

CAPÍTULO 3



POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LA EDAD



Dra. D.^a Rocío Fernández-Ballesteros

Universidad Autónoma de Madrid

Catedrática Emérita

La edad es la variable explicativa, el *leitmotiv* de esta obra que trata sobre las personas mayores y el envejecimiento. La edad referida a un objeto, persona, contexto o circunstancia, implica el paso del tiempo físico y cuenta con una medida objetiva (365 días, de 24 horas, con 60 segundos, etc.); así, las personas mayores son un grupo de edad y el envejecimiento es el proceso a través del cual se envejece o, en otras palabras, implica el paso del tiempo por el individuo.

Sin embargo, para denominar este proceso, no existe en español una palabra derivada de la edad (como existe en portugués o en inglés), como lo sería «*edadmiento*», sino que, a pesar de ser la edad la variable que es concurrente o explica la vejez y el envejecimiento (como proceso de envejecer) ambos términos no cuentan con una etimología relativa a la edad y, es más, la vejez hace referencia, según la Real Academia Española de la Lengua, «al período último de decadencia fisiológica en la vida de los organismos» de clara connotación negativa. Nótese que la RAE parece reducir la vejez a una condición exclusivamente biológica que implica «decadencia» y, en verdad, los autores sostienen que a lo largo de la edad, el envejecimiento biológico conlleva una pérdida de eficiencia de nuestros distintos sistemas biológicos (por ejemplo, ver Pankow y Solotorov, 2007). Pero, además, tanto el proceso de envejecer como la vejez, como estado o período, ha de ser considerada no sólo desde una perspectiva biológica sino *bio-psico-social*. En definitiva, cualquier consideración sobre el envejecimiento, la vejez o las personas mayores habrá de considerar los aspectos bio-psico-sociales de ese proceso, estado o grupo de edad y no sólo condiciones biológicas.

El mecanismo de generalización que ocurre, desde un componente semántico tan dramáticamente negativo como el que implica el término «vejez», lleva a extender el componente fisiológico (o biológico) ligado a la edad a las restantes condiciones del proceso humano de envejecer. Ese mecanismo no sólo impregna todos los derivados semánticos de vejez sino que determina que su antónimo «joven», «juventud» maxime valorativamente su positividad. En definitiva, «joven» y «viejo» son dos períodos, estadios o edades de la vida que son paralelamente equiparadas a dos polos de una misma dimensión evaluativa: respecti-

vamente, lo «bueno» y lo «malo». Estas categorías valorativas impregnan de significado los términos de edad de tal forma que una persona de 70 años puede decir «me siento joven» como forma de expresar, simplemente «me siento bien».

Este componente valorativo atribuido a la vejez es por lo que el término ha caído en desuso para denominar a un determinado grupo de edad y se ha tratado de utilizar términos con un menor componente valorativo. Así, en los años setenta y ochenta se utilizó el término «tercera edad» para denominar a las personas mayores de sesenta y cinco años y a partir de los noventa se pasó a una denominación comparativa de «personas mayores», que en otros países y lenguas ha pasado a «adultos mayores» o «personas de edad».

En todo caso, el período o estado de vejez, como más tarde veremos en este capítulo, tiene una muy larga duración y una enorme variabilidad y aunque considerásemos los 65 años (edad de jubilación más común en España) como la demarcación de la vejez (que no del envejecimiento que, como veremos, se inicia mucho antes) y se denomine «persona mayor» a la que pasa de esa edad, existen múltiples clasificaciones que tratan de agrupar, y a veces fusionar, distintas formas de envejecer (por ejemplo, «viejos-jóvenes», «viejos-viejos», vejez «patológica», «usual» o «con éxito», etc.) que, en una medida u otra, suelen coincidir con distintas edades.

En definitiva, teniendo en cuenta que la esperanza de vida está en torno a 80 años y que la máxima edad de nuestra especie se cifra en torno a los 115, desde los 65 años podríamos contar, aproximadamente, 50 años de potencial período de «vejez». Por tanto, tendríamos que convenir que la situación o período de edad, potencialmente, más prolongado sería el de vejez, en comparación con la infancia, la adolescencia y la vida adulta. En definitiva, la vida se alarga cada vez más pero, lamentablemente, no se modifican los marcadores sociales del acceso a la consideración de «mayor», «de edad», «viejo» (la edad de jubilación permanece constante aunque se haya doblado la esperanza de vida (Fernández-Ballesteros y Díez-Nicolás, 2008).

Por todo ello, teniendo en cuenta que la variabilidad interindividual se incrementa a lo largo de la vida, no tiene nada de particular que ese largo período conlleve una máxima diversidad al final de la vida. Ello se aprecia en lo que más tarde veremos sobre distintas formas de envejecer o distintos subgrupos de personas mayores.

En definitiva, el proceso del ciclo de la vida (el paso de la edad) conlleva, necesariamente, cambio. Así, una vez llegado al máximo nivel de desarrollo bio-psico-social —aun considerando que los procesos

bio-psico-sociales (en sus distintos subsistemas) llegan a su máximo desarrollo en distintos momentos de la vida y, por tanto, a edades distintas— cabría preguntarse: ¿cuál es el balance entre cambio y estabilidad a lo largo de la vida?, ¿en qué medida se producen cambios negativos?, o, incluso, ¿es posible, también, el cambio positivo entrada la vejez? O, en otros términos, cuáles serían las condiciones limitantes o negativas que conlleva la edad, así como si existen posibilidades de crecimiento o cambio positivo también.

Como se pondrá de relieve más adelante, puede afirmarse que las *limitaciones* que conlleva el envejecimiento humano emanan (de igual manera que sus potencialidades y recursos) del hecho de ser un organismo vivo que una vez alcanzado su máximo desarrollo biológico (hacia los veinte años de edad cronológica), poco a poco, se tornan menos eficientes sus subsistemas somatosensoriales produciéndose un declive progresivo de sus características físicas tales como su elasticidad cutánea, la fuerza muscular, la agudeza visual y auditiva, etc. Todas ellas, como señala Fries (1989), son características no modificables propias del proceso de envejecimiento, siendo todas ellas producto de la edad por lo que forman parte de lo que los autores han considerado envejecimiento primario.

Pero el envejecimiento es un fenómeno multidimensional *bio-psico-social* y, por tanto, cabe preguntarse si el declive biológico ocurre paralelamente e isomórficamente a un declive en el funcionamiento psico-social del individuo. *En parte*, el envejecimiento biofísico es la base del envejecimiento psico-social y, por tanto, éste transcurre paralelamente a aquél; así el funcionamiento cognitivo fluido que evaluamos mediante pruebas de coordinación viso-motriz o memoria de trabajo cursa en estrecho paralelismo al funcionamiento neurobiológico, mientras que el funcionamiento de la personalidad, de la afectividad o de las relaciones interpersonales no presenta ese mismo perfil e, incluso, puede presentar tendencias de cambio positivo asociadas a la edad. En el gráfico 39 se presentan patrones de declive y estabilidad procedentes de un estudio transversal sobre envejecimiento realizado con europeos entre los 30 y los 85 años; así, mientras las medidas físicas de fuerza, rapidez, la capacidad pulmonar, la memoria de trabajo y la coordinación psicomotriz están asociadas a la edad en patrones de declive, las variables de personalidad, afectivas y las redes sociales familiares presentan un patrón de estabilidad notable (Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger et al., 2004).

Pero queda por saber si la edad ejerce efectos positivos sobre algunas de las características del individuo y su funcionamiento. Es ya clásico el es-

tudio realizado por Heckhausen y Schultz (1995, ver también, Heckhausen et al., 2005) en el que se indagaba sobre las características humanas que muestran crecimiento, estabilidad o declive desde los 20 (edad teórica de máximo desarrollo) a los 90 años. Estos autores encontraron que se produce ganancia, pérdida y estabilidad a todo lo largo de la vida con perfiles más acusados de crecimiento en los primeros años de la vida adulta, de estabilidad a lo largo de ésta y de más alto declive en las últimas décadas de la vida. En definitiva, como señalan Baltes, Freund y Li (2005) el estudio de la vejez y el envejecimiento ha ido evolucionando desde una concepción del envejecimiento en términos de declive y deterioro a la consideración del envejecimiento como una dinámica entre desarrollo (ganancias), estabilidad y declive (pérdidas).

Pero ¿cuál es el peso de la genética y del ambiente en el proceso de envejecimiento? Según Kirkwood (2005), la longevidad y sus formas parecen estar explicadas en un 25% por factores genéticos mientras que el 75% lo están por las condiciones socio-comportamentales. De forma tal que aunque las limitaciones del envejecimiento y la vejez proceden de nuestra biología, existe un amplio margen para el cambio y la actuación ambiental y, éstas explican una importante parte de las formas de envejecer desde un envejecimiento activo y positivo a un envejecimiento con enfermedad, dependencia y sufrimiento.

Tres son las fuentes de conocimiento sobre la importancia de los factores socio-ambientales y comportamentales en el envejecimiento y la vejez. A) En primer lugar, sabemos que a lo largo del proceso de envejecimiento —tanto histórica como intraindividualmente— se producen millones de interacciones entre el organismo (en su sentido biológico) y el *ambiente*, de forma tal que el organismo es *troquelado* por él e, incluso, éste cobra cada vez mayor importancia a lo largo de la vida (Baltes et al., 2005). B. Ello no sólo ocurre en cada individuo sino que ocurre en la especie y tenemos pruebas de ello en la historia de la humanidad e, incluso, como señala Schaie (2005 a y b), tenemos constatación empírica de ello a lo largo del siglo XX, habiéndose constatado que las generaciones más jóvenes siempre han obtenido resultados comportamentales más altos que las más antiguas. C) Finalmente, como señala Bandura (1986), sabemos que el individuo no es un ente pasivo gobernado por una biología limitadora y un contexto socio-cultural tiránico sino que es *agente de su propio proceso evolutivo y de envejecimiento*.

Hasta aquí hemos resaltado el balance entre limitaciones —que esencialmente imprime nuestra condición de organismos vivos— y posibilidades que parecen emerger de las miles de interacciones de los

organismos y contextos socio-culturales que —tanto a lo largo de la filogénesis como de la ontogénesis— parecen haber generado extraordinarios niveles de desarrollo en la especie (doblando la esperanza de vida en un siglo) y en el individuo (logrando que muchos individuos lleguen a edades avanzadas en buenas condiciones físicas, psicológicas y sociales). ¿Cuál sería el mecanismo explicativo del cambio descrito? Los autores parecen estar de acuerdo en que es la plasticidad (y la capacidad de adaptación que ella implica) la propiedad esencial del organismo humano en ese progreso esencial de adaptación.

No cabe duda de que la *plasticidad* es una propiedad biológica esencial del ser humano que en términos sencillos postula la capacidad de nuestros sistemas biológicos de regeneración. Pero la plasticidad biológica cuenta con un correlato comportamental, concretamente, la plasticidad cognitiva reside, isomórficamente, en nuestro sistema nervioso central y fue ya establecida por Cajal (para una revisión ver: Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Tárraga y Calero, 2007). En términos sencillos, la plasticidad cognitiva puede ser definida como la capacidad de modificabilidad del individuo o, en otros términos, su capacidad de aprendizaje, de beneficiarse de la experiencia. Desde un punto de vista metodológico, la investigación sobre la plasticidad y reserva cognitiva está basada en diseños experimentales que adoptan el formato test-entrenamiento-postest.

Más adelante, a lo largo del capítulo, se presentan distintas investigaciones al respecto; en resumen, múltiples equipos de investigación han trabajado con este paradigma obteniendo resultados muy consistentes entre sí (Baltes et al. 1988, 1989; Fernández-Ballesteros y Calero, 1996; para una revisión ver Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Tárraga y Calero, 2007). Como ejemplo de estos resultados, en el Gráfico 40 se presentan las curvas de aprendizaje procedentes de diversos proyectos de investigación sobre plasticidad cognitiva en los que han participado personas saludables con distintos rangos de edad: 55-64, 65-74, 75-89 y con más de 90 años. Podemos afirmar que las *posibilidades* de aprendizaje se dan a todo lo largo de la vida aunque esas posibilidades declinan como una *limitación* asociada a la edad, ésta explica una menor parte de la varianza que la patología al tratar de explicar las diferencias existentes entre personas normales y aquellas con enfermedad de Alzheimer.

