad, teniendo en cuenta el incremento de riesgos asociados al paso del tiempo, se ha interpretado como el desarrollo de capacidades y/o habilidades de afrontamiento que se asocian al proceso de envejecimiento que permiten hacer frente de forma exitosa a esos potenciales riesgos.

Por todo esto, existe un gran interés por investigar sobre los determinantes del entorno (por ej. Apoyo social, nivel socioeconómico) y personales (por ej. personalidad, percepción de control) que ayudan a alcanzar un alto nivel de funcionamiento en edades avanzadas, como se ha mencionado más arriba.

La Psicología ha indagado sobre este tema, desde distintas perspectivas de investigación, profundizando fundamentalmente en los determinantes personales y en factores de protección. También describiendo el cambio en la utilización de estrategias en función de la edad, como un proceso de acomodación a las situaciones diferenciales que se producen con la misma. Siendo, a su vez, esta capacidad de acomodación al cambio, un recurso predictor de buen funcionamiento en edades avanzadas. En este sentido Riediger & cols. (2006) reconocen la existencia recursos; unos relativos a habilidades (energía física, capacidad neurocognitiva) y otros caracterizados por la capacidad para hacer eficientes los primeros.

También, Riediger & cols. (2006) postulan que el desarrollo durante el ciclo vital es estudiado desde diferentes perspectivas. En este sentido el modelo de Optimización selectiva con compensación (SOC) de Baltes & Baltes (1990) es un marco de análisis desde el que integrar el desarrollo humano ya que desde el mismo pueden recogerse los mecanismos explicativos de las diferencias individuales en la utilización de recursos. Este marco conceptual es muy interesante de cara a describir procesos relacionados con un envejecimiento óptimo y a la vez, un punto de partida en la intervención, porque permiten plantear estrategias que permiten alcanzar el éxito.

Se podría concretar que diversos marcos teóricos versan sobre la utilización de recursos: la propia modelo de Optimización selectiva con compensación (SOC) de Baltes & Baltes (1990); la teoría de selección socioemocional (Carstensen 1995; Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999); modelos que hacen mención a estrategias de afrontamiento en la vejez (por ejemplo, Brandtstädter & Renner, 1990; Heckhausen & Schulz, 1993).

Estos marcos teóricos parten del hecho de que una regulación adaptativa requiere de mecanismos para localizar recursos limitados. Cada línea pone el énfasis en un aspecto, el propósito del recurso y su generalidad.

Al mismo tiempo se mostrarán datos de los estudios de resistencia psicológica, por una parte y determinantes del bienestar, por otro. Ambos, como ejemplos de enfoques de investigación que valoran los aspectos predicen un adecuado ajuste psicológico en el proceso de envejecimiento.

• **Modelo de la Optimización Selectiva con Compensación (Baltes & Baltes, 1990)**

Estos autores parten de los supuestos del enfoque del ciclo vital, en que se ensalza el hecho de que el envejecimiento no se reduce a declive sino que éste es un proceso continuo en el que se producen pérdidas y ganancias. Es decir declive, pero también posibilidad de desarrollo y mejora de habilidades.

El modelo propone una serie de estrategias de afrontamiento para encarar el deterioro físico y cognitivo; la habilidad consiste en que el individuo fije sus objetivos, valore sus capacidades y busque, de alguna forma, cómo llegar a las metas propuestas, a pesar de las limitaciones y las mermas (Baltes & Baltes, 1990).

La selección, optimización y compensación son estrategias de organización aplicadas por el individuo para enfrentarse a la vida, tácticas que, si son adecuadas, pueden ser claros índices de envejecimiento exitoso (Freund & Baltes, 1998).

- (1) Selección: Las personas mayores al ser conscientes de que pierden capacidades, instintivamente se circunscriben a aquellas actividades que consideran más importantes, de modo que limitando las metas mejoran la eficacia. Es un proceso evolutivo y adaptativo, que reduce el campo de actuación e interés de la persona a un número más limitado de áreas (de competencia, de relaciones y de funcionamiento). Este proceso permite el adecuado manejo de las demandas que del medio.
- (2) Optimización: Es un mecanismo que impulsa a maximizar el desarrollo para que se puedan alcanzar niveles de funcionamiento adecuado. La clave de la optimización está en los medios y recursos para alcanzar dichas metas

de la forma más eficiente.

(3) **Compensación:** se relaciona con la respuesta del individuo ante el declive de capacidades o pérdida de recursos. Implica la utilización de nuevos medios para conseguir el mismo objetivo de funcionamiento o, por otra parte, el cambio de unas metas por otras.

Las estrategias de selección, optimización y compensación permitirían gestionar los recursos de los que dispone el individuo.

En ampliaciones posteriores del modelo (Baltes & Smith, 2004) se establece la existencia de tres funciones adaptativas que permiten altos niveles de funcionamiento o una adecuada adaptación a los cambios a lo largo del ciclo vital. Éstas funciones son tres; (1) crecimiento (referido a conductas que promueven altos niveles de funcionamiento o capacidad adaptativa), (2) mantenimiento y recuperación (conductas que permiten estabilizar los niveles de funcionamiento cuando se producen cambios o pérdidas de potencial) (3) regulación de pérdidas (es una función relativa a conductas que modifican las metas a menor nivel cuando el mantenimiento y la recuperación no es posible).

Sugieren que con la edad, se necesitan más recursos para mantener y compensar las pérdidas. Observan que durante las primeras etapas de la vida, los recursos se centran en el crecimiento, en la adultez en los recursos de mantenimiento y finalmente en la vejez éstos se centran en la regulación de las pérdidas.

- **Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen (1995; Carstensen, Isaacowitz & Charles, 1999)**

Esta teoría se fija en el cambio de objetivos a lo largo de la vida, en función de un cambio en la concepción del tiempo; otorgándole más relevancia en función de su avance, debido a la conciencia de su limitación o la mayor proximidad a la muerte. Este cambio de objetivo lo contextualizan en el análisis de las prioridades que afectan a las opciones sociales: Durante la adolescencia y la edad adulta los objetivos son expansivos y orientados al futuro, después se centran en el presente y en las personas del entorno más próximo.

Esta teoría “reflexiona sobre algo más que nuestro simple yo social”. Ofrece una perspectiva sobre cómo manejamos y tratamos nuestras emociones en diferentes momentos de la vida. Según Carstensen, en la juventud y madurez la “mayor inversión” está orientada al futuro y se reprimen sentimientos e impulsos inmediatos en aras a llegar a la consecución de un objetivo. Las personas mayores, sin embargo, están más motivadas en las relaciones por su componente emocional con respecto a la función que puede tener de medio para adquirir conocimiento, por ello centran las relaciones sociales en las personas más próximas y allegadas. En este sentido la selección de las relaciones se hace en función de un criterio de favorecimiento de la adecuada regulación de las emociones y preservación de bienestar psicológico.

- **Habilidades de afrontamiento y envejecimiento.**

El afrontamiento, tal y como explican Bueno & Navarro (2004) “es un factor estabilizador que puede ayudar a las personas a adaptarse psicológicamente durante periodos de estrés. Se considera un término genérico que engloba todos los pensamientos y comportamientos necesarios para responder a una situación estresante.”

Diversos autores proponen teorías y modelos que muestran la cualidad de los mecanismos de afrontamiento en la vejez:

Heckhausen y Schulz (1993) proponen la Teoría del Control como elemento principal de regulación en la vejez. Esta teoría parte del hecho de que el individuo ejerce control a través de 4 mecanismos: (1) selección de control primario (mediante esfuerzo para llegar a una meta); (2) compensando control primario (mediante el apoyo en una ayuda externa); (3) selección de control secundario (mediante la evitación de la situación problema); (4) compensando control secundario (mediante la redefinición de metas, la búsqueda de causas externas...).

Las estrategias de control primario permiten el manejo de las situaciones y por lo tanto la autoeficacia mediante la consecución directa de un objetivo. Sin embargo las estrategias de control secundario persiguen el mismo fin mediante la modificación de las reacciones emocionales propias y el establecimiento de objetivos nuevos y más asequibles.

La investigación muestra que el aumento de la edad lleva consigo la mayor utilización de la estrategia de compensación de control secundario. La explicación que propone este modelo es que cuándo en edades avanzadas, algunas demandas del medio excede los recursos del individuo y la posibilidad de ejercer control primario es nula o baja” entran en juego los procesos de control secundario, dirigidos a modificar aspectos del propio individuo (metas, creencias, expectativas o emociones) facilitando su ajuste a las situaciones. En definitiva, en la vejez la capacidad de ejercer control primario disminuye y el secundario se convierte en la forma dominante de afrontar la vida. El indivi-

duo se afana por modificar el sentimiento de no poseer el control, y para ello se reorienta hacia objetivos nuevos y más asequibles.

Todo esto explica cómo ante la pérdida de capacidades se modifiquen los objetivos (por ejemplo un tipo de actividad por otra) o también que se limiten las metas a alcanzar (Belsky, 2001).

Este modelo en definitiva postula que las estrategias de afrontamiento están moduladas por el proceso de envejecimiento.

En la misma línea el Modelo de Procesos Duales de Afrontamiento Asimilativo y Acomodativo (Brandtstädter, 1989; Brandtstädter & Renner, 1990) establece que los procesos de asimilación funcionan cuando es posible cambiar de forma activa la situación o el individuo posee recursos eficaces de compensación. En caso contrario se pone en funcionamiento el proceso de Acomodación centrado en modificar metas y reducir aspiraciones ligadas a la capacidad funcional. Los procesos acomodaticios son la clave para mantener un sentido de autoeficacia y control en las personas mayores (Brandtstädter & Rothermund, 1994).

Otras aportaciones en el mismo sentido analizan y profundizan sobre estos mecanismos adaptativos ligados al envejecimiento. En este sentido el cambio de estrategias puede ser descrito como un proceso de acomodación. Pasando de estrategias de afrontamiento activa o compensatorias (Lehr, 2004) a estrategias que implican la modificación de creencias, emociones o metas.

En una revisión de Bueno & Navarro (2004) sobre el afrontamiento como recurso interno de resistencia psicológica, concluyen que “a medida que envejecemos se muestra una mayor preferencia por estrategias internas debido a la propia naturaleza del envejecimiento, caracterizado por una mayor pérdida de recursos físicos, sociales y psicológicos”. Por otra parte, estas autoras han trabajado en la línea de analizar las estrategias y estilos de afrontamiento, ya no como indicadores de manejo al estrés, sino como predictores de bienestar personal. En este sentido han comprobado que las personas muy mayores combinan las estrategias activas y pasivas dependiendo del tipo de problema a afrontar. Resaltan de gran flexibilidad que muestran las personas mayores en la utilización diferencial de estrategias.

• Resistencia psicológica y envejecimiento.

Por último, desde la perspectiva de estudio de la Resistencia Psicológica aplicado al ámbito gerontológico, es posible valorar también la capacidad de adaptación a los cambios y los recursos personales y del entorno que lo facilitan.

Para Garmez (1991) la resistencia es la capacidad para recuperar y mantener una conducta adaptativa que sigue a la retirada de un evento estresante. Según Rutter (1987) es el polo positivo de las diferencias individuales, en la respuesta de la gente al estrés y la adversidad.

En suma, según Staudinger & cols (1999) este concepto implica dos tipos de fenómenos:

- 1- El mantenimiento de un desarrollo normal aunque haya un riesgo o un problema.
- 2- La recuperación de un funcionamiento normal después de una experiencia traumática.

En una revisión de este concepto de resistencia psicológica, Bueno y Navarro (2004) citan a Staudinger, Marsiske & Baltes (1993) resaltando que estos autores conceptualizaron la resistencia como un tipo de plasticidad. Mientras que la plasticidad, en principio, recoge el potencial para cualquier cambio en capacidad adaptativa (incluyendo crecimiento, mantenimiento y declive), la resistencia se refiere al potencial para el mantenimiento y para reobtener niveles de adaptación normal. Como la capacidad de reserva, la resistencia implica la presencia de recursos latentes que pueden ser activados.

Desde una perspectiva multidisciplinar se ha propuesto que la resistencia es un proceso dinámico que resulta de la acción de múltiples factores protectores (Bueno & Navarro, 2004). Por factor protector se entiende cualquier característica medible en una persona o grupo de personas que predice resultados positivos en un contexto de riesgo o adversidad.

La tabla 3.2.1 resume la revisión sobre la tipología de factores protectores de resistencia psicológica, realizada por estos autores:

Como ampliación de los factores psicológicos, otros estudios mencionan la actitud positiva como factor protector en las personas mayores debido a que se relaciona con mayor número de prácticas saludables, capacidad funcional, movilidad y supervivencia (Ostir, Ottenbacher & Markides, 2004).

La literatura también presenta la percepción de control interno y percepción de autoeficacia como recursos internos, que ante situaciones estresantes, permiten una aproximación activa y una mayor persistencia en el afrontamiento (Holahan & Moos, 1994; Bandura, 1997).

En este apartado se ha hecho una revisión de mecanismos adaptativos ligados al proceso de envejecimiento. Todos los modelos en definitiva hacen alusión a cambios en los repertorios conductuales mediante la utilización de diverso tipo de estrategias. Del mismo modo los diversos modelos apuntan (y en gran medida es una pregunta importante de la investigación actual) a tratar de entender qué otras variables personales (recursos instaurados como por ejemplo, variables de personalidad o percepción de control) o del entorno (redes sociales) predisponen la utilización de estas estrategias o a la adecuación de las mismas en función de las circunstancias personales. Estas variables se han venido a llamar en muchos casos “factores protectores” término muy común en la investigación sobre estrés.

Sintetizando, del conjunto de estrategias presentadas, aquellas más vinculadas a edades avanzadas, se podría concluir que las mismas son relativas no solo al desarrollo de conductas manifiestas (tales como el desarrollo de nuevos hábitos para compensar un déficit o potenciar un mejor funcionamiento) sino, y de forma especial a la utilización de estrategias psicológicas como;

(1) capacidad de análisis y valoración de recursos personales, (2) la planificación y puesta en marcha de alternativas de solución de problemas y (3) la utilización de estrategias distractoras o de reestructuración cognitiva, cuando se hacen necesarias. Los datos mostrados permiten concluir acerca de la necesidad de promover estos recursos personales en la edad avanzada a través de programas de corte psicopedagógico como se expone en la ficha 1.

4. Los cuatro factores personales que contribuyen a la génesis del envejecimiento activo

A otro nivel de análisis, tal y como expone Fernández-Ballesteros (2006) se podrían clasificar en cuatro los “dominios” sobre los que intervenir a nivel de la “persona” en la promoción de un envejecimiento activo, siendo éstos: (1) estilos de vida y funcionamiento físico, (2) funcionamiento cognitivo, (3) funcionamiento afectivo y afrontamiento y (4) funcionamiento social y participación.

En el apartado anterior se ha puesto en relieve los resultados acerca de los cambios en los estilos de afrontamiento (pudiendo ser ubicados los mismos dentro de uno de estos dominios expuestos), desde una perspectiva de estudio de la adaptación a los cambios. En este epígrafe se muestran los beneficios sobre el nivel de funcionamiento bio-psico-social de otras variables, como (de forma específica) la percepción de control interno y autoeficacia dentro del dominio de “funcionamiento afectivo y afrontamiento” y la relevancia de la actividad física, cognitiva y social, para los tres dominios restantes.