Cabe preguntarse ¿existiría también «ganancia» o cambio positivo o aprendizaje en las áreas emocionales y motivacionales del funcionamiento humano? O, en otros términos, a lo largo de la vida, amén de la plasticidad cognitiva y física ¿existe prueba de una plasticidad emo-

cional-motivacional? La respuesta es sin duda afirmativa, la plasticidad comportamental no se ve agotada por la plasticidad cognitiva sino que abarca otras dimensiones afectivas, motivacionales y de la personalidad. Aunque la mayor parte de tratados sobre gerontología se han dedicado con más interés al funcionamiento cognitivo en la vejez, en las últimas décadas se han comenzado a precisar los cambios positivos que con la edad se producen también en el área emocional-motivacional (Carstensen, Mikeles y Mather, 2006), o en otras habilidades de enfrentamiento ante situaciones de estrés o, incluso, algunos aspectos de personalidad, en el interjuego entre las condiciones cognitivas y emocionales.

Los resultados de este programa de investigación, que se presenta más adelante, ponen de relieve que a lo largo de la vida se produce una mayor regulación y control emocional. Incluso, algunos autores definen el *efecto de positividad* (Carstensen et al., 2005) como un patrón evolutivo por el cual la preferencia por un material negativo en la información procesada por los jóvenes va cambiando a lo largo de la vida adulta por una preferencia (¿excesiva y/o infundada?) por lo positivo en la vejez. Ello ha sido contrastado mediante múltiples tareas experimentales. ¿Cómo explicar esos recursos positivos que aparecen en la vejez?; como trataremos de especificar más adelante —y ha sido defendido desde distintos enfoques y teorías— a lo largo del ciclo de la vida el sistema emocional va cambiando facilitando *respuestas para una mejor adaptación* (incluyendo la regulación emocional), de cara a la supervivencia y el ajuste del individuo al medio y a sus propios cambios (Fredrickson, 2001; Magai et al., 2006), que se infieren como mecanismos de *enfrentamiento*, en parte, adaptativos (Laboubie-Vief et al., 1987; 2005).

En resumen, las *limitaciones* del organismo humano a lo largo del proceso de envejecimiento proceden de su estructura biológica, que se torna con la edad menos eficiente; pero, al mismo tiempo, dado lo incompleto de estas mismas estructuras y de su plasticidad, las condiciones socio-culturales y ambientales, en el caso de ser optimizadoras o compensadoras de los recursos del individuo son, precisamente, las condiciones para el cambio positivo siendo la plasticidad el mecanismo bio-comportamental clave y la variabilidad en el funcionamiento psicológico en la vejez la expresión de ello.

Se ha dicho anteriormente (y es un postulado de esta obra) que el envejecimiento es un proceso que dura mientras dura la vida. Se ha dicho, también, que existe una extraordinaria variabilidad en las formas de envejecer; es decir, que los seres humanos envejecen de distintas maneras en función de sus interacciones con el contexto socio-cultural en el que viven. Pero, como se resaltaré más adelante, esas formas de envejecer no

ocurren al azar, ni siquiera son exclusiva responsabilidad del organismo en su sentido biológico ni del ambiente y sus estímulos físicos y sociales sino de las transacciones que ocurren entre todos esos factores dado que el individuo es un agente activo en su propio proceso de envejecimiento. En el Gráfico 45 se presenta un modelo de envejecimiento desde el que se trata de integrar distintas dimensiones y niveles relevantes a lo largo del proceso de envejecimiento y que, por tanto, trata de explicar distintas formas de envejecer (Fernández-Ballesteros, 2002, 2009). Así, desde este esquema temporal se trata de organizar los determinantes hipotéticos del envejecimiento a lo largo del ciclo de la vida que integran posibles factores determinantes, operadores de transacciones, que dan como resultado, en un momento concreto, la forma específica de envejecer de un individuo dado. De todos estos factores, más adelante, se ofrecen varios ejemplos con el objeto de ilustrar este complejo modelo en sus elementos constitutivos.

En definitiva, se trata de condensar en una figura los elementos interactivos que se suceden a lo largo de la vida entre el organismo, las condiciones socio-ambientales cambiantes, y la propia persona y sus repertorios comportamentales. Como señalaremos más adelante, dos derivaciones emergen de esta posición que podemos considerar como eminentemente transactiva entre las condiciones del ambiente y el individuo como agente de su propio proceso de envejecimiento.

No cabe duda (como así determina la OMS, 2002) que las condiciones físicas, de salud y sociales, culturales, socioeconómicas, determinan junto con aspectos bio-psico-sociales de los individuos, los procesos de envejecimiento (varios capítulos de esta obra versan sobre todos esos aspectos). Sin embargo, existe un escaso tratamiento de un conjunto de factores socio-culturales que suponen limitaciones para un envejecimiento activo: las imágenes sobre el envejecimiento y la vejez. El II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002), en su Dirección Prioritaria 3, en su Tema 4 señala que una visión positiva del envejecimiento es una parte esencial del Plan así como proclama la necesidad de combatir los estereotipos e imágenes negativas sobre la vejez. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1989, 2002) ha resaltado la importancia de estimular imágenes no-edadistas, entre los profesionales de la salud y cuidadores formales e informales de las personas mayores, asumiendo que estas imágenes mantienen un valor causal patogénico pudiéndose convertir en profecías que se autocumplen y atentando en forma sutil contra la calidad de vida de las personas mayores congregadas en servicios o centros (Fernández-Ballesteros, en prensa).

En la sección correspondiente de este capítulo se revisarán distintos estudios sobre estereotipos, actitudes y valoraciones sobre la edad. Los resultados con los que contamos permiten concluir que estas imágenes son esencialmente negativas ya que implican una sobregeneralización de condiciones negativas aplicables a la persona mayor al calificarla de «dependiente», «enferma», «triste» u «ociosa». Junto a ello, en otras condiciones aparecen, aunque en menor medida, calificaciones tales como con «experiencia» y «sabiduría» que implican una visión positiva de la vejez y el envejecimiento.

En resumen, cuando se utilizan distintos tipos de reactivos (positivos y negativos) con metodologías diferentes, los resultados sobre estereotipos y actitudes frente a las personas mayores pueden ser explicados desde dos perspectivas distintas; conceptualmente, y como ocurre en otros países, la imagen de las personas mayores produce sentimientos encontrados o, en otros términos, presenta dos caras (Cuddy, Norton y Fiske, 2005). Así, frente a una imagen de dependencia, enfermedad e incompetencia aparece otra de sabiduría, buen consejo, y experiencia. Esta visión dualista podría explicar comportamientos socialmente ambivalentes: mientras que una visión positivamente piadosa lleva al desarrollo de programas de atención y protección, otra llevaría a la exclusión social y la discriminación. También, esta visión polarizada, al menos en parte, podría depender del método utilizado: al emplear en la evaluación adjetivos bipolares aparece una visión más negativa (¿más en consonancia con lo que la gente siente?) que si se utilizan frases valorativas positivas de alta deseabilidad social.

En todo caso, los estereotipos negativos expresan la valoración cognitiva de las personas mayores que se manifestaría, también, en una condición prejuiciosa (emocional) de las personas mayores y, aún peor, podría manifestarse en comportamientos sociales discriminatorios. Más adelante, en el epígrafe correspondiente, ponemos de relieve que los estereotipos e imágenes negativas suponen una *amenaza* para el individuo porque se manifiestan en comportamientos *edadistas* en el propio individuo mayor, en sus allegados, cuidadores y en los profesionales que los atienden así como en el conjunto de la sociedad. Inevitablemente, la conclusión de este capítulo es que, en este punto, se requiere mucha mayor investigación que permita deslindar no sólo la imagen que la sociedad española tiene de las personas mayores sino, sobre todo, cuáles son sus efectos emocionales, comportamentales y de otra índole (legislativos, sanitarios, sociales, etc.).

ANÁLISIS SOBRE POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DE LA EDAD

La vejez es considerada una edad de la vida mientras que por envejecimiento entendemos el proceso de envejecer que, como pondremos de relieve más adelante, ocurre muy tempranamente y (tras la infancia y la adolescencia) transcurre a lo largo de la vida. Los aspectos connotativos del término «vejez» y sus derivados explican por qué al tratar de clasificar mediante una etiqueta verbal las distintas edades de la vida —además de la infancia, la adolescencia y la edad adulta— se han venido utilizando distintos términos. Los términos «vejez» o «envejecimiento» son las etiquetas verbales para referirse a las personas mayores. La valoración de los distintos términos tales como «viejo», «anciano», «tercera edad», «mayores» puede ser diferente. Según distintos estudios realizados en España, «viejo» es un término peyorativo; «anciano» es denominador de una persona muy mayor frágil; «tercera edad» se refiere a personas en situación de atención o de ocio y esparcimiento y, finalmente, «persona mayor» parece ser el más neutro y forma parte del vocabulario «políticamente correcto», siguiendo las recomendaciones de Naciones Unidas, con motivo de la celebración del Año Internacional un Mundo para todas las Edades.

En todo caso, la opinión sobre si la edad es o no importante como marcador para denominar a las «personas mayores», evoluciona con el tiempo: en una encuesta realizada por el CIS (2009), cuando se pregunta a qué edad se puede decir que una persona es mayor, un 17,3% de la muestra (representativa de población española mayor de 18 años) manifiestan que *no depende* de la edad, mientras que un 13% afirma que se refiere a personas después de los 60, un 25,3% los 65; un 28,7 los 70; un 9,3% los 75; y un 4,8% los 80 años. Así que, una mayoría de la población considera que la edad es el marcador para considerar a una persona mayor o, que se encuentra en el más alto segmento de edad. Sin embargo, también existen otras condiciones de la persona para ser denominada «mayor», como es su apariencia física (por ejemplo, arrugas, falta de flexibilidad), su estado psicológico (por ejemplo, lentitud, introversión) o, incluso, sociales (por ejemplo, estar jubilado). Si nos atenemos a los datos científicos bio-psico-sociales, no existe ninguna característica definitoria de la entrada en la categoría «mayor» a no ser que adoptemos un criterio socio-laboral, como la edad de jubilación.

De todas formas, aunque tomásemos un año concreto como marcador para la asignación al grupo de mayores, existe una amplia diversidad de los distintos grupos de mayores aun en función de la edad. Así, teniendo en cuenta la franja de años que abarca a las personas mayores y que va desde los 60/65 años (momento considerado como corte para la asignación al grupo «mayor») y la edad media de longevidad (para hombres y mujeres) 78-83 años, transcurren más de dos décadas y si tenemos en cuenta la expectativa máxima de vida de la especie humana en 100-115 años podemos decir que dentro del grupo de personas mayores existen muchos subgrupos que comprenderían (al menos teóricamente) más de cincuenta años.

Los investigadores han tratado de agrupar distintos subgrupos de mayores; Neugarten (1975) establece dos categorías, la de los jóvenes-viejos que abarcaría desde, aproximadamente, los 55 años a los 75 y la de los viejos-viejos que se situaría a partir de los 75 años. Riley (1988) amplía estos rangos de edad con una tercera categoría, la de los «muy viejos» en la que estarían agrupadas las personas a partir de los 85 años. (Nótese que, históricamente, los autores requieren de mayor número de categorías de edad para abarcar el amplio fenómeno de la vejez). A pesar de que estas subclasificaciones están realizadas con base en la edad cronológica, todas ellas adolecen de tener un soporte cultural, puesto que las edades demarcadoras no expresan criterios científicos definitorios, salvo relación con la enfermedad o la dependencia.

Más allá de la edad cronológica, los gerontólogos han buscado una *edad funcional* a través de la cual poder trabajar debidamente el proceso de envejecimiento y evaluar a las personas mayores a través de *biomarcadores* de longevidad (Evans y Rosenberg, 1991). En este mismo sentido, se ha tratado de hallar marcadores de envejecimiento psicológico proponiéndose la capacidad de aprendizaje, los tiempos de reacción y la rapidez motora como indicadores de envejecimiento positivo. También se ha intentado establecer el riesgo de muerte a través del cambio brusco en el funcionamiento intelectual (el fenómeno «drop-out», ver Berg et al. 2007). No obstante, como señala McClearn (1996), por el momento, ningún marcador de envejecimiento ha logrado cumplir las exigencias establecidas por la simple razón, argumenta el autor, de que no se ha llegado a establecer qué son, realmente, la vejez y el envejecimiento («age» y «aging»).

Paralelamente a las clasificaciones en torno a la edad cronológica antes mencionadas, con base en la edad funcional, se ha veni-

do distinguiendo entre la *tercera* y la *cuarta edad* (Baltes y Smith, 2003). Tercera edad hace referencia a las personas mayores que mantienen una funcionalidad óptima, es decir, buena salud y autonomía funcional, mientras que la *cuarta edad* estaría referida a aquel grupo de personas mayores que presentan una edad funcional con alto deterioro, mala salud, baja autonomía y amplio nivel de fragilidad. Sin embargo esta demarcación funcional es entendida como un solapamiento con la edad biológica, puesto que la probabilidad de mantener una buena salud y un buen funcionamiento físico es mayor entre los 65 y los 75 años, y la cuarta edad es más probable a partir de los 80. Este solapamiento o apareamiento entre edad y funcionalidad ha tratado de superarse separando conceptualmente la edad y la enfermedad y denominando al declive o déficit producidos por la edad *envejecimiento primario* y a las consecuencias o secuelas de la enfermedad *envejecimiento secundario* (Hayflick, 1994).

Pero, a pesar de todas estas clasificaciones, la variabilidad en las formas de envejecer es extraordinaria, por lo que cualquier clasificación dicotómica polarizaría excesivamente estas diversas formas de envejecer. Así, finalmente, la edad funcional está sirviendo para establecer una clasificación bio-psico-social muy al uso en nuestros días propuesta por Fries y Carpo (1981), Fries (1989) Rowe y Khan (1987), OMS (2002), Fernández-Ballesteros (1986). Esta clasificación distingue entre envejecimiento *patológico, normal y activo o positivo*. Lo más importante para nuestros fines —y, dado que existe un texto paralelo que versa sobre el envejecimiento patológico y la dependencia (Imsero, 2003)— es señalar que este capítulo focaliza la longevidad normal (usual) y activa y no abarca el envejecimiento que cursa con patología y dependencia.

En resumen, siguiendo los sabios consejos de Voltaire cuando recomendaba «definid los términos que empleáis», con este epígrafe se ha pretendido especificar el vocabulario que aquí se empleará así como resaltar que existen distintas formas de envejecimiento (primario y secundario), distintos subgrupos de personas mayores (con base en su edad cronológica o su edad funcional) lo cual expresa una amplia variabilidad interindividual por lo que resulta siempre difícil la posibilidad de generalización. En todo caso, a lo largo de este capítulo va a tratarse esencialmente del envejecimiento normal y activo y de los mayores con funcionalidad conservada.

A. LA BIOLOGÍA COMO BASE DEL DECLIVE INDIVIDUAL Y DEL DETERIORO PSICOSOCIAL

Desde una perspectiva biológica, el envejecimiento es un proceso que ocurre a todo lo largo del ciclo de la vida (y no sólo en la última etapa de la edad adulta). Hayflick (1994) define el envejecimiento actuarial como «la suma de los cambios biológicos o pérdidas funcionales que incrementan la probabilidad de muerte» (p. 63). Está claro que desde el nacimiento nos acercamos —día a día, minuto a minuto— a nuestra propia muerte por lo que, como señalan algunos autores, el envejecimiento debería ser computado retrospectivamente existiendo cambios previos a la muerte que resaltaremos más adelante. Conviene precisar que la muerte, como el nacimiento y el envejecimiento, son fenómenos naturales y que la adaptación a la vida lleva consigo, también, la aceptación de la muerte a través de mecanismos de enfrentamiento adaptativos.

Lo más importante aquí es señalar que, necesariamente, el envejecimiento (como la vida) está ligado a la supervivencia y a la muerte, y, por tanto, a la enfermedad. En este sentido, como se ha señalado anteriormente, conviene precisar con Hayflick (1994) que debe distinguirse entre un *envejecimiento primario* (envejecimiento normal) y un *envejecimiento secundario* ligado a la enfermedad. Nos interesa destacar el primario, y es el envejecimiento secundario vinculado a la enfermedad el «enemigo público número uno» del envejecimiento primario por cuanto suelen confundirse ambos. En otras palabras, la edad lleva consigo una mayor vulnerabilidad a la enfermedad y, por tanto, cualquier característica negativa a lo largo del proceso de envejecer puede ser entendida como una consecuencia de la edad cuando, en realidad, pudiera serlo de la enfermedad sobrevenida y ser producto del envejecimiento secundario (Pankow y Solotorov, 2007).

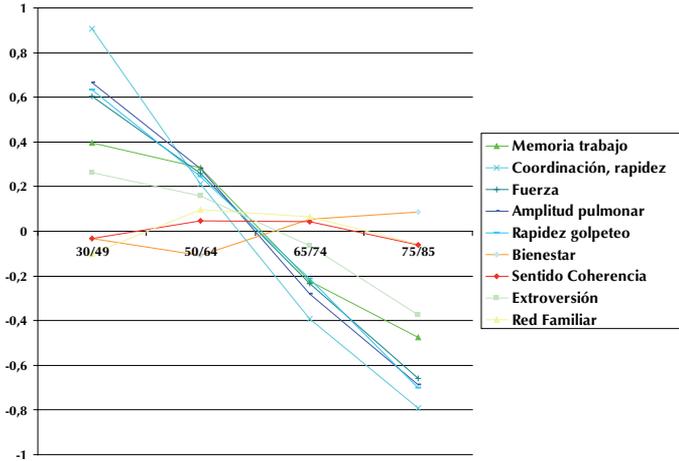
Desde una perspectiva biológica poblacional, Gompertz (1825), tras múltiples cálculos estadísticos, estableció hace casi dos siglos que la tasa de mortalidad se incrementa geométricamente a través del ciclo de la vida logrando demostrar, poblacionalmente, que la tasa de mortalidad se doblaba cada 8 años desde los 30 años. Se han establecido muy interesantes límites a las propuestas y aseveraciones de Gompertz, por ejemplo, Wickens (1998) demuestra que esos cálculos no se aplican a las personas mayores de 90 años tal vez por los procesos de selección que necesariamente ocurren en los muy mayores. No obstante, como es bien sabido, existen tablas actuariales, con intervalos probabilísti-

cos, que permiten precisar el porcentaje de supervivencia a través de un período de tiempo determinado ligado a indicadores demográficos. Como señalamos anteriormente, puede afirmarse que una de las *limitaciones* del envejecimiento está en una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad. Nuestros sistemas biológicos se tornan menos eficientes con la edad. De hecho, la enfermedad parece ser un elemento definitorio de la vejez para la población mayor española, como se pone de relieve en el Informe del Imsero de las personas mayores 2008, cerca del 40% de personas mayores de 65 años consideran que la entrada en la vejez es determinada por el deterioro de la salud. Por ello, cualquier política promotora de la salud y preventiva de la enfermedad a lo largo del ciclo de la vida sería una política positiva a favor del envejecimiento óptimo y activo y preventiva de la dependencia y, a la larga, positiva para las personas mayores de aquella generación diana de esas políticas.

Hay que resaltar que, una vez alcanzado el máximo desarrollo biológico (hacia los veinte años de edad cronológica) al mismo tiempo que nuestros sistemas biológicos se tornan menos eficientes, se produce un declive de nuestras características físicas —desde luego, a una tasa distinta dependiendo de cada función, de su ejercicio y del momento distinto del proceso de la edad— pero no son, necesariamente, debidas a la enfermedad. Así, por ejemplo, menor elasticidad cutánea, menor fuerza muscular, tiempos de reacción más prolongados, menor agudeza visual y auditiva son características propias del proceso de envejecimiento, siendo todas ellas producto de la edad, por lo que forman parte del proceso de envejecimiento primario.

Pero hemos señalado que el envejecimiento es un fenómeno multidimensional *bio-psico-social* y, por tanto, cabe preguntarse si el envejecimiento biológico, al que nos hemos venido refiriendo como un lento proceso de declive en una serie de características físicas, ocurre paralelamente e isomórficamente a un declive en el funcionamiento psicosocial del individuo. En parte, el envejecimiento biofísico es la base del envejecimiento psico-social y, por tanto, éste transcurre paralelamente a aquél. Por ejemplo, el funcionamiento cognitivo fluido que evaluamos mediante pruebas de coordinación viso-motriz o memoria de trabajo, cursa en estrecho paralelismo al funcionamiento neurobiológico. Sin embargo, el funcionamiento de la personalidad, de la afectividad o de las relaciones interpersonales no presenta ese mismo perfil e, incluso, puede presentar tendencias de cambio positivo asociadas a la edad.

Gráfico 39. Estabilidad y declive en características físicas, psicológicas y sociales en función de la edad en puntuaciones z (Fernández-Ballesteros et al., 2004).



Un ejemplo de entre cientos son los resultados que presentamos de distintas variables físicas (Gráfico 39) (fuerza, rapidez y capacidad pulmonar), cognitivas (memoria de trabajo y coordinación psicomotriz), afectivas (bienestar), de la personalidad (extroversión y coherencia) y sociales (relaciones familiares), del estudio transversal Excelsa realizado en siete países europeos con muestras seleccionadas por edad, sexo, educación y contexto rural-urbano y en la que participaron 672 personas (96 por país) de entre 30 y 85 años. Como podemos apreciar, mientras las medidas (presentadas en puntuaciones «z» y, por tanto, comparables entre sí) sobre inteligencia fluida (como memoria de trabajo evaluada con dígitos y coordinación psicomotriz, evaluada mediante dígito símbolo) presentan un patrón de declive en la misma línea que las medidas físicas de fuerza, rapidez y capacidad pulmonar (evaluada mediante un pickflow), las variables de personalidad, afectivas y familiares presentan un patrón de estabilidad notable.

Esto mismo ocurre con otras características más ampliamente sociales, en tanto en cuanto éstas estén regidas por normas que dependan de los valores y estructuras sociales que puedan ser modificadas bajo el imperio de la razón, el conocimiento y la voluntad política. Sin embargo, la influencia del envejecimiento biológico en la concepción social sobre la vejez es tan fuerte que, como veremos más tarde, determina las imágenes sobre el envejecimiento y los mayores e, incluso, en estructuras sociales como la jubilación.

En resumen, los patrones de declive biológico suponen un hándicap para todas aquellas manifestaciones humanas que se apoyan en ese

soporte, pero ello no necesariamente ocurre así en otras características psicosociales que presentan una alta estabilidad a lo largo del ciclo de la vida (una vez llegada a la madurez donde se ha consolidado, probablemente, el máximo desarrollo) o que puedan optimizarse en forma continua (como ocurre con la experiencia) o compensarse en caso de declive.

B. INTERACCIÓN DEL INDIVIDUO CON EL CONTEXTO SOCIO-CULTURAL: CAMBIO Y ESTABILIDAD A LO LARGO DE LA VIDA

Durante los últimos años se han producido importantes avances en la comprensión de las bases del envejecimiento, así como de su expresión en el comportamiento de los individuos. Como señala Kirkwood (2005), conocemos en qué medida los factores genéticos influyen en la longevidad, qué mecanismos celulares subyacen en el proceso de envejecimiento y qué factores ambientales, sociales y comportamentales modulan (incluso, determinan) las distintas trayectorias del individuo humano, desde el nacimiento hasta edades avanzadas de la vida. Pero, además, como señala este autor, si bien un 25% de la longevidad está explicado por factores genéticos, ello mantiene un amplio margen a la actuación individual y social sobre las formas de envejecer estimada en un 75%. Notamos también que, a lo largo del proceso de envejecimiento, la interacción entre el organismo (en su sentido biológico) y el ambiente, éste va cobrando una mayor importancia. Y, finalmente, sabemos que el individuo no es un ente pasivo gobernado por una biología limitadora y un contexto socio-cultural tiránico sino que es un agente de su propio proceso evolutivo y de envejecimiento.

Avances metodológicos en diseños de investigación, de proyecciones en el tiempo, y de utilización multimetódica nos han llevado también a evidenciar que existen cambios relevantes en la mayoría de los patrones físicos (estatura, velocidad, marcha, carrera) y psicológicos (cociente intelectual, razonamiento, coordinación psicomotriz) de los individuos a lo largo de la historia con datos fehacientes, al menos, desde el pasado siglo. Percibimos igualmente que las generaciones más jóvenes obtienen mejores resultados que las generaciones mayores y que, por tanto, el desarrollo humano y social está influyendo necesariamente en cambios generacionales que a su vez repercuten en cambios interindividuales (Schaie, 2005 a, b).

En definitiva, conocemos que las condiciones socio-ambientales y personales modulan los procesos biológicos y el desarrollo humano y social ha llevado a un rejuvenecimiento de las cohortes más jóvenes, por lo que los procesos sociales de asignación de funciones o los prejuicios que desencadena la discriminación en función de la edad deberían ser actualizados a la luz de la constante investigación científica.