Con respecto a la percepción de control interno y autoeficacia, la investigación gerontológica ha demostrado su interrelación con diversos indicadores de salud y bienestar. La autoeficacia se ha asociado a nivel global con buena salud, mayor rendimiento y mayor integración social (Baessler & Schwarzer, 1996). Otros autores avalan que la percepción de control predice salud física y mental (Baltes & Baltes, 1986; Menec & cols., 1999) se relaciona con capacidad funcional (Zautra & cols., 1995) y funcionamiento cognitivo (Seeman & cols., 1996). En otro nivel de análisis se ha vinculado la percepción de control con la longevidad (Rowe & Kahm, 1997; Krause & Shaw; 2000). Los mecanismos explicativos de tales relaciones se basan en el hecho de que locus de control interno ejerce una influencia en la salud porque aumenta las conductas de autocuidado (Seeman, Unger McAvay y Mendes de León, 1999), influye en una búsqueda activa de información, mantiene la realización de las actividades de la vida diaria, influye en mayor bienestar, satisfacción (Wallhager, 1998). Por otra parte la autoeficacia influye en las expectativas, en los esfuerzos y perseverancia, en la resistencia a la adversidad y la vulnerabilidad al estrés y la depresión (Bandura, 1998). “Las cogniciones sobre las propias habilidades constituyen el principal elemento en el proceso motivacional”. “Las personas con alto nivel de autoeficacia eligen tareas más desafiantes, se marcan metas más altas y tratan de alcanzarlas con una gran

| FACTOR | TIPOLOGÍA DE VARIABLES |
|-----------------------------------|--|
| <i>Factores biológicos</i> | Carga alostática: Una elevada carga alostática predice incidentes cardiovasculares, deterioro físico, cognitivo y mortalidad Competencia inmunológica: Protección del sistema inmunológico por medio de un estado mental saludable. Asimetría de la activación cerebral: los dos hemisferios cerebrales desempeñan un papel asimétrico en la experiencia de afecto positivo y negativo. |
| <i>Factores psicológicos</i> | Personalidad, Emociones, Afrontamiento, Sistema de metas, Experiencia del Tiempo y Autodefinición. |
| <i>Factores Sociales</i> | Relaciones sociales y apoyo social: Estos factores tienen un efecto amortiguador a eventos estresantes, protegen de la enfermedad y actúa sobre la satisfacción. |
| <i>Factores Sociodemográficos</i> | Edad, Sexo, Nivel educativo y económico. |

persistencia". "Además, cuando surgen obstáculos o contratiempos se recuperan con mayor rapidez y mantienen el compromiso personal de alcanzar las metas que se habían marcado". Así mismo, la autoeficacia permite a las personas elegir situaciones de reto, explorar su entorno o crear nuevos entornos" (Baessler & Schwarzer, 1996).

Por otra parte, la actividad física y mental son predictores indiscutibles del denominado envejecimiento activo Lehr (1999). Más en concreto, "un estilo de vida activo durante la juventud y la mediana edad" predice un mantenimiento de la funcionalidad durante la vejez (Boone, 1991; Pitskhelauri, 1982; Segerberg, 1981). En una revisión sobre los estudios longitudinales de Berlin (Mass, Staudiger, lebensverlauf and Altern), Duke (Palmore) y Bonn (Thomae), Lehr (1999) establece que la actividad operativizada como deportes, actividades culturales, actividades sociales y de ocio predijeron en gran medida la supervivencia.

En la actividad está la clave para mantenimiento y/u optimización de funciones. No en vano, las recomendaciones conductuales para la consecución de un envejecimiento óptimo se basan en tipos de actividades a desarrollar, por ejemplo en clave de manifestaciones modificables en la vejez. En este sentido Fernández-Ballesteros (2002) presenta una sistematización de las mismas (ver tabla 4.1.).

La actividad en forma de ejercicios que entrenan funciones físicas y mentales, permite, en los términos ya mostrados en este módulo, compensar el declive propio de la edad y optimizar capacidades preservadas, todo ello con el fin último de mantener buenos niveles de funcionamiento y capacidad funcional.

En lo relativo al efecto de la actividad intelectual, la investigación gerontológica muestra como la misma compensa el declive cognitivo producido por el paso del tiempo (por ejemplo: Fernández-Ballesteros & Calero, 1995; Fernández-Ballesteros & cols, 2003).

Sobre la actividad física, son muchos los estudios que constatan, no solo una relación entre esta variable e indicadores de salud y funcionamiento físico (Lehr & Jüchtern, 1997), también con funcionamiento cognitivo Colcombe & cols. (2006) y ajuste emocional (por ejemplo: Talbot & Martinez, 1999; Jerome & cols, 2002; McAuley, cols., 1995). Los mecanismos explicativos son relativos al efecto sobre los niveles de ansiedad por la regulación de los niveles de cortisol (Bandura, 1991; Rudolph & McAuley, 1995) o al aumento de la percepción de autoeficacia (McAuley, Shaffer & Rudolph, 1995), siendo éstos los mecanismos que están detrás del efecto positivo del ejercicio físico sobre el afecto. Al mismo tiempo la actividad física favorece el transporte y la utilización de oxígeno a nivel cerebral (Chodzko-Zadjo, 1991), lo que repercute en el rendimiento intelectual.

La actividad social (operativizada en indicadores de tamaño de la red social y participación en actividades sociales) se asocia con el mantenimiento de la salud y el bienestar en las personas mayores (por ejemplo: Rowe & Kahn, 1987;

Tucker & cols. 1999; Maier & Smith, 1999; Buz y cols., 2004; Antonucci & cols., 2002). Los mecanismos explicativos de este vínculo entre variables, establecen de forma clara, que las relaciones sociales son un factor protector del estrés y por lo tanto de sus efectos en la salud (Bath & Deeg (2005). En definitiva, las relaciones sociales ayudan a afrontar el déficit de recursos asociados a la edad, operativizados éstos, por ejemplo, como pérdidas de familiares o diagnósticos de enfermedad (Antonucci y cols., 2002).

Como conclusión de este apartado y con el objeto de dar un salto de los resultados de la investigación al ámbito aplicado, los cuatro dominios de los que se ha partido se podrían traducir a habilidades y recursos sobre los que trabajar. Ejemplos de ellos serían: la promoción de hábitos de vida saludables, la estimulación cognitiva, el entrenamiento en habilidades emocionales, percepción de control interno, solución de problemas y el desarrollo de habilidades sociales. El objeto de análisis de la ficha 1 es dar forma a las intervenciones que potencian el desarrollo de los mencionados recursos.

Tabla 4.1.
Algunas manifestaciones de la vejez modificables (con base en Fries, 1996)
Fernández-Ballesteros (2002)

| Problemas | Factores de cambio |
|-----------------------------|--|
| 1. Declive intelectual. | 1. Ejercicios mentales. |
| 2. Olvidos | 2. Aprender estrategias para recordar. |
| 3. Sentimientos de soledad. | 3. Habilidades sociales, nuevas actividades agradables, compromiso productivo. |
| 4. Lentitud. | 4. Ejercicios. |
| 5. Movilidad reducida. | 5. Estiramientos. |
| 6. Insomnio. | 6. Relajación, higiene del sueño. |
| 7. Fatiga. | 7. Ejercicios aeróbicos. |
| 8. Depresión. | 8. Actividades agradables reestructuración cognitiva. |
| 9. Aburrimiento. | 9. Creación nuevos aprendizajes. |
| 10. Presión arterial alta. | 10. Ejercicio físico, control de peso. |
| 11. Artritis, artrosis. | 11. Rehabilitación, ejercicio físico, dieta. |