Todo ello justifica el aserto de que la ciencia del envejecimiento, de la vejez y de las personas mayores, debe ser abordada desde una perspectiva bio-psico-sociocultural e histórica y que cualquier enfoque monodisciplinar o transversal reduce la comprensión y el análisis del fenómeno objeto de estudio: el envejecimiento y el conjunto de personas mayores. Por tanto, tenemos que tener en cuenta que si consideramos a las personas mayores como el grupo de edad mayor de 65 años que vive a finales de la primera década del siglo XXI en España, tenemos que dibujar o delimitar su historia social: precisamente, todos ellos han vivido una guerra civil y un largo período de aislamiento y carencia, muchos de ellos han sufrido épocas de hambre y carestía y han sido educados en un contexto socio-cultural en el que —en dependencia del estatus socio-económico de la familia— se han visto limitadas las condiciones de alimentación, de educación, de expresión social y política al mismo tiempo que se han generado valores de esfuerzo, tenacidad y eficacia colectiva (ver, por ejemplo, Díez Nicolás, 1999; Montero, Zamarrón y Fernández-Ballesteros, en prensa). Así, lo que aquí se dice es aplicable a las personas mayores que viven actualmente en España (y que proceden de un contexto sociohistórico específico) y cualquier generalización resultaría arriesgada.

Como señalan Baltes, Freund y Li (2005), la visión del envejecimiento y la vejez ha ido evolucionando desde una concepción del envejecimiento de declive y deterioro a la consideración del envejecimiento como una dinámica entre pérdidas y ganancias. En este sentido, es importante resaltar que la conocida arquitectura incompleta de la ontogénesis humana se incrementa con la edad dando paso al incremento en el peso de la cultura en la evolución del individuo, entendiendo por cultura «los recursos psicológicos, sociales, materiales y simbólicos (basados en conocimientos) que los seres humanos han desarrollado a través de los siglos y que son transmitidos de generación en generación y que hacen posible su desarrollo» (p. 50). Pero, además, a lo largo del proceso de desarrollo humano existe una localización de esos recursos en funciones distintas: mientras a lo largo de la vida adulta esos recursos se invierten en el mantenimiento y la optimización, durante la vejez se trata de regular y compensar las potenciales limitaciones y

cambios negativos tanto en las condiciones físicas y cognitivas como sociales.

La evaluación subjetiva actual, comparada con las expectativas del pasado sobre la vejez y otras personas mayores en la actualidad, entre la percepción de las limitaciones y las posibilidades que se perciben, produce que más de un 75% de las personas mayores se sientan «bastante o muy felices»: en una escala de 10 puntos, obtienen un 7,3 en satisfacción y aunque se habla de su nivel de satisfacción actual en comparación con la vida en general, obtengan una puntuación próxima a 7 (ver, Fernández-Ballesteros, 1992; Fernández-Ballesteros et al., 2009). Ello expresa que el individuo utiliza mecanismos de auto-regulación emocional, lo que lleva a un balance positivo en la vejez, lo cual se encuentra no sólo en España sino en prácticamente todos los países donde se examinan estos factores.

Resumiendo, gran parte de los autores aceptan que el envejecimiento (a lo largo del ciclo de la vida) es un proceso adaptativo a través del cual el individuo gestiona sus recursos personales y psicosociales y que, por tanto, depende de la interacción entre sus condiciones biológicas-psico-socio-culturales. Desde una perspectiva funcionalista, cualquier mecanismo socio-cultural que promueva la maximización de las posibilidades del individuo podrá ser considerado en el marco de una política laudable. En definitiva, la potenciación de esos recursos físicos, cognitivos, afectivos y sociales a lo largo del proceso de envejecimiento (es decir, a lo largo de la vida) será adaptativo para el individuo y para la especie.

Es ya clásico el estudio realizado por Heckhausen y colaboradores (2005, Heckhausen y Schultz, 1995) en el que se pedía a personas de distintas edades que indicaran qué características mostraban declive o crecimiento desde los 20 (edad teórica de máximo desarrollo) a los 90 años. En ese estudio se puso de relieve que, a lo largo de la vida, el cambio positivo, la ganancia o mejora, ocurre a todo lo largo de la vida pero que, asociado a la edad, puede esperarse un incremento en «pérdidas» junto a una reducción de las «ganancias». Así, por ejemplo, como hemos visto en el Gráfico 39, el funcionamiento intelectual fluido (aun en ausencia de enfermedad demencial) declina con la edad; sin embargo, al mismo tiempo, existe estabilidad en la mayor parte del funcionamiento de la personalidad, de la coherencia interna o de las relaciones sociales.

Heckhausen y colaboradores se interrogan sobre cuáles son los mecanismos para el cambio positivo y el desarrollo a lo largo de la vida (también en la vejez) así como dónde situar sus límites. La respuesta

procede de una línea de investigación extraordinariamente potente: la plasticidad. Como señalan los evolucionistas del desarrollo, y se ha puesto de relieve anteriormente, la extraordinaria plasticidad comportamental (no sólo cognitiva) emerge de lo incompleto del ser humano (como ocurre en otros mamíferos). Estudios comparativos ponen de relieve que una dilatada maduración produce la posibilidad de redefinir —a lo largo del ciclo de la vida— competencias físicas, cognitivas, socio-afectivas que permiten la supervivencia (Geary y Bjorklund, 2000). La plasticidad comportamental no se ve agotada por la plasticidad cognitiva sino que abarca otras dimensiones afectivas, motivacionales y de la personalidad. En realidad, la mayor parte de tratados sobre gerontología se han dedicado con más interés a la plasticidad cognitiva en la vejez que a otros aspectos del funcionamiento psicosocial del individuo. Es en las últimas décadas cuando se ha comenzado con mayor interés a precisar los cambios que se producen también en el área emocional-motivacional (ver, por ejemplo, Carstensen, Mikeles y Mather, 2006), o en otras habilidades de enfrentamiento ante situaciones de estrés o, incluso, algunos aspectos de personalidad —en el interjuego entre las condiciones cognitivas y emocionales— que parece se incrementan a lo largo de la vida y, concretamente en la vejez. Así, el programa de investigación de mayores repercusiones sobre lo que es el cambio positivo a lo largo del envejecimiento versa sobre plasticidad cognitiva y sobre otras formas de plasticidad del funcionamiento socio-afectivo.

Por *plasticidad cognitiva* (también denominada *potencial de aprendizaje* y *modificabilidad cognitiva*) se entiende la capacidad del individuo de beneficiarse de una situación de aprendizaje o, en otras palabras, de modificar su funcionamiento cognitivo tras un entrenamiento. La plasticidad cognitiva comprende como una de las expresiones de dos constructos neuropsicológicos: la *plasticidad neuronal* y la *reserva cerebral*. La neuroplasticidad es el principio básico de la capacidad de reserva cerebral y de la plasticidad cognitiva. La plasticidad cerebral o neuroplasticidad es considerada como una propiedad general del sistema nervioso central (SNC), y es definida como la capacidad a lo largo de la vida de cambio neurobiológico en respuesta a la experiencia o a la estimulación sensorial. La estimulación social y física, la escolarización, la carrera profesional, el entrenamiento a lo largo de la vida, y demás condiciones ambientales, son determinantes de esta capacidad de reserva (tanto de la reserva cognitiva como neural); como veremos en el epígrafe siguiente, la plasticidad a lo largo de la vida depende de factores meso y macro-contextuales. Además, la reserva cerebral

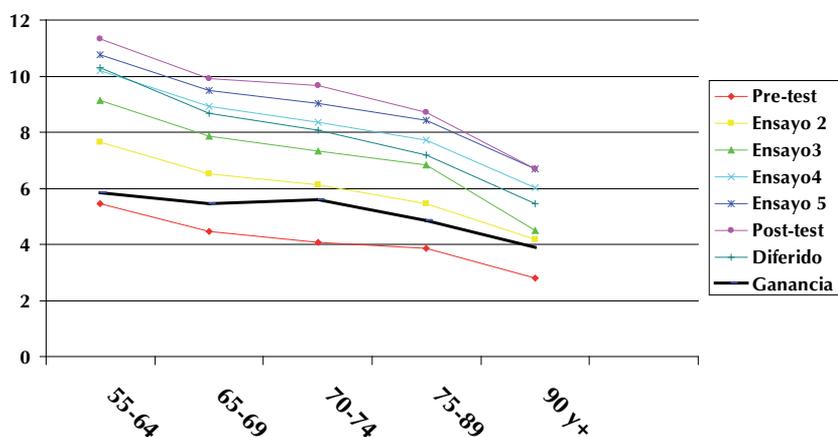
y cognitiva son, ambas, productos de las transacciones del individuo con las condiciones socio-ambientales y al mismo tiempo *fuentes* de los efectos positivos del funcionamiento cognitivo producidos mediante programas de intervención durante la vejez. En otras palabras, una amplia escolaridad y estimulación cultural intensa y prolongada determinarán en el individuo una amplia reserva cerebral y, también, a largo plazo, su capacidad de beneficiarse de programas de optimización o compensación cognitiva en edades avanzadas de la vida.

Desde un punto de vista metodológico, la investigación sobre la plasticidad y reserva cognitiva está basada en diseños experimentales que adoptan el formato test-entrenamiento-postest.

Como ejemplo de esta metodología, presentamos en el Gráfico 40 las curvas de aprendizaje procedentes de diversos proyectos de investigación (Estudio Elea, Imsero, I+D+I, 2006) sobre plasticidad cognitiva, en los que han participado personas saludables con distintos rangos de edad: 55-64, 65-74, 75-89 y con más de 90 años. En todos ellos se ha utilizado una prueba de potencial de aprendizaje de recuerdo de palabras procedente de la prueba *Batería de Evaluación de Potencial de Aprendizaje en Demencias (Bepad, Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Tárraga, Moya e Íñiguez 2003)*.

Como podemos apreciar, existe aprendizaje a todo lo largo de la vejez o, en otros términos, existe una amplia capacidad de modificación cognitiva, a través del entrenamiento.

Gráfico 40. Curvas de aprendizaje (plasticidad cognitiva a través de una tarea de aprendizaje de palabras) a distintas edades (Fernández-Ballesteros et al., en prensa).



Las personas mayores son capaces de aprender, durante los 4 ensayos de entrenamiento, en puntuación promedio, de entre aproximadamente 6 (el grupo de entre 55 y 64 años) a 4 palabras (en el grupo de 90 y más años). Un hallazgo notable es que la puntuación de ganancia (postest-pretest) no declina en los tres primeros grupos de edad (desde 55 años a 74). A partir de los 75 años esta puntuación disminuye significativamente, lo cual habla de limitaciones debidas a la edad aun en personas sanas.

También, hay que resaltar que existen diferencias individuales significativas en todos los pretest de plasticidad (oscilan entre un promedio de 5,46 en el grupo más joven a un 2,79 el grupo de mayores de 90) lo que confirma que a más edad existe una menor capacidad de aprendizaje verbal o, en otros términos, las personas de menor edad (55-64 años) parten de un recuerdo mayor que las personas mayores de 75. Sin embargo, a pesar de que los resultados procedentes del estudio Base (realizado con mayores de 70 años; Lindenberger et al., 1997; Lindenberger et al., 1999; Yang, Krampe y Baltes, 2006) establecen importantes declives en plasticidad en los muy mayores. Según nuestros datos, incluso los mayores de 90 años son capaces de aprender en un alto porcentaje tras el entrenamiento. Finalmente, hay que resaltar que existen amplias diferencias en plasticidad cognitiva entre las personas mayores sanas desde los 55 a los 100 y aquellas con la Enfermedad de Alzheimer o las diagnosticadas con Deterioro Cognitivo Leve (MCI). Esas diferencias también existen entre las mayores de 90 años sanas y las personas con patologías demenciales, esencialmente por lo que se refiere a la puntuación diferida que expresa un fenómeno de interferencia.

En conclusión, podemos afirmar que las *posibilidades* de aprendizaje se dan a todo lo largo de la vida aunque declinan como una *limitación* asociada a la edad. No obstante, conviene insistir en que un porcentaje alto de las personas muy mayores sigue pudiendo aprender. Ello es importante por cuanto estrategias de compensación del declive deben seguir administrándose a todo lo largo de la vida y, especialmente, en los muy mayores.

Sin embargo, parece también una conclusión con un amplio consenso, la capacidad de aprender no lleva consigo una nueva capacidad de emergencia tardía como, por ejemplo, se supone que ocurre con la *sabiduría*. Decimos esto porque en ocasiones se considera que las personas mayores son necesariamente sabias, lo cual no está contrastado con datos empíricos. En efecto, se suele razonar que si uno de los componentes de la sabiduría es la experiencia (lo cual es cierto) y la

experiencia está asociada a la edad, la persona con más experiencia/ edad será, necesariamente, más sabia. Esa afirmación es incierta dado que, además de la experiencia, se requiere un recurso intermedio: el aprender de ella y estar motivado para transmitir ese conocimiento.

La sabiduría ha comenzado a ser un constructo científico en las últimas dos décadas del siglo XX, lo cual quiere decir que tenemos un conocimiento incompleto pero, lo que sí sabemos es que la edad no explica la sabiduría (ya lo decía Epicuro cuando se atrevió a señalar «podrá ser sabio tanto el joven como el viejo...») como así han puesto de relieve Baltes y asociados (Baltes y Schaie, 1976; Baltes y Kuzmann, 2003; Staudinger, 1999; para una revisión ver Kunzman, 2007).

La capacidad de aprender de la experiencia y/o bajo instrucción es una condición que dura mientras dura la vida. Ello es importante por cuanto la plasticidad del ser humano es la base de la modificabilidad y, por tanto, de cualquier forma de intervención e, incluso, está presente, aunque limitadamente, en presencia de la enfermedad demencial, lo cual debe colaborar a erradicar posiciones nihilistas respecto a las personas mayores que presentan deterioro cognitivo (M. Baltes, et al., 1992, 1995, 1996; Fernández-Ballesteros et al., 2003; Lindenberger y Reischies, 1999).

Pero ¿existe plasticidad comportamental más allá de la plasticidad cognitiva? Sabemos que la vida es un largo proceso de aprendizaje en el que, además de repertorios cognitivos-lingüísticos (nuestra capacidad de abstracción y síntesis, la capacidad de cálculo) y físicos y senso-motrices (nuestras destrezas motoras, desde montar en bicicleta a hacer encaje de bolillos o tocar el piano), se aprenden repertorios emocionales-motivacionales (nuestros afectos, valoraciones, nuestras preferencias, etc.). Esos procesos de aprendizaje no se interrumpen cuando se llega a un punto de óptimo desarrollo, sino que continúan en la medida en que exista motivación para ello e incentivos en el ambiente. Así, el afecto y la motivación son aspectos esenciales del funcionamiento humano a lo largo de la vida. Es más, hoy día se considera que la enseñanza-aprendizaje es *un proceso de larga duración* y estudios universitarios formales se han re-denominado como «*long-life learning*» y el Plan Madrid (II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento de Naciones Unidas (2002) en su Dirección Prioritaria I así lo sanciona y promociona.

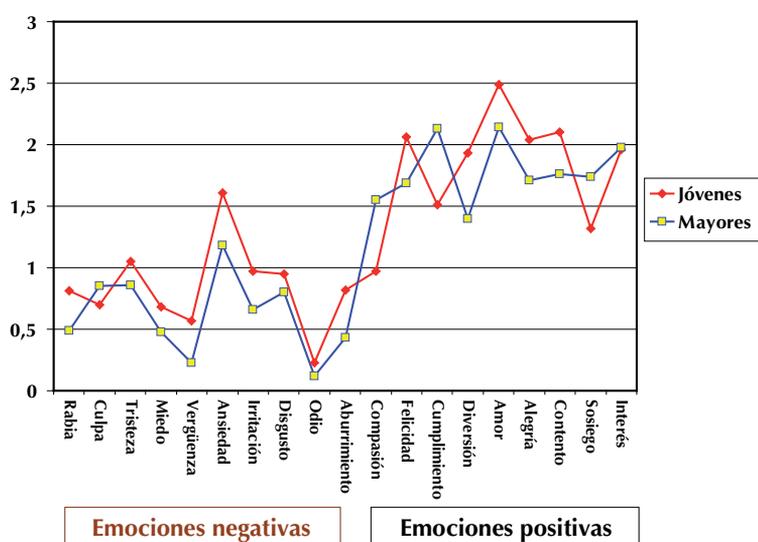
Cabe preguntarse ¿existiría también «ganancia» o cambio positivo o aprendizaje en las áreas emocionales y motivacionales del funcionamiento humano? O, en otros términos, a lo largo de la vida, amén de la plasticidad cognitiva y física, ¿existe prueba de una plasticidad emo-

cional-motivacional? La respuesta es sin duda afirmativa porque ¿cómo explicar si no los resultados procedentes del estudio «90+» (Estudio Enreve. Imsero, I+D+I, 2006) de alta apreciación subjetiva relativa a su ajuste físico y a su satisfacción, a pesar de que declinan todas las condiciones objetivas (fuerza, capacidad pulmonar o rapidez)? Parecen existir mecanismos adaptativos que van depurándose, integrándose a lo largo de la vida, especialmente en la vejez, por lo que se refiere al funcionamiento emocional y las habilidades para afrontar situaciones conflictivas de la vida y las situaciones de estrés. Pero, aún hay más, sabemos que los repertorios básicos comportamentales no actúan con independencia los unos de los otros sino que interactúan fuertemente, por lo cual el afecto está fuertemente ligado al funcionamiento cognitivo. A pesar del interés por el desarrollo de la afectividad y la emoción en el ámbito de la psicología (por ejemplo, Izard, 1991; Ackerman, Abe, Izard, 1998), a lo largo de la historia de la gerontología ha existido una atención predominante por las emociones negativas; es decir, por los sentimientos de tristeza, soledad y por la depresión como cuadro clínico. Como señalan múltiples autores (para una revisión ver Yanguas, 2008), debemos esperar a las últimas décadas para encontrar amplia literatura sobre el funcionamiento emocional y motivacional a lo largo de la vida y, particularmente durante la vejez y qué relaciones existen entre el funcionamiento afectivo y cognitivo (por ejemplo, Labouvie-Vieff, 1996), cómo se desarrolla, qué cambios se producen en la emoción y la personalidad (por ej.: Magai, 1996, 2001), cuáles son sus relaciones con el control primario y secundario (por ejemplo, Schulz y Heckhausen, 1998) o, como señalan Carstensen et al. (2005), qué ocurre en la intersección entre la cognición, el afecto, la motivación y el comportamiento manifiesto y la salud.

Aunque metaanálisis realizados por Pinquart (2001) sobre el particular arrojan resultados inconsistentes entre sí, la mayor parte de los autores son coincidentes en que en el envejecimiento usual no se producen cambios en cuanto a la frecuencia del afecto positivo y, más aún, aparece una disminución durante la vida adulta del afecto negativo y que se incrementa la autorregulación emocional. Así, por ejemplo, por lo que se refiere al funcionamiento emocional, tras extensas revisiones sobre el tema, Carstensen et al. (2000) concluyen que las personas mayores informan sobre emociones positivas con la misma frecuencia que los jóvenes mientras que expresan en menor frecuencia e intensidad que los jóvenes, emociones negativas. Esos mismos resultados se refrendan en la investigación realizada en 2009: el grupo de personas mayores expresa con mayor frecuencia sentimientos negativos que el grupo de

jóvenes, mientras que no difiere en la mayor parte de afectos positivos (Gráfico 41) (Fernández-Ballesteros, Fernández, Cobo, Caprara y Botella, 2009). Además, los grupos de mayores son más estables que los de jóvenes, esencialmente, en las emociones positivas, mientras que son menos estables en las emociones negativas y las personas mayores presentan una mayor complejidad y mayor diferenciación emocional que los jóvenes. En resumen, el funcionamiento emocional mejora a lo largo de la vida, al menos en el envejecimiento usual y óptimo.

Gráfico 41. Frecuencia de emociones positivas y negativas en jóvenes y mayores (Fernández-Ballesteros et al., 2009).



Los resultados que implican una mayor regulación emocional asociada a la edad han sido examinados a la luz de la investigación sobre los efectos de la preferencia de condiciones positivas en el funcionamiento del individuo mayor. Así, Carstensen et al. (2005) definen el *efecto de positividad* como un patrón evolutivo por el cual la preferencia por un material negativo en la información procesada por los jóvenes va cambiando a lo largo de la vida adulta por una preferencia (¿excesiva y/o infundada?) por lo positivo en la vejez, evaluando este efecto mediante el balance entre el material positivo y negativo. Este efecto de positividad se ha contrastado en el recuerdo y reconocimiento de imágenes, en tareas de memoria de trabajo (utilizando materiales positivos y negativos), en la discriminación de material visual positivo y negativo o en el rendimiento en tareas de memoria que enfatizan aspectos positivos o negativos.

Hay varias teorías que tratan de explicar estas relaciones entre el afecto y la cognición. De un lado, pudiera entenderse que la edad repercute en la utilización de mayor proporción de recursos cognitivos en todo tipo de información emocional relevante. Por otra parte, la autorregulación emocional afectiva llevaría consigo la selección de elementos positivos con el fin de mejorar el estado emocional. En todo caso, parece mucho más probable que estos cambios asociados a la edad estén regidos por mecanismos adaptativos de autorregulación emocional que llevan, en la vida cotidiana, a procesos de autovaloración positiva de sí mismo y de otros, y en la comparación positiva establecida consigo mismo a través de la edad y con los otros envejecientes. Por supuesto, esta positividad no es aplicable a aquellas personas que experimentan sufrimiento y dependencia ligada a la enfermedad y la discapacidad.

La cuestión es mucho más compleja de lo que aquí se presenta y requiere mucha más investigación empírica y formulación teórica. Lo que aquí se ha pretendido es presentar algunos aspectos del envejecimiento humano positivos como *recursos* y *posibilidades* que aún requieren de una mayor profundización.

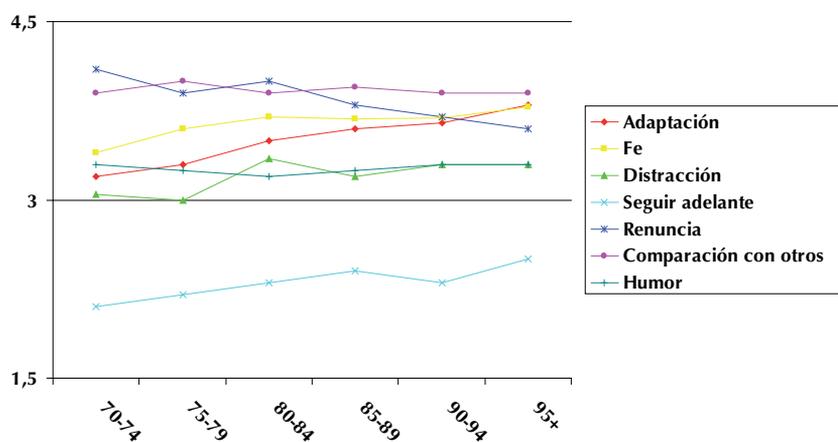
Las *estrategias para manejar las dificultades* constituyen un conjunto de repertorios comportamentales (motores, emocionales-motivacionales y/o cognitivo-lingüísticos) que se ponen en juego y que son entendidos como mecanismos adaptativos de autorregulación cuyo objetivo es superar situaciones biológicas, ambientales y sociales complejas y amenazantes que pudieran exceder los recursos del individuo. Como afirma Moos (1986), el afrontamiento de los problemas («*coping*») puede situarse en la interrelación entre las circunstancias ambientales y los recursos personales, y su impacto en el modo en que los individuos afrontan las transiciones y las crisis de la vida. Las habilidades para afrontar situaciones negativas de estrés es una nueva línea de investigación que es examinada como el resultado del aprendizaje a lo largo de la vida.