Referencias bibliográficas

- Antonucci, T.C., Okorodudu, C. and Akiyama, H. (2002): Well-Being Among Older Adults on Different Continents. *Social Issues*, 58, 617-627.
- Aldwin, C.M., Spiro III, A., Park, C.L. (2006): Health, Behavior, and Optimal Aging: A Life Span Developmental Perspective, in J.E. Birren and K.W. Schaie (ed); *Handbook of the Psychology of Aging*: Elsevier Academic Press Publications.
- Bandura A. (1997): *Self-efficacy*: The exercise of control. Nueva York: Freeman.
- Baltes, P.B. (1987): Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamic between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626
- Baltes, M.M. and Baltes, P.B. (1986): *The Psychology of Control and Aging*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers. Hillsdale New Jersey
- Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990): Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P.B. Baltes y M.M. Baltes (editors), *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, M.M. & Baltes, P.B. (1997): Normal vs. Pathological cognitive functioning in old-age: plasticity and testing the limits of cognitive/brain reserve capacity. En P. Baltes, *Dementia and Longevity*.
- Baltes, P.B. & Smith, J. (2004): Lifespan Psychology: From Development Contextualism to Developmental Biocultural Co-constructivism. *Research in Human Development*, 1 (3), 123-144. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Baltes, P. & Willis, S.L. (1982): Plasticity and Enhancement of Intellectual Functioning in *Old Age*. *Penn State's Adult Development and Enrichment Project (ADEPT)*. In F.I.M. Craik and S.E. Trehud (eds.), pp. 353-389.
- Bath, P.A. & Deeg, D. (2005): Social engagement and health outcomes among elder people: Introduction to a special section. *European Journal of Ageing*, 2, 24-30.
- Bengtson, V.L., Reedy, M.N. & Gordon, C. (1985): Aging and self-conceptions: Personality processes and social contexts. En J.E. Birren y K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging (2ª ed.)*, pp.544-593. Nueva York: Van Nostrand-Reinhold.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996): Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y estrés*, 2 (1), 1-8.
- Bandura, A. (1991): Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behaviour. In J. Madden (Ed.), *Neurobiology of learning, emotion and affect* (pp.229-269). New York: Raven Press.
- Bandura, A. (1998): Personal and collective efficacy in human adaptation and change. In J.G. Adair (Ed.), *Advances in psychological science, Vol.1: Social, personal and cultural aspect* (pp. 51-71). Hove, England: Psychology Press/Erlbaum.
- Blazer, D. (1993): *Depression y later life*. St Louis, M.O.: Mosby.
- Boone, B. (1991): *Centenarians: the new generation*. Westport CT: Greenwood Press
- Brandstadler, J. and 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.
- Bueno, B., Navarro, AB (2004): Afrontamiento y calidad de vida. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39, 31-37.
- Buz, J., Mayoral, P., Bueno, B y Vega, J.L. (2004): Factores sociales del bienestar subjetivo en la vejez. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39 (Supl.3): 38-45
- Carstensen, L.L. (1995): Evidence for life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4 (5), 151-156.
- Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M. & Charles, S.T. (1999): Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.
- Calero, M.D. y Lozano, M.A. (1994): Evaluación del potencial de aprendizaje en ancianos. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (1), 89-100.
- Chodzko-Zajko, WJ (1991): Physical fitness, cognitive performance and aging. *Medicine and science in sport and exercise*, 23, 868-872.
- Colcombe, S.J., Ericsson, K.I., Scalf, P.E., Kim, J.S., Prakash, R., McAuley, E., Elavsky, S., Marquez, D.X., Hu, L. & Kramer, A.F. (2006): Aerobic Exercise Training Increases Brain Volume in Aging Humans. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*. Vol. 61A, No 11, 1166-1170

- Diener, E. & Suh, M.E. (1998): Subjective well-being and age: An international analysis. In K.W. Schaie, M.P. Lawton and M. Powell (editors), *Annual review of gerontology and geriatrics: Focus on emotion and adult development*, Vol 17, p. 304-324. New York: Springer Publishing Company.
- Fernández, J.A. (2000). *Proyecciones de la población española*. Instituto de Economía y Geografía. Madrid. Consejo superior de Investigaciones científicas.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996): *Psicología del Envejecimiento: Crecimiento y Declive*. Lección Inaugural 1996-97. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (2000): Gerontología Social: Una Introducción en R. Fernández-Ballesteros (dir), *Gerontología Social*. Madrid. Ed. Pirámide
- Fernández-Ballesteros (2002): Envejecer bien. ¿Qué es y cómo lograrlo?, en R. Fernández-Ballesteros: *Vivir con Vitalidad*. Ed. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros (2002b): *Vivir con Vitalidad (colección)*. Ed. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004): Calidad de vida, ¿es un concepto psicológico?. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39, 18-22
- Fernández-Ballesteros, R. (2006): *Active Aging. Contribution from Psychology*. En prensa.
- Fernández-Ballesteros, R. & Calero, M.D. (1995): Training Effects on Intelligence of Older Persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 20, 135-148.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Macía, A. (1996): *Calidad de Vida en la Vejez en Distintos Contextos*. IM-SERSO.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M., Rudinger, G., Schroots, J.F. Hekkinen, E., Drusini, A., Paul, C., Charzewska, J. y Rosenmayr, L. (2004): Assessing Competence: The European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*, 50, 330-347.
- Freund, A. and Baltes, P. (1998): Selection, optimization and compensation as strategies of life management: correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and aging*, 13, 531- 543.
- Garmezzy, N. (1991): Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459-466.
- Heckhausen, J. and Schulz, R. (1993): Optimization by selection and compensation: balancing primary and secondary control in life-span development. *Int J Behav Dev*, 16: p 287-303.
- Holahan, C.J., Moos, R.H. (1994): Life stressors and mental health: advances in conceptualizing stress resistance. En: Avison W.R., Gotlib, I.H. (eds). *Stress and mental health: contemporary issues and prospects for the future. The plenum series on stress and coping*. Nueva York: Plenum, 213-38.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales - IMSERSO (2002): *Las Personas Mayores en España. Informe 2002*. Ministerio de Trabajo de Asuntos Sociales. Secretaría de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales – IMSERSO (2004): *Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*. Ministerio de Trabajo de Asuntos Sociales. Secretaría de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad
- Instituto Nacional de Estadística (INE), (2002). *Boletín mensual de estadística. Proyecciones de población (a 31 de diciembre)*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Jerome, G.J., Márquez, D.X., McAuley, E., Canaklisoval, S., Snook, E. & Vickers, M. (2002): Self-efficacy effects on feeling states in women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 9, 139-154.
- Krause, N. and Shaw, B.A. (2000): Role-Specific Feeling of Control and Mortality. *Psychology and Aging*, Vol 15, Nº4.
- Maier, H., Smith, J. (1999): Psychological Predictors of Mortality in Old Age. *Journal of Gerontologist*, 54B, Nº1, 44-54
- McAuley, E., Shaffer, S. & Rudolph, D. (1995): Self-efficacy and affective responses to exercise testing in older males. *International Journal of Aging and Human Development*, 41, 13-27.
- Menec, V.H.; Chipperfield, J.G; Perry, R.P. (1999): Self-Perceptions of Health: A Prospective Analysis of Mortality, Control and Health. *Journal of Gerontology*, Vol. 54B, Nº 2, p.85-93.
- Naciones Unidas (2002): Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37, suplemento 2, p.12-37
- Naciones Unidas (2003): *World Population Prospects: The 2002 Revision*.
- Lehr, U. (1999): El envejecimiento activo. El papel del individuo y de la sociedad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 34 (6): 314-318

- Lehr, U (2004): Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39, 2-7.
- Lehr, U. & Jüchtern, J. (1997): Psychophysical activity in the elderly: motivations and barriers. In: G. Huber (ed): *Healthy aging, activity and sports*. Gamburg: Verlag Für Gessundheitsförderung, p. 25-35.
- OMS – Organización Mundial de la Salud (2002): *Active Aging*. Ginebra: WHO
- Ostir, K.J. Ottenbacher, K S. and Markides (2004): Onset of Frailty in Older Adults and the Protective Role of Positive Affect by Glenn V.. *Psychology of Aging*, 19, 402-408.
- Pitskhelauri, G. (1982): *The long living of Soviet Georgia*. New York: Human Science Press.
- Reig, A. (2000): Psicología de la vejez. Comportamiento y Adaptación, en R. Fernández-Ballesteros (dir.); *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Riediger, M., Li, S., Lindenberger, U. (2006): Selection, Optimization and Compensation as Developmental Mechanisms of Adaptive Resource Allocation: Review and Preview, in Birren y Schaie; *Handbook of Psychology*. Academic Press.
- Rothermund, K. and Brandtstadter, (2003): Coping with Deficits and losses in Later Life: From Compensatory Action to Accommodation by Klaus. *Psychology and Aging*, 18, 896-905.
- Rothermund, K. & Brandtstadter, (2003b): Depression in later life: Cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging*, 18, 80-90.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1987): Human aging. Usual and Successful. *Science* 237, 143-149.
- Rowe, J.W. & Kahn, R. (1997): Successful Aging. *The Gerontologist*, VOL. 37, N° 4, 433-440.
- Rudolph, D. L., & McAuley, E. (1995). Self-efficacy and salivary cortisol responses to acute exercise in physically active and less active adults. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 17, 206–213.
- Rutter, M. (1987): Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Schaie, K.W. (1983): The Seattle Longitudinal Study: A twenty-one year exploration of psychometric intelligence in adulthood. En K.W. Schaie (ed.), *Longitudinal Studies of Adult Psychological Development*, pp. 64-135. Nueva York: Guilford Press
- Seeman, T.E., Bruce, M.L. and McAvay, G. (1996): Social network characteristics and onset of ADL disability: McArthur Study of Successful Aging. *Gerontology*, B, 51, S 191-200.
- Seeman, T.E., Unger, J.B., McAvay, G. and Mendes de León, C. (1999): Self-Efficacy Beliefs and Perceived Declines in Functional Ability: Mc Arthurs Studies of Successful Aging. *The Journals of Gerontology*, vol. 54B, n° 4, p 214-228.
- Seegerberg, O. (1981): *Living to be 100*. New York: Charles Scribners Sons.
- Smith, J. y Baltes, P.B. (1990): Wisdom-related Knowledge: Age/Cohort differences in response to Life-Planning Problems. *Developmental Psychology*, 26, 494-505.
- Staudinger, U.M., Marsiske, M. and Baltes, P.B. (1993): Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: perspectives from life-span theory. *Dev Psychopathol*, 5; 541-66.
- Staudinger, U.M., Freund, A.M., Linden, M., y Maas, I.(1999): Self, Personality, and Life Regulation: Facets Psychological Resilience in Old Age, in P. Baltes, K. Mayer (editors), *The Berlin Aging Study: aging from 70 to 100*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Stock, W. A., Okun, M.A., Haring, M.J. y Witter, R.A. (1983): Age and subjective well-being: A metaanalysis. En R.J. Light (ed.), *Evaluation studies: Review Annual (vol.8)*, PP.279-302. Beverly Hills, CA: Sage.
- Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Clark, K.M., Friedman, H.S. (1999): Age-Related in the Associations of Social Network Ties With Mortality Risk. *Psychology and Aging*, Vol.14, N°4, 564-571.
- Willis, S.L. and Schaie, K.W. (1986): Training the elderly on the ability factors of spatial orientation and inductive reasoning. *Psychology and Aging*, 1, 239-247.
- Zautra, A.J., Reich, J.W., Newsom, J.T. (1995): Autonomy and Sense of Control Among Older Adults: An Examinations of Their Effects on Mental Health, in L.A. Bond, S.J. Cutler and A. Grams: *Promoting Successful and Productive Aging*. Sage Publications.

Ficha 1.

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD DIRIGIDOS A PERSONAS MAYORES

El papel que puede ejercer el psicólogo en el ámbito gerontológico es muy amplio. Tal y como expone Santamaría (2004) éste se desarrolla desde diversas especialidades de la disciplina. La tabla 1, a modo de resumen, expone las aportaciones de este autor. Para ello se ha enfatizado ejemplos relevantes y representativos del rol del psicólogo en cada ámbito de especialización de la Psicología aplicado a la Gerontología.

Este cuadro, como se puede observar, recoge especialidades psicológicas vinculadas de forma muy directa al campo aplicado. De todas estas funciones, en el contexto de promoción del envejecimiento activo se destaca el papel del psicólogo como difusor de salud, educador y dinamizador social. Funciones que abarca la psicología clínica y de la salud, educativa y de intervención social respectivamente. La tabla 2 profundiza en la función del psicólogo en estas tres especialidades, con el objeto de mostrar los aspectos que atiende cada una, la metodología de intervención, tipo de colectivos y contextos de actuación. Todo ello, con el fin último de exponer con posterioridad, los contenidos y actuaciones más directamente vinculadas a la promoción de un envejecimiento activo.

Analizando los criterios descriptivos seleccionados para valorar las funciones de las estas especialidades, se observan ciertos paralelismos entre las mismas relativos a que las tres

abarcan: (1) un continuo patología-problemática vs salud-estimulación de potenciales; (2) a que llevan a cabo sus actuaciones de forma individualizada vs con grupos; (3) a trabajar con el colectivo de mayores vs con el entorno social (familia u otros profesionales implicados en cada contexto específico). En el contexto del envejecimiento activo se ponen en relieve las siguientes funciones:

(1) Tomando como referencia la Psicología Clínica y de la Salud la promoción de un envejecimiento activo se ubica, de forma prioritaria, en las actuaciones llevadas a cabo en la prevención y promoción de la salud, resaltando el análisis de prácticas de riesgo y transmisión de conocimientos y habilidades conductuales para el manejo de los mismos. Estas funciones implican no sólo un trabajo directo con la población mayor, también la capacitación a otros profesionales implicados en la salud. En este segundo caso, asesorando acerca de los métodos conductuales que fomentan la motivación y el seguimiento de las recomendaciones médicas y de salud en general.

En el ámbito gerontológico, como se ha expuesto más arriba, son numerosos los estudios que exponen la relevancia de los hábitos de salud (alimentación, ejercicio físico, prevención de caídas, cuidado de la boca, etc) para la prevención de la dependencia y promoción de un envejecimiento activo, siendo éstas dos caras de la misma moneda; prevenir factores de riesgo asociados al propio proceso de envejecimiento y optimizar un nivel de funcionamiento más próximo a los potenciales de cada individuo.

Tabla 1
Funciones del psicólogo en el ámbito gerontológico
(tomado de Santamaría, 2004)

| | |
|--|--|
| Psicología clínica y de la salud | <ul style="list-style-type: none">- Evaluación e intervención psicológica de trastornos mentales.- Labor preventiva a través de la asesoría y consejo individual.- etc |
| Psicología de intervención social | <ul style="list-style-type: none">- Diseño y promoción de programas y servicios comunitarios y sociales que contemplen la participación de las personas mayores en la sociedad- Asesoramiento y consultoría a instituciones, empresas y asociaciones dirigidas a personas mayores- Atención directa a mayores, familias y trabajadores.- etc |
| Psicología del trabajo y de las organizaciones | <ul style="list-style-type: none">- Selección, evaluación y orientación del personal- Formación y desarrollo del personal.- Evaluación y mejora de condiciones de trabajo y salud.- Etc. |
| Psicología jurídica | <ul style="list-style-type: none">- Contenidos que el psicólogo debe contemplar con el fin de abordar adecuadamente los aspectos jurídicos de la gerontología:- La protección jurídica de los mayores en el ámbito de la salud.- El derecho de alimentos entre parientes.- El maltrato físico y psicológico a las personas mayores.- etc |
| Psicología educativa | <ul style="list-style-type: none">- Educar en una imagen social del mayor exenta de prejuicios y estereotipos.- Regulación progresiva de la jubilación y preparación de la misma.- Etc. |

(1) Tomado como referencia la Psicología Educativa se enfatizan las intervenciones de carácter socioeducativo a través de la participación en el diseño de planes de intervención en el ámbito comunitario.

En el contexto del envejecimiento activo recobra una importancia esencial el concepto de formación continua durante toda la vida. La necesidad de programas educativos en la población mayor: como medio para la estimulación de habilidades intelectuales e interacción social y como forma de ocupación activa tras la jubilación.