Distintos autores han puesto de relieve que existen mecanismos para afrontar el estrés que cambian a lo largo de la vejez, siendo el estudio más completo el realizado por Baltes y colaboradores en Berlín (BASE) sobre envejecimiento realizado con personas mayores entre 70 y 102 años. Con base en este estudio, Staudinger et al. (1999) describen 13 formas de afrontamiento: «comparación con el pasado», «deseo de información», «compararse con otros», «seguir adelante», «adaptarse a la situación», «tener altibajos», «fe», «humor», «distracción», «apoyo social», «otro se hará cargo», «la vida como pérdida» y «renuncia». Los resultados, presentados en el Gráfico 42, muestran que 6 formas de

afrontamiento (como, por ejemplo, «humor», «deseo de información», «seguir adelante») son positivas en relación con la resiliencia evaluada por la puntuación de satisfacción con el propio envejecimiento, mientras que 7 formas de afrontamiento (como, por ejemplo, «la vida como pérdida» u «otra persona que se haga cargo») son negativas; también existen formas positivas que permanecen estables (como por ejemplo «compararse con otros», «el humor», «comparación con el pasado», «apoyo social» e, incluso, existen estilos de afrontamiento positivos que se incrementan desde los 70 a los 100 años, como, por ejemplo, «la fe», «la adaptación a lo dado», «la distracción» o el «seguir adelante» aumentan y otros negativos, como por ejemplo, la «renuncia» disminuyen. En definitiva, estos resultados parecen apoyar la existencia de *posibilidades de adaptación* y de un cambio positivo o de un mejor ajuste ante la adversidad durante la vejez.

En este mismo sentido, por lo que respecta a las estrategias utilizadas en la *autorregulación de las emociones* y las habilidades de afrontamiento, Lavouvie-Vief (2005) distingue entre la experiencia afectiva y la complejidad afectivo-cognitiva: la primera tendría que ver con la experiencia emocional y la segunda con la comprensión de esa experiencia. Ambos aspectos serían separables y esta distinción permitiría discriminar lo que ocurre a lo largo del proceso de envejecimiento. Así, esta autora y sus colaboradores postulan dos formas de autorregulación emocional; optimización y diferenciación del afecto. Los altos optimizadores minimizan los sentimientos negativos y no se implicarían en su exploración, ignorando los hechos displacenteros. Los grandes diferenciadores tenderían a analizar sus emociones siendo altos en tolerancia a la ambigüedad y bajos en represión afectiva.

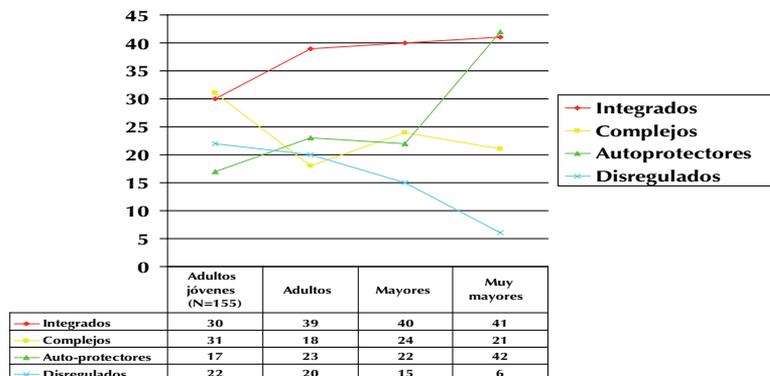
Gráfico 42. Habilidades de afrontamiento del estrés (Staudinger et al., 1999)



En el interjuego de ambos mecanismos estos autores proponen cuatro tipos de estilo emocional: 1) aquellos altos optimizadores y diferenciadores a los que denomina *integrados*, dado que presentan el más positivo desarrollo emocional y puntúan alto en afecto positivo y bajo en afecto negativo, puntuando también alto en bienestar, empatía, y en el autoinforme de salud; 2) aquellos bajos en ambas variables a los que considera *disregulados* que puntuarían alto en afecto negativo; 3) los *autoprotectores* serían bajos en diferenciación y altos en optimización y también presentarían bajo afecto negativo, pero serían altos en afecto positivo y no estarían tan interesados en crecimiento personal sino en el control del ambiente y, finalmente, 4) los *complejos* serían altos en diferenciación y bajos en optimización y presentan patrones cruzados coherentes.

Como podemos apreciar en el Gráfico 43, comparando los distintos tipos de estilos entre cuatro grupos de edad, se pone de relieve que con el incremento de los años disminuye el estilo de afrontamiento emocional desregulado mientras que aumenta el estilo integrado y auto-protector. Existirían dos trayectorias, una altamente positiva (integrada) y una relativamente negativa (autoprotectora) que procede de aquellas personas que tienden al optimismo irracional y cuyos mecanismos adaptativos no le permiten examinar situaciones estresantes o acontecimientos (internos y externos) desagradables. En definitiva, existe una amplia gama de perfiles diferenciales que expresan la diversidad de mecanismos adaptativos frente a la adversidad e, incluso, Forstmeier y Maercker (2008) han desarrollado el concepto de «reserva de motivación» que implica un conjunto de habilidades de ánimo que actúan frente a daños neuropatológicos preservando el funcionamiento cognitivo y bienestar psicológico.

Gráfico 43. Distribución de estilos de regulación emocional en función de la edad (Labouvie-Vief, 2005).



¿Cómo explicar esos recursos positivos que aparecen en la vejez? Como ya se ha dicho, diversas teorías asumen como puntos clave en el envejecimiento que el sistema emocional contiene un conjunto de recursos que facilitan *respuestas para una mejor adaptación* (incluyendo la regulación emocional), de cara a la supervivencia y el ajuste del individuo al medio (por ejemplo: Fredrickson, 2001; Magai et al., 2006), que determinan una serie de juicios *valorativos* positivos y mecanismos de *frontamiento*, en parte, adaptativos (Labouvie-Vief et al., 1987; 2005).

En resumen, las *limitaciones* del ser humano proceden de su estructura biológica que, como sabemos, pierde eficacia a lo largo del proceso del ciclo vital pero, al mismo tiempo, dado lo incompleto de estas mismas estructuras y de su plasticidad, las condiciones socioculturales y ambientales son, precisamente, herramientas potentes para el cambio positivo, la optimización y el desarrollo del individuo (a no ser que las condiciones ambientales perviertan esa posibilidad y se tornen en nuevas limitaciones para su máximo desarrollo); más adelante veremos cómo los estereotipos y prejuicios sociales sobre el envejecimiento pueden ser condiciones limitativas para una óptima evolución humana. En definitiva, todo ello repercute en que exista declive y crecimiento a todo lo largo del proceso, siendo la plasticidad el mecanismo biocomportamental clave y la variabilidad en el funcionamiento psicológico en la vejez la expresión de ello.

C. EL INDIVIDUO COMO AGENTE DE SU PROPIO ENVEJECIMIENTO

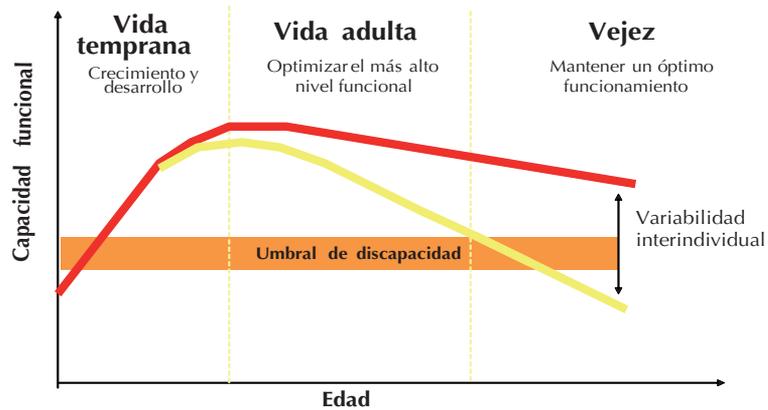
Se ha dicho anteriormente (y es un postulado de esta obra) que el envejecimiento es un proceso que dura mientras dura la vida. También, que existe una extraordinaria variabilidad en las formas de envejecer; es decir, que los seres humanos envejecen de distintas maneras en función de sus interacciones con el contexto sociocultural en el que viven. Pero, llegado este punto, tenemos que resaltar que esas formas de envejecer no ocurren al azar, ni siquiera son exclusiva responsabilidad ni del organismo en su sentido biológico ni del ambiente y sus estímulos físicos y sociales, sino de las transacciones que ocurren entre todos esos factores, dado que el individuo es un agente activo en su propio proceso de envejecimiento.

A lo largo del curso de la vida, como señalan las teorías del aprendizaje social (Bandura, 1986; Staats, 1975) ocurren millones de transac-

ciones entre el contexto, el individuo en su sentido biológico y psicológico y su propio comportamiento. Con otras palabras, a lo largo de la vida los seres humanos desarrollan repertorios adaptativos (cognitivo-lingüísticos, emocional-motivacionales, sensorio-motores), que influyen y determinan la selección y creación de entornos y situaciones. El funcionamiento intelectual, emocional y social, la salud y aun su longevidad, a lo largo de la vejez, va a depender, en buena medida, de lo que el individuo haga y de cómo se comporte.

Como señalan Kalache y Kickbush (1997), y ha sido recogido por la Organización Mundial de la Salud (2002) en su documento de envejecimiento activo (Gráfico 44), las formas de envejecer y la extraordinaria variabilidad interindividual dependen del largo proceso de envejecimiento: de la optimización de los recursos del individuo durante la infancia y adolescencia; de maximizar esos recursos a lo largo de la vida adulta y, finalmente, de mantener un óptimo funcionamiento en la vejez y, añadiríamos, compensando potenciales declives. Si llegamos al máximo de nuestros recursos a lo largo de la vida, el declive probable durante la vejez no traspasaría el umbral de la discapacidad.

Gráfico 44. Enfoque del ciclo de la vida sobre envejecimiento activo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2002; Kalache y Kickbusch, 1997).



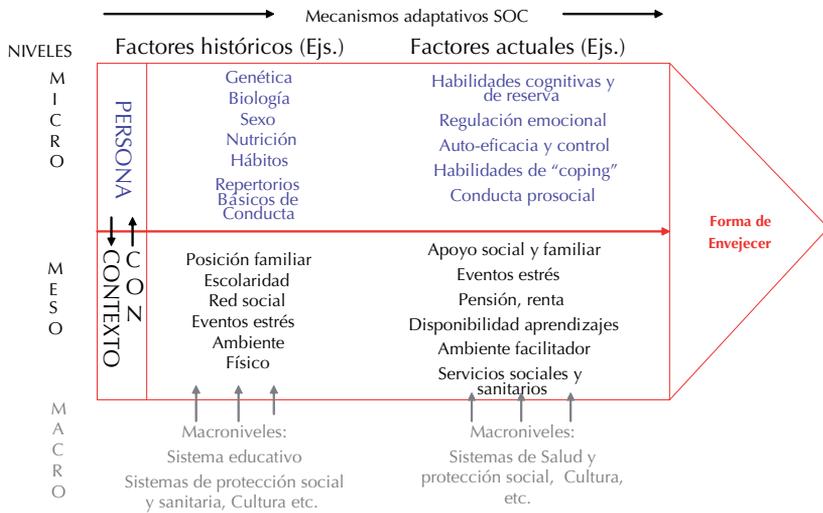
Desde esta perspectiva, Baltes y Baltes (1990) conceptualizan el envejecimiento positivo mediante un metamodelo que considera tres mecanismos que regulan el proceso de envejecimiento adaptativo: Selección, Optimización y Compensación (SOC). Estos tres mecanismos se entienden como condiciones universales de regulación del desarrollo que pueden variar en su expresión dependiendo de las circunstancias socio-históricas y personales del individuo, el ámbito implicado y la unidad examinada. La *Selección* es aquel mecanismo universal pre-

sente a lo largo de todo el ciclo vital, exigido por la gran cantidad de estímulos del contexto y la limitación de los recursos de la persona el cual podría considerarse como un requisito para la especialización del individuo y sus manifestaciones. Por eso, cuando los recursos individuales disminuyen la selección tiene una importancia especial como mecanismo adaptativo. La mayor parte del esfuerzo realizado durante el crecimiento y el desarrollo individual, así como a lo largo de la vida adulta, se refiere a la *Optimización* de los recursos de conocimiento, de las habilidades y competencias y de todas las demás características positivas humanas. La optimización de nuestras potencialidades en la vejez es uno de los motivos para invertir tiempo y energía en programas de aprendizaje a lo largo de toda la vida, y es por tanto un requisito para envejecer con éxito, activamente. Por último, la *Compensación* es un mecanismo para contrarrestar pérdidas y deterioros y, a pesar de ellos, mantener un buen funcionamiento. Tanto la compensación como la optimización requieren del esfuerzo individual y conllevan un cuidadoso proceso selectivo antes de decidir qué debe optimizarse y qué debe compensarse. Este complejo proceso requiere la toma de decisiones y la resolución de problemas, y puede considerarse también como una estrategia básica para el envejecimiento con éxito. El modelo Selección, Optimización, Compensación (SOC) ha sido considerado un sistema para la motivación dentro de la perspectiva del curso vital que procura al individuo el nivel más alto de funcionamiento. La Selección, la Optimización y la Compensación pueden considerarse también como mecanismos de afrontamiento de los problemas o estrategias de gestión de la vida, como funciones protectoras y, por consiguiente, como determinantes del envejecimiento activo y el bienestar. Estos tres mecanismos pueden considerarse como fuente de diferencias individuales en el modo de envejecer en diferentes momentos de la vida. Al mismo tiempo, los programas de intervención pueden ser entendidos como herramientas de promoción de la selección del individuo, de la optimización de sus recursos y de la compensación de sus déficits.