(1) Tomando como referencia la Psicología de Intervención Social, este capítulo se centra en la faceta preventiva de esta especialidad, a través de las actuaciones para la mejora de la calidad de vida. En el campo de la intervención social los esfuerzos se dirigen al desarrollo de habilidades y competencias que permitan el adecuado desenvolvimiento del colectivo de las personas mayores en una realidad cambiante, potenciado la participación e integración

Tabla 2
Funciones de las especialidades psicológicas de clínica y de la salud, educativa y de intervención social

| PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD | |
|--|---|
| Aspectos a los que atiende | <p>Evalúa, diagnostica, interviene, asesora y previene “las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad”.</p> <p>Contempla, por lo tanto procesos patológicos o anormales, pero también se dedica al estudio de la salud y el bienestar, tanto manteniendo, previniendo como instaurando pautas de vida saludables.</p> |
| Intervención individual vs grupal | Individualizada y con grupos de población |
| Tipos de colectivos aplicados a la gerontología | Personas mayores y profesionales vinculados a la promoción de la salud |
| Contextos | Sobre todo hospitales y las unidades de Salud Mental en los Centros de Salud. También en campañas y módulos docente de salud en otros organismos de carácter social: ayuntamientos, asociaciones, etc. |
| PSICOLOGÍA EDUCATIVA | |
| Aspectos a los que atiende | <p>Reflexiona e interviene sobre el comportamiento humano en situaciones educativas mediante el desarrollo de las capacidades de las personas, grupos e instituciones.</p> <p>“Se entiende el término educativo en el sentido más amplio de formación y desarrollo personal y colectivo”</p> <p>Interviene en la valoración de necesidades educativas, lleva a cabo funciones de orientación y asesoramiento e intervención socioeducativa, como ejemplos de funciones relevantes en este contexto.</p> |
| Intervención individual vs grupal | Individualizada y con grupos de población |
| Colectivos con los que trabaja | <p>Alumnos, docentes y familias, en busca del óptimo desarrollo como personas y como alumnos.</p> <p>En el ámbito gerontológico se enfatiza el trabajo con grupos de mayores y profesionales implicados en una labor docente dirigida a este colectivo.</p> |
| Contextos | <p>Sistemas sociales dedicados a la educación en todos sus diversos niveles y modalidades; tanto en los sistemas reglados, no reglados, formales e informales.</p> <p>En el ámbito gerontológico: programas universitarios dirigidos a la población mayor, universidades populares, asociaciones, etc.</p> |
| PSICOLOGÍA DE INTERVENCIÓN SOCIAL | |
| Aspectos a los que atiende | <p>Actúa sobre problemas de carácter social que surgen en un determinado grupo o comunidad.</p> <p>Previene e interviene en situaciones de riesgo (soledad, pobreza, etc.) y también, desde una perspectiva más positiva, procura la promoción de una mayor calidad de vida.</p> |
| Intervención individual vs grupal | <p>Lleva a cabo una labor de asesoramiento, dinamización comunitaria, planificación y evaluación de programas sociales y formación.</p> <p>Individualizada y con grupos de población</p> |
| Colectivos con los que trabaja | En el campo de la familia, colectivos desfavorecidos, asociaciones (por ejemplo en el contexto gerontológico, aquellas que tienen entre sus objetivos la prevención y/o manejo de la soledad, el fomento y mejora de las relaciones intergeneracionales, el papel activo de la persona mayor en la sociedad, etc). |
| Contextos | Servicios Sociales y asociaciones entre los contextos más representativos en Gerontología. |

social de este colectivo, el acceso a la información, y la igualdad de oportunidades. Contribuyendo, a consolidar nueva imagen de la persona mayor vinculada a la ocupación activa y participación en la sociedad lejos de la visión de dependencia e invalidez más generalizada. Es decir fomentando habilidades que le permitan tanto, acceder a recursos en caso necesario, como también a ser agente de cambio social.

En general, la promoción de actitudes y habilidades en el contexto de un envejecimiento activo, haciendo un paralelismo con los resultados de la investigación, revisados en el documento base, estarían en la línea de potenciar estrategias de afrontamiento que faciliten y/o refuercen la valoración de recursos personales, en el análisis de problemas desde una perspectiva de solución y en el fomento de la actividad. De forma más concreta, haciendo un paralelismo con el Modelo de Optimización selectiva con compensación de Baltes & Baltes (1990) permita seleccionar actividades y ocupaciones de interés, compensar posibles déficit y potenciar un alto nivel de funcionamiento bio-psico-social.

Profundizando sobre los objetivos de los programas que se podrían derivar de las tres especialidades, se destacan los siguientes:

- Promover un cambio de actitud hacia la vejez y el envejecimiento, enfatizando para ello las capacidades latentes que se pueden estimular durante todo el ciclo vital.
- Entrenar en habilidades para la solución de problemas, promoviendo de este modo un locus de control interno (una de las fichas de esta unidad didáctica muestra el importante papel del locus de control interno).
- Entrenar en habilidades emocionales que potencien altos niveles de bienestar psicológico.
- Entrenando en habilidades cognitivas que permitan el mantenimiento de habilidades intelectuales.
- Potenciando habilidades sociales que permitan un adecuado ajuste en nuevos contextos de relación.

Entre los objetivos expuestos, resaltar la importancia de un cambio actitudinal, referido a potenciar una actitud positiva, tanto sobre la visión de la vejez y el envejecimiento (a través de la difusión de información sobre el tema), como sobre las propias habilidades personales. La adopción de esta doble actitud positiva por parte de la persona mayor, será posible si a su vez el propio profesional “pone la tilde” en los potenciales y si se evita la “sobre-protección” y el “paternalismo”.

Esta es la reflexión que tiene que hacer todo profesional de la salud y específicamente desde la Psicología, siendo ésta la única forma de fomentar percepción de control y auto-eficacia en la persona mayor.

Finalmente, y una vez enfatizado qué habilidades transmitir y cómo enfocar su desarrollo, se muestran aplicaciones concretas sobre las que materializar las mismas. Para ello la tabla 3 concreta ejemplos de programas de corte psicopedagógico (equiparados tipología de habilidades) como el exponente más claro sobre el que materializar la promoción del envejecimiento activo desde la práctica psicológica en el ámbito comunitario. Para cada ejemplo de programa expuesto se sistematizan objetivos de asesoramiento y formación.

Los contextos en los que desarrollar estos programas son múltiples. Por ejemplo, asociaciones de mayores, ayuntamientos, programas universitarios dirigidos a la población mayor etc.

Un ejemplo de sistematización de este tipo de información es el programa Vivir con Vitalidad (Fernández-Ballesteros, 2002), desarrollado en el contexto universitario. Dicho programa tiene como objetivos; eliminar conceptos erróneos sobre el envejecimiento, transmitir conocimientos básicos sobre cómo envejecer activa y competentemente, promover estilos de vida saludables, entrenar en estrategias para optimizar competencias cognitivas, emocionales, motoras y sociales, promover el desarrollo personal y la participación social. Este programa se ha desarrollado en diversos formatos; cursos presenciales y formato multimedia

Tabla 3

Tipología de programas de corte psicológico dirigidos a la población mayor que tiene por objeto la promoción de un envejecimiento activo

| Habilidades que promover – programas a desarrollar | Relaciones de conocimientos a transmitir y/o habilidades a entrenar |
|--|---|
| Habilidades cognitivas (Programas de entrenamiento en habilidades de memoria) | Conocimientos acerca de la potenciación de las capacidades intelectuales en general y sobre la memoria en particular, que favorezcan, a su vez una actitud positiva sobre el envejecimiento y la capacidad cognitiva. Aprendizaje de estrategias adecuadas para resolver los fallos de memoria en la vida diaria. Instauración de hábitos de estimulación cognitiva en la vida cotidiana. |
| Habilidades conductuales (Programas de entrenamiento de hábitos saludables y estilos de vida). | Habilidades de planificación y autocontrol que permitan llevar a la prácticas habilidades que optimicen potenciales y/o compensen déficits. Habilidades para la planificación y manejo del tiempo. Posibilitando, a su vez el aumento de las actividades que supongan mayores beneficios para la salud partiendo de los gustos, recursos y limitaciones personales. |
| Habilidades emocionales (Programas de “manejo del estrés”, “Pensamiento positivo”, etc). | Habilidades de reestructuración cognitiva, solución de problemas, relajación, etc. |
| Habilidades interpersonales (Programas de entrenamiento en habilidades sociales, Programas de voluntariado, Programas intergeneracionales, etc). | Habilidades de comunicación, entrenamiento de habilidades asertivas en el contexto de relación de pareja, hijos, nietos, etc. Habilidades para el desarrollo de nuevas posibilidades de interacción social (habilidades conversacionales, asertivas, etc.) Habilidades para desarrollar funciones como agente social (habilidades de transmisión de información, motivación a grupos, etc). |

(Fernández-Ballesteros & cols. 2004; Fernández-Ballesteros & cols. 2005). Así mismo, se ha editado una colección didáctica que recoge los contenidos del programa. La tabla 4 muestra los temas sobre los que versa la obra (Fernández-Ballesteros, 2002b).

Este formato de programa recoge todos los aspectos sobre los que intervenir desde una perspectiva bio-psico-social. La estructura de programa deja en evidencia la diversidad de aspectos comportamentales y emocionales sobre los que el psicólogo puede asesorar y educar de forma directa (aunque también se muestran otros temas más vinculados con aspectos físicos tratados directamente por otros profesionales de la salud). Este programa arroja datos consistentes acerca del aumento en la práctica de hábitos saludables, de actividad intelectual o percepción de auto-eficacia (Fernández-Ballesteros & cols, 2005b). Se evidencia de este modo la necesidad y la eficacia del trabajo del psicólogo y otros profesionales agentes de la salud sobre la promoción de un envejecimiento.

Es necesario instaurar en instituciones públicas y privadas, de forma generalizada, programas que permitan la toma de conciencia de necesidades y derechos, así como de los potenciales y recursos disponibles para su manejo.

De hecho, son cada vez son más las entidades y organismos que exponen la necesidad de transmitir actitudes, conocimientos y habilidades específicas para promocionar un envejecimiento activo. Se resalta el material editado, por La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología y la Obra Social de Caja Madrid, "Aprender a Envejecer. Prevención de la Dependencia". Este material divulgativo de carácter interdisciplinar enfatiza la importancia de las actitudes y pauta recomendaciones comportamentales específicas que ayudan a instaurar y consolidar prácticas saludables de estimulación física y mental, prevención de cuadros depresivos, planificación del tiempo y relación social, entre otros. Se remite al lector <http://www.obrasocialcajamadrid.es/ObraSocial> para revisar los contenidos de dicho programa.

Esta ficha ha centrado su discurso en actuaciones dirigidas a la población mayor, siendo igual de relevante el papel que cumple el psicólogo en el ámbito de promoción de un envejecimiento activo, trabajando en otros momentos del ciclo vital a través del desarrollo de hábitos conductuales y habilidades emocionales, por ejemplo en el ámbito escolar y de trabajo. Jugando estas habilidades, la función de factores de protección que evidenciaran sus beneficios de forma más clara en edades avanzadas.

En conclusión este en esta ficha se ha querido enfatizar el papel del psicólogo como asesor, educador y agente social, en un contexto de promoción de la salud. Para ello se ha expuesto, que sus funciones se centran en estimular funciones cognitivas, habilidades emocionales y recursos sociales, dirigidos a que la persona mayor desarrolle su papel como "protagonista y agente social" dentro del entramado comunitario del que forma parte.

Referencias bibliográficas

- Baltes, P.B., Baltes, M.M. (1990): Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. En P.B. Baltes y M.M. Baltes (editors), *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fernández- Ballesteros (2002): Envejecer bien. ¿Qué es y cómo lograrlo?, en R. Fernández-Ballesteros: *Vivir con Vitalidad*. Ed. Pirámide.
- Fernández- Ballesteros (2002b): *Vivir con Vitalidad* (colección). Ed. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R.; Caprara, M. y García, F.L. (2004), *Vivir con vitalidad: un programa europeo multimedia*. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 63-84.
- Fernández-Ballesteros, R.; Caprara, M. y García, F.L. (2005), *Vivir con vitalidad: An European multimedia programme*. *Psychology in Spain*, 9, 1-12.
- Fernández-Ballesteros, R.; Caprara, M.; García, L.F. y Iñiguez, J. (2005b), Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa "Vivir con vitalidad". *Revista de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 92-102.
- Santamaría, J.L. (2004): Rol del psicólogo en Gerontología. El psicólogo en el proceso de envejecimiento. *Vejez y Calidad de Vida*. <http://www.copbizkaia.org/descargas/9feb04.doc>

Tabla 4

Contenidos del programa "Vivir con Vitalidad" organizados por volúmenes de contenidos en su edición en formato libros divulgativos (Fernández-Ballesteros, 2002b)

Vivir con Vitalidad I. Envejecer bien. ¿Qué es y cómo lograrlo?: Este volumen profundiza sobre: el concepto de salud y comportamiento; tipos de dificultades que limitan el cambio y pautas de manejo de las mismas; relevancia de los planes de vida a medio y largo plazo; pensamiento positivo y autoestima.

Vivir con Vitalidad II. Cuide su cuerpo: Expone prácticas saludables sobre los temas de: ejercicio físico; nutrición; prevención de caídas; y el cuidado de la boca y de los pies.

Vivir con Vitalidad III. Cuide su mente: Trata sobre la memoria y los cambios en su funcionamiento vinculados al proceso de envejecimiento; estimulación de la memoria y de otros procesos mentales como la atención y razonamiento.

Vivir con Vitalidad IV. Envejecer con los demás: Profundiza en las relaciones humanas y la ocupación activa; relaciones íntimas y sexualidad; la persona mayor como agente social; la relevancia de la actividad o la planificación del ocio tras la jubilación.

Vivir con Vitalidad V. ...cuando ocurre lo inevitable: Finalmente este volumen da pautas para la prevención y manejo de: la tristeza, el estrés y problemas con el sueño entre otros.

Ficha 2.

ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL CONTEXTO DE LA GERONTOLOGÍA: CUANDO EL MOTIVO DE CONSULTA ES LA TOMA DE DECISIONES EN EL MANEJO DE CAMBIOS VITALES

El documento base de este módulo docente se ha centrado, por una parte, en analizar las variables de corte psicológico (habilidades de afrontamiento y percepción de control, entre otras) que facilitan un proceso de envejecimiento activo. Por otra parte, la ficha 1 ha presentado programas de difusión de la salud, desde un enfoque bio-psico-social, dirigidos a potenciar las habilidades y recursos que integran estas variables psicológicas que muestra la investigación. En la presentación de estos programas, se ha enfatizado el papel del psicólogo como asesor, educador y agente social.

Esta ficha 2, se centra en el papel del psicólogo como asesor en el contexto de problemas ligados a cambios impactantes en la vida del individuo (en este caso en la etapa de la vejez) como pueden ser la muerte de un ser querido y la jubilación, entre otros. El objetivo, en este contexto de asesoramiento y consejo psicológico individualizado, será potenciar habilidades de afrontamiento acordes a la situación objeto de demanda, en la misma línea de habilidades expuestas en todo este módulo.

1. Objetivos del asesoramiento psicogerontológico.

Fernández-Ballesteros y Froján (2000) definen el concepto de asesoramiento, como “un proceso eminentemente activo, en el cual cliente y profesional colaboran en la resolución del o los problemas planteados, mediante la reformulación, planteamiento de soluciones, valoración de las mismas y toma de decisiones”.

Más específicamente “asesoramiento o consejo gerontológico se basa, en buena medida, en los desarrollos que procedentes de la psicología y, más concretamente, de la psicología conductual, se han aplicado para ayudar a personas mayores y/o a sus familiares a tomar decisiones y resolver problemas” (Patterson, 1990; fuente Fernández-Ballesteros y Froján, 2000). También “el encuentro entre un profesional de la gerontología y una persona mayor (o grupo relacionado con una persona mayor) que recaban orientación, ayuda o consejo” (O’Leary, 1986; fuente Fernández-Ballesteros y Froján, 2000).