Pero eso no es todo: esos comportamientos del individuo son, también, dependientes de las condiciones contextuales a niveles «micro» (la familia, la escuela, los amigos), «meso» (la comunidad en la que viva) y «macro» sociales (las condiciones socioeconómicas, socioeducativas y socioculturales de su región y/o país). En otras palabras, existen condiciones socioculturales que potencian la elección, la optimización de los recursos del individuo y que, cuando ello se requiere, promueven la compensación de las habilidades deficitarias.

En el Gráfico 45 se presenta un modelo de envejecimiento que trata de integrar distintas dimensiones y niveles relevantes a lo largo del proceso de envejecimiento y que, por tanto, permiten explicar distintas formas de envejecer (Fernández-Ballesteros, 2002, 2009).

Gráfico 45. Modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2002, 2009; con modificaciones).



Así, tratando de organizar los determinantes hipotéticos del envejecimiento a lo largo del ciclo de la vida que integra posibles factores decisorios y operadores de transacciones, darían como resultado, en un momento concreto, la forma precisa de envejecer de un individuo dado. Hay que subrayar además que todos los factores teóricos relevantes propuestos han sido contrastados empíricamente. Veamos brevemente varios ejemplos de estos factores.

En el nivel micro, encontramos aquellas dimensiones que la persona ha generado a lo largo de su historia de aprendizaje y que dependen, en alguna medida, de sus condiciones biológicas y genéticas, su sexo y que se componen de todos aquellos repertorios básicos cognitivo-lingüísticos, emoción-motivación, sensorio-motores, que se expresan en hábitos comportamentales saludables o insanos. Esos factores individuales han sido generados históricamente como producto de miles de interacciones del individuo (en su sentido biológico) con los factores que proceden del nivel meso-contextual como, por ejemplo, las normas de socialización familiares y grupales, la escuela, la atención sanitaria recibida, la posición social familiar, apoyo social, acontecimientos estresantes, entorno físico familiar y comunitario, factores ambientales, etc. Todos estos fac-

tores históricos se apoyan en otros factores contextuales macroscópicos, como son, por ejemplo, el sistema educativo, sanitario y social del país, los valores religiosos y culturales existentes, etc.

Por otro lado, en la situación actual de la persona, encontramos sus condiciones internas (por ejemplo: sus habilidades cognitivas y la capacidad de reserva, el control y las creencias de autoeficacia, el balance emocional, las estrategias de afrontamiento, el comportamiento prosocial, etc.) que siguen interactuando con las condiciones contextuales inmediatas (por ejemplo: el apoyo familiar y social, los eventos estresantes o potenciadores, las condiciones económicas, la disponibilidad del aprendizaje continuo que se facilita, los entornos favorables, los servicios sanitarios y sociales existentes, etc.). Son también importantes, en el nivel macroscópico, los factores ambientales, sociales, económicos y culturales (como los sistemas de protección existentes, sanitarios, sociales, educativos y su expresión en el PIB invertidos, las políticas y programas sobre envejecimiento, un sistema de formación continua, los valores culturales y religiosos, etc.) que conforman el soporte que promoverá o inhibirá las condiciones personales conducentes a la forma de envejecer de cada individuo.

Los mecanismos adaptativos SOC, definidos por Baltes y Baltes, actúan tanto a lo largo de la historia del individuo como en la situación actual y, lógicamente, se basan en las condiciones *meso* y *macro* contextuales. En otras palabras, un ambiente que oferta múltiples oportunidades promueve la selección del individuo que podrá adoptar cauces que optimizan sus capacidades a todo lo largo de la vida. Así mismo, las políticas educativas que permiten la entrada de las personas mayores en programas universitarios promoverán repertorios básicos cognitivo-lingüísticos, emocionales-motivacionales y sensorio-motrices y, al mismo tiempo, la interacción y participación social. Los programas de prevención del deterioro cognitivo estarán proveyendo acciones de compensación ante déficits mnésicos, cognitivos o sensorio-motrices. Así, también, los parques con medios de recreación y actividad física están optimizando repertorios sensorio-motrices y compensando algunos déficits. Los resultados en datos poblacionales son evidentes. Por ejemplo, los países con alta renta per cápita, alta inversión en PIB en sistemas de protección social, sanitarios y educativos tienen una más alta esperanza de vida, y menores tasas de dependencia. Vemos cómo, a todo lo largo de la vida, a través de la interacción entre el individuo y el contexto existen miles de posibilidades de promoción de mecanismos de adaptación del individuo a los procesos de envejecimiento. Como resultado de todo ello, después de innumerables transacciones entre la persona, su conducta y sus entornos multinivel históricos (o

distales) y actuales (o proximales), la persona llega a un cierto estado en la vejez que podría describirse por medio de cuatro ámbitos multidimensionales: una buena salud y forma física, un óptimo funcionamiento cognitivo y emocional-motivacional y un alto nivel de funcionamiento y participación social (Fernández-Ballesteros, 2009; OMS, 2002).

A pesar de que se ha tratado de justificar que el individuo es un agente esencial de su propio envejecimiento es algo que se olvida con gran facilidad. De hecho, pocas personas mayores consideran que la vejez es una época de oportunidades y desarrollo y por ello, no se consideran agentes de su propio proceso de envejecimiento. Sin embargo, sabemos que el ejercicio del control es un aspecto esencial para un buen envejecimiento, amén de que resulta un predictor de salud y longevidad (Rodin, 1980; Rodin y Langer, 1977). En la misma línea, investigaciones propias reafirman que la experiencia de control es un factor explicativo de la competencia cognitiva y física de la vejez.

Cuando se pregunta a las personas mayores cómo se comporta la sociedad con ellas, dos tercios contestan que regular o mal (Imsero, 2008) y cuando se indaga sobre quién debe ocuparse de las personas mayores y se ofrecen alternativas de respuesta («el Estado», «la familia», «los individuos») un alto porcentaje señala «el Estado» en mayor medida que a «la familia» o que «al individuo» (Díez Nicolás, 1997). Dos derivaciones emergen de esta posición que podemos considerar pasiva: 1) la necesidad de una mayor concienciación del individuo, a lo largo del ciclo de la vida, de la importancia de sus actos para su futuro, lo cual conlleva la elección de determinados cauces de acción que desembocan en el envejecimiento activo y 2) una mayor beligerancia contra percepciones sociales de una persona mayor pasiva en brazos de un estado excesivamente protector y paternalista, todo lo cual está asociado a la discriminación, que impide que el individuo sea un agente activo (en la medida de sus capacidades optimizadas) y, en buena parte, responsable a lo largo del ciclo de la vida.

D. LIMITACIONES DEL ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ

1. ESTEREOTIPOS Y AUTOESTEREOTIPOS NEGATIVOS SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

El estudio de los estereotipos o imágenes en torno a la vejez y el envejecimiento, así como los prejuicios y la discriminación en función

de la edad han recibido en España escasa atención en comparación con otros países y contextos científicos (al menos, comparativamente a otros tipos de imágenes negativas y prejuicios como los relacionados con la raza o el sexo). Sólo decir que en la base de datos Lilly (www.fundacionlilly.com/Nitro/foundation/templates/medes-earch.jsp?page=30100), de «estereotipos, vejez» sólo aparecen 39 referencias, de las cuales sólo 3 parecen tratar el envejecimiento, mientras que, por el contrario, si buscamos bases de datos internacionales nos encontramos con 26.000 referencias en Google Scholar (2.499 en Psychlit y 1.386 en PubMed).

Este escaso interés por el tema en nuestro país se torna más evidente porque el II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002) establece en su Dirección Prioritaria 3 la lucha contra los estereotipos e imágenes negativas sobre la vejez y el envejecimiento como un objetivo para promocionar ambientes propicios durante la vejez y, así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1989, 2002) resalta la importancia de estimular imágenes no-edadistas, entre los profesionales de la salud y cuidadores formales e informales de las personas mayores, asumiendo que estas imágenes mantienen un valor causal patogénico, pudiéndose convertir en profecías que se autocumplen y atentando en forma sutil contra la calidad de vida de las personas mayores congregadas en servicios o centros.

Los **estereotipos** son imágenes simplificadas sobre un determinado grupo social, y están vinculados y son considerados la base del **prejuicio** y la **discriminación** hacia ese grupo. En trabajos recientes se vinculan los contenidos de los estereotipos hacia los diversos grupos sociales con las emociones prejuiciosas y con las tendencias a la acción, muchas de ellas de carácter discriminatorio. Por tanto, conocer los estereotipos hacia el grupo de personas mayores se hace necesario por cuanto éstos pueden servir de base para los prejuicios y la discriminación en función de la edad o «edadismo».

Aunque esas imágenes y percepciones sociales pueden contener condiciones positivas del grupo al que se refieren, en el estudio de los estereotipos —generalmente vinculado al del prejuicio y a las actitudes hacia grupos estigmatizados— se ha hecho hincapié en los aspectos negativos de éstos. En otras palabras, cuando se habla de estereotipos, se usan a menudo para hacer referencia a **imágenes negativas** que suponen creencias falsas en torno al grupo social al que se refieren y parecen comunes a distintos países y culturas (Cuddy, Norton y Fiske, 2005). No obstante, la investigación más reciente ha mostrado que en muchas ocasiones los estereotipos tienen un carácter ambivalente,

por lo que incluyen dimensiones positivas y negativas y se vinculan a prejuicios también ambivalentes. Éstos no dejan de ser perniciosos, e incluso pueden resultar más insidiosos al enmascarar bajo apariencias benévolas actitudes paternalistas, envidiosas o de desprecio, que a su vez están en la base de conductas discriminatorias y de exclusión más o menos sutiles.

Por su parte, el **prejuicio** se advierte tanto en la dimensión cognitiva del estereotipo como en la más afectiva de la actitud (siendo también ostentado por los individuos de una determinada cultura) y se expresaría a través de la discriminación que se realiza del determinado grupo social diana; en nuestro caso, todo ello implicaría «**edadismo**» por cuanto es la edad la base del estereotipo, el prejuicio y la discriminación. El edadismo consiste básicamente en las conductas que implican un trato no igualitario hacia los integrantes de un grupo de edad en virtud de su pertenencia a ese grupo y es entendido como un proceso de estereotipia y discriminación en contra de la gente mayor, en razón a su edad. En otras palabras, mientras el estereotipo tiene un componente cognitivo (distorsionado) y afectivo (negativo) el edadismo contiene elementos objetivos que existen en la sociedad y en sus ciudadanos. La discriminación puede ejercerse a distintos niveles: el nivel interpersonal se expresa a través de esas conductas no igualitarias hacia los miembros de los grupos en la interacción con ellos; el institucional se manifiesta a través de normas que relegan al individuo y al grupo a una posición de desventaja en una determinada sociedad y, finalmente, en el extremo de todo ello, a nivel social, nos encontramos con fenómenos de exclusión social, de maltrato y de explotación, todo ello tratado en otros apartados de este libro blanco.