Este consejo o ayuda para la solución de problemas se lleva a cabo en función de las siguientes consideraciones metodológicas que dan sentido específico a esta práctica psicológica:

- Se lleva a cabo en un contexto que favorece la toma de decisiones y solución de problemas por parte de la persona que consulta. El asesor o consultor actúa de “guía” para la solución de problemas.
- Parte de los recursos ya existentes. Como diría Barreto y cols (1997), citando a Rogers (1973) sigue siendo válido el planteamiento de este autor que expresa que “el individuo tiene dentro de sí mismo recursos suficientes como para cambiar el curso de su vida, y que estos recursos pueden ser movilizados suponiendo que exista el clima adecuado”. El cuadro 1.1. muestra los aspectos sobre los que se basa la potenciación de recursos (Costa y López, 2003).
- Es un proceso interactivo (Barreto y cols., 1997).
- Es un medio y no un fin en sí mismo – (Barreto, y cols.,

Cuadro 1.1.
10 vectores de Potenciación de recursos
(fuente - Costa y López, 2003)

1. Potenciar es identificar, reconocer y promover el valor de la biografía personal.
2. Potenciar es identificar, reconocer las competencias y logros alcanzados.
3. Potenciar es identificar, promover y utilizar los recursos, las oportunidades y los factores de protección que hay en los contextos del entorno.
4. Potenciar es mostrar sensibilidad, apoyo y aceptación ante las experiencias adversas y ante el impacto emocional que tienen.
5. Potenciar es alentar la esperanza.
6. Potenciar es promover y apoyar el compromiso con la acción.
7. Potenciar es promover, facilitar y apoyar los cambios en los contextos.
8. Potenciar es promover, facilitar y apoyar experiencias de autoeficacia y de control.
9. Potenciar es fortalecer la autoimagen y la autoestima.
10. Potenciar es promover, facilitar y apoyar la independencia y la autonomía.

- 1997). Hace énfasis en la metodología, en “el cómo” - Utiliza la pregunta y no la aseveración
- El sujeto lleva a cabo un cambio mediante procesos de comprensión y conocimiento de sí mismo y de su situación. Hace énfasis en la importancia de conocerse a sí mismo.
- Promueve la competencia y la independencia personal

Se podría resumir, tal y como establece Costa y López (2003) que el asesoramiento o consejo estaría a medio camino entre la educación y la terapia psicológica. No en vano en su proceso confluyen los elementos de transmisión de información, resolución de problemas y habilidades de afrontamiento (Fernández-Ballesteros y Froján, 2000).

2. Situaciones objeto de demanda en el contexto de asesoramiento psicogerontológico.

Situaciones objeto de demanda común en el ámbito gerontológico pueden ser las presentadas en el cuadro 2.1. (tomado de López, en prensa).

Dentro de estos contextos de demanda centrados en la persona mayor y en la familia, esta ficha 2 expone situaciones donde el demandante es la propia persona mayor y el objeto de demanda de está vinculado a la toma de decisiones y manejo de cambios vitales. La relevancia de centrarse en este tema es debido a que, sin duda alguna, la vejez implica la confluencia de una serie de circunstancias vitales que pueden hacer necesario el asesoramiento. Centrando por lo tanto la exposición en este punto, los motivos de consulta podrían ser relativos a una situación de pérdida del cónyuge, cambio de domicilio, jubilación o diagnóstico de un problema de salud que exige cambio de hábitos. A continuación se analizan los recursos a potenciar en el contexto de asesoramiento para cada ejemplo:

- Pérdida del cónyuge: Esta situación, impactante en la vida de una persona, en muchos casos no solo supone el afrontamiento a la pérdida del vínculo con la otra persona, también puede suponer un cambio de hábitos a todos los niveles (ocupaciones, estilos de vida, etc.). En los casos que lo requieran, el asesoramiento se centra en la potenciación y desarrollo de habilidades de planificación y gestión de tiempo, así como la facilitación al acceso de recursos comunitarios para la apertura de relaciones y prevención de situaciones de soledad (ejemplos de estos recursos pueden ser: asociaciones de viudas y otras asociaciones culturales y sociales, dirigidas a proveer de apoyo emocional y posibilitar una ocupación activa).
- Cambio de domicilio: En este caso el asesoramiento puede tener lugar antes de la toma de decisión, tanto para valorar un cambio de domicilio o un posible ingreso en un centro residencial. El primero de los casos puede tener lugar con el fin de buscar una vivienda más acorde con nuevas necesidades de espacio y accesibilidad y en el segundo, con el fin de recibir una atención acorde a las dificultades en el desenvolvimiento en actividades de la vida diaria. El análisis de esta situación desde una perspectiva de solución de problemas puede contribuir a desarrollar un plan de acción realista y adaptado a las necesidades de la persona.
- Jubilación: La jubilación es una situación impactante en la vida de una persona porque significa un cambio en la estructuración del tiempo y la necesidad de establecimiento de nuevos proyectos vitales. El asesoramiento puede contribuir a remotivar al individuo (en caso necesario) y a fomentar una actitud aperturista, curiosa y creativa para el establecimiento de alternativas de ocupación desde una perspectiva de estimulación integral de capacidades físicas, mentales e interacción social.
- Cambio de hábitos asociados a diagnósticos de salud: La necesidad de seguimiento de prescripciones y recomendaciones pautadas en el ámbito médico y de rehabilitación son comunes en la vejez y suponen en muchos casos, cambios importantes con respecto al estilo de vida previo (por ejemplo la necesidad de realizar ejercicio o reducción en la ingesta de ciertos nutrientes, etc). Estas circunstancias exigen el desarrollo de nuevos repertorios conductuales. El objetivo de asesoramiento en estos casos, es entrenar en habilidades de autocontrol para la planificación y seguimiento de programas de salud ajustados a cada caso con el fin último de mantener y/o mejorar el nivel de funcionamiento previo.

En este ficha 2, por tanto, se ha querido enfatizar el im-

| Cuadro 2.1. Situaciones representativas de demanda en el contexto de asesoramiento gerontológico en función de su origen (López, en prensa). |
|--|
| <p>1. Cuando el demandante es la propia persona mayor</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toma de decisiones y manejo de cambios vitales (jubilación, cambio de domicilio, duelo...). - Adaptación a los cambios en las relaciones (familia, el rol de abuelo, cambios en las relaciones sexuales, problemas de salud, soledad...). - Valoración y optimización del rendimiento en memoria. |
| <p>2. Cuando el demandante es la familia (cuidadores de personas mayores diagnosticadas de demencia u otros trastornos o enfermedades graves).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de situaciones difíciles en la interacción con la persona mayor objeto de cuidados. - Habilidades personales para el manejo personal de la situación de cuidados (planificación y práctica de nuevos hábitos). |

portante papel que puede tener el psicólogo en la transmisión de habilidades y recursos personales, necesarios en el manejo de cambios vitales vinculados a la vejez. Todo ello desde un contexto de asesoramiento individualizado y también desde una perspectiva de prevención de la dependencia.

Paso previo a la solicitud de ayuda, en estos casos puntuales, es que la persona mayor sea consciente de dicha necesidad. Trabajar desde este contexto de envejecimiento activo supondrá, con el tiempo, que no se enfoque sólo la necesidad de ayuda psicológica ante la presencia de cuadros patológicos, sino a considerarla en un contexto de facilitación de potenciales y promoción de bienestar.

Referencias bibliográficas

Barreto, P., Arranz, P., Molero, M. (1997): *Counselling: Instrumento Fundamental en la Relación de Ayuda*, en C. Martorell, González R. (ed.). Síntesis Psicología

Costa, M., López E. (2003): *Consejo Psicológico*. Ed. Síntesis

Fernández-Ballesteros, R., Froján, M.X. (2000): Asesoramiento Gerontológico, en R. Fernandez-Ballesteros (dir); *Gerontología Social*. Ed Pirámide

López, M.D. (en prensa): Asesoramiento Gerontológico. En R. Fernández-Ballesteros (dir): *Psicogerontología Aplicada. Evaluación e Intervención Psicológica con Personas Mayores*. Ed. Pirámide