2. ESTEREOTIPOS SOBRE LOS MAYORES EN ESPAÑA

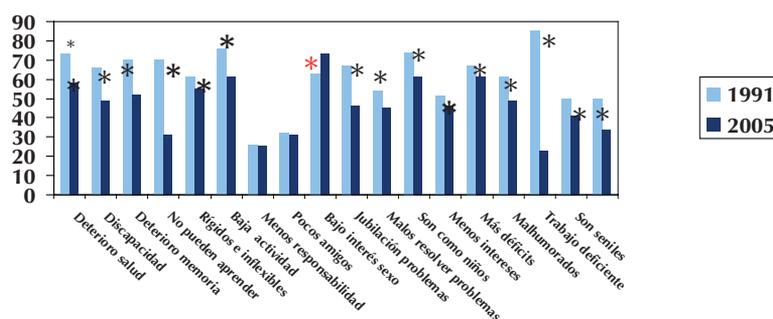
En distintos estudios realizados en España y en otros países se constata en forma evidente la existencia de estereotipos e imágenes negativas en torno a la vejez (para una revisión, ver, Nelson, 2004; Palmore, 1999; Fernández-Ballesteros, 1992). Estas imágenes parecen encontrarse no sólo en la población general o/y en la población joven sino en las propias personas mayores y, más específicamente, en sus cuidadores. El estudio realizado sobre imágenes y valoración social de la vejez (Imerso/UAM, 1992) alumbró que más del 60% de la población española consideraba que «a partir de los 65 años ocurre un fuerte deterioro de la salud», que «la mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen incapacidades que las hacen depender de los demás», que «tienen un deterioro de su memoria», que «son rígidas e inflexibles», «menos

activas», que «son como niños», que «los defectos se agudizan con la edad» y que «son irritables» y, para más de un 50% de la población, las personas mayores de 65 años «son seniles», «peores en el trabajo» y que «resuelven peor problemas que los más jóvenes».

Cuando se examinaron los resultados para tratar de encontrar diferencias interindividuales debidas a las condiciones socio económicas tales como edad, sexo y educación, los resultados pusieron de relieve que no existen diferencias significativas. No obstante, las personas con más educación presentan menos imágenes estereotipadas que las de educación más baja.

Como puede apreciarse en el Gráfico 46, esas imágenes negativas han disminuido en los últimos años, y aunque se siguen exteriorizando hablan a favor de que una visión más positiva de las personas mayores ha sido divulgada como una política que ha calado en la sociedad y que, por tanto, debe seguir produciéndose.

Gráfico 46. Estereotipos sobre la vejez en España en porcentajes de acuerdo (Fernández-Ballesteros, 1991, 2005)



*Diferencias significativas, $p < .05$

Tal vez lo más importante sea que el grupo de personas mayores no esté exento de esa visión negativa, y que son las propias personas mayores las que tienen imágenes negativas sobre el envejecimiento en general y sobre su propio grupo de mayores.

Desde una perspectiva cualitativa, la investigación sobre percepciones de las personas mayores (Imsero/CIMOP, 2002) resaltó la relevancia de la dimensión común activo/pasivo a la hora de describir a las personas mayores, constatando también que en este espacio se ha producido un «rejuvenecimiento» de los mayores. Incluso el uso de los términos envejecimiento y vejez, proyecta una imagen contrapuesta, mientras el primero es un proceso cargado de expectativas y vitalidad, la vejez

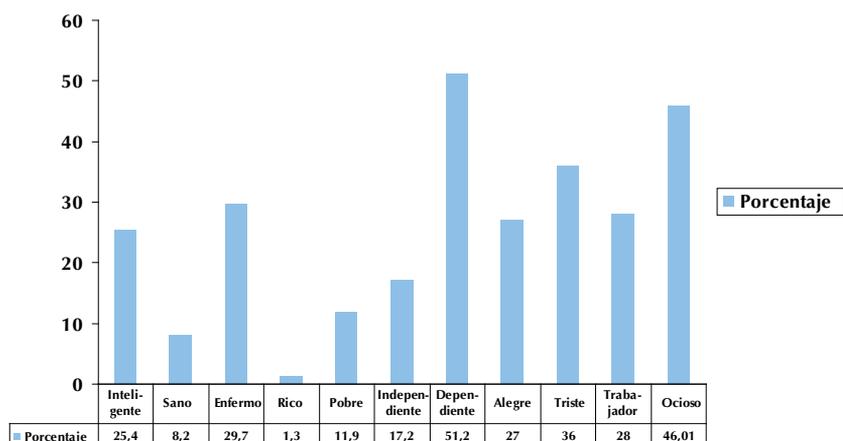
supone un estado irreversible y altamente negativo. La sustitución del concepto envejecimiento por el de vejez avanza un cambio hacia una imagen social y cultural más dinámica de las personas mayores.

Conviene resaltar que cualquier imagen sobre el envejecimiento y la vejez de un colectivo de personas mayores debe plantear suficiente diferenciación entre el estereotipo cultural (el que los individuos mayores perciben en la población), el estereotipo sobre el grupo (la imagen que el individuo mayor tiene del grupo de mayores) y la imagen que el individuo tiene de sí mismo, como persona mayor. Teniendo en cuenta estos aspectos parece evidenciarse que las personas mayores perciben este estereotipo cultural negativo y que tienen ellos mismos una imagen negativa de su propio grupo de mayores a la vez que valoran positivamente su propia imagen (Fernández-Ballesteros, Huici, Bustillos et al., 2007). Ello es importante por cuanto la identificación con el propio grupo parece ser una condición necesaria para luchar contra la discriminación (en cualquier grupo social) lo cual debería ser tomado en cuenta a la hora de políticas activas anti edadismo.

Las propias perspectivas sociológicas utilizan adjetivos polares que implican una sobre generalización de condiciones negativas sobre la vejez como «dependiente», «enfermo» y «triste» añadiendo la condición de «ocioso» por cuanto el grupo de personas mayores está definido, precisamente, a través de su condición de jubilados. Estos adjetivos que mejor describen a las personas mayores parecen ser generalizaciones de condiciones que ocurren en la vejez, Gráfico 47, pero que no aparecen mayoritariamente entre las personas mayores. Como sabemos, alrededor del 33% de las personas mayores de 65 años están en situación de algún tipo de dependencia, sólo el 12,3% informa tener mala o muy mala salud, sólo el 15,6 % dice estar triste (Imsero, 2008, 2010). Y, tal vez porque los programas de ocio han sido divulgados ampliamente entre los mayores y en el más extenso contexto social, la imagen derivada es la de que éstos son «ociosos» sin tener en cuenta el trabajo «no remunerado» que realizan. En este sentido, diversos estudios, entre ellos Elea (Imsero, 2006), pone de relieve que el 100% de las mujeres mayores y el 99,8% de los hombres mayores realizan un trabajo productivo no remunerado con un promedio de 6,9 horas diarias (7,68 horas las mujeres y 4,7 horas los hombres). Si extrapolásemos esos datos al total de la población mayor no dependiente y asignásemos un valor monetario a esas horas nos encontraríamos con que su contribución al PIB sería de, aproximadamente, 106 mil millones de euros.

Si la metodología es esencial para toda investigación, el cuidado debe ser extremo cuando se dirige a indagar sobre imágenes.

Gráfico 47. Adjetivos que describen mejor a las personas mayores en 1ª, 2ª y 3ª elección.



Los resultados sobre estereotipos y actitudes frente a las personas mayores pueden ser explicados desde dos perspectivas distintas; la imagen de las personas mayores produce sentimientos encontrados o, en otros términos, presenta dos caras (ver: Cuddy, Norton y Fiske (2005). Así, frente a una imagen de dependencia, enfermedad e incompetencia aparece otra de sabiduría, buen consejo, y experiencia. Esta visión dualista podría explicar comportamientos socialmente ambivalentes: mientras que una visión positivamente piadosa lleva al desarrollo de programas de atención y protección, otra lleva a la exclusión social y la discriminación. También, esta visión polarizada, al menos en parte, podría depender del método utilizado. Al usar adjetivos bi-polares en una escala valorativa parece tenerse una visión más negativa (¿más en consonancia con lo que la gente piensa?) que si se utilizan frases valorativas positivas de alta deseabilidad social.

En todo caso, una mayor investigación se requiere en orden a deslindar no sólo la imagen que la sociedad española tiene de las personas mayores sino sobretudo cuales son sus efectos comportamentales y de otra índole (legislativos, sanitarios, sociales, etc.).

3. EFECTOS DE LOS ESTEREOTIPOS

Los *efectos* de los estereotipos son de muy variado tipo, y tienen amplias repercusiones sobre el propio individuo envejeciente, sobre otros grupos sociales implicados y sobre la sociedad en su conjunto. Un resumen de sus potenciales efectos es el siguiente:

a) En el individuo

- a) Un primer efecto alude a que el individuo se ajusta a las expectativas estereotípicas de forma que la imagen se convierte en una «*profecía que se cumple a sí misma*». El supuesto teórico con verificación científica es que se produce en el individuo la interiorización de la imagen que impera en un determinado contexto social, y ello se torna en una *amenaza del estereotipo* por lo que en determinadas situaciones, los miembros del grupo presentan un comportamiento y rendimiento acorde con lo esperado. En el estudio Enreve (Imsero, 2006) se ha verificado que si a distintos grupos de mayores se les brindan distintas informaciones, tanto positivas como negativas relativas al rendimiento prototípico en un dominio determinado, éstas actúan en forma acorde con la información; es decir, si reciben una información positiva relativa al rendimiento ejecutan significativamente mejor la tarea que si la información recibida es negativa (Fernández-Ballesteros, Huici, Bustillos, et al., 2008).
- b) Los estereotipos sociales parecen actuar en el ámbito individual a largo plazo. Las imágenes recibidas a lo largo de la vida se convierten en *auto estereotipos* (percepción del propio envejecimiento). Esta forma de interiorización del estereotipo parece ser la base de las imágenes que los individuos tienen de su propio envejecimiento, como han puesto de relieve Levy et al. (2002), en su estudio longitudinal. Los «auto estereotipos» permiten predecir mortalidad y mala salud (en el caso de que sean negativos) o supervivencia y buena salud (en el caso de que sean positivos). Las personas con imágenes positivas de su envejecimiento viven 7 años más que aquellas cuyas imágenes del propio envejecimiento son negativas. A pesar de que estos resultados son extraordinariamente importantes, hay que tener en cuenta que los individuos no sólo responden de acuerdo con las imágenes sociales recibidas a lo largo de la vida sino que también son sensibles a su propia situación. De hecho, cuando las personas informan sobre su forma de envejecer se producen valoraciones que tienen en cuenta no sólo la imagen social sino también lo que observa en otras personas y, lo que percibe en sí mismo.
- c) Las imágenes sociales negativas sobre las personas mayores ejercen un papel importante en la *desvalorización del propio grupo* y en la sobrevaloración de los demás. Como es fácilmente detectable, los propios mayores sobrevaloran a los «jóvenes» e intentan adoptar sus propias características como si fueran el compendio positivo de lo deseado; en definitiva, utilizan la categoría «joven»

para definirse con características que no son exclusivas de ella. Así, por ejemplo, cuando se dice «me siento joven» no sólo alude a la edad sino a características positivas como son ser «saludable», «activo», «feliz», etc.

- d) También las imágenes negativas sobre la edad determinan una *reducción de la identificación con el propio grupo*, los «mayores» o los «viejos» son «los otros» (miembros del grupo). Ello es importante porque, al menos en otros grupos sociales objeto de discriminación (por ejemplo: las mujeres frente a los hombres, los negros frente a los blancos), la identificación con el propio grupo discriminado es una condición necesaria para asumir acciones colectivas en contra de la discriminación y el trato desigual.

En el Proyecto Enreve mencionado, se concluyó que:

- 1) La *independencia de los aspectos sociales del estereotipo de los mayores de la visión personal que se tiene del propio envejecimiento*. A pesar de que los propios mayores son conscientes de la negatividad con que se les valora por parte de la sociedad (ya que ellos indican un alto número de rasgos negativos), ello no parece afectar a la evaluación y a la ejecución en sus propias conductas cuando este estereotipo es activado. En contrapartida, una mayor identificación con el grupo se encuentra relacionada con un incremento en los estereotipos positivos del grupo y una percepción de envejecimiento más positiva.
- 2) El *vocabulario* que se utiliza para la denominación del grupo de personas «mayores» («viejo», «anciano», etc.) parece tener un papel decisivo tanto en personas mayores como en sus cuidadores. Por lo que se refiere a la activación automática del estereotipo, muestra efectos a nivel conductual, de manera que prepara la interacción con personas pertenecientes a este grupo de edad. Así, en la evaluación de una persona perteneciente a este grupo, se observa que tras la exposición a la palabra «viejo», los individuos con más prejuicios describen a la persona como más «torpe», «lenta» y menos «sabia» o «experimentada». Es decir, además de que el individuo mayor que recibe la etiqueta «viejo» realiza más lentamente la tarea, percibe al individuo perteneciente a la categoría como más lento y torpe. Por el contrario, la activación de la etiqueta más neutra «mayor» no actúa ni motora ni evaluativamente. Así, contrastamos tanto la importancia del vocabulario denominativo como la neutralidad del atributo actualmente utilizado para la denominación de este grupo social.
- 3) El efecto de la *amenaza del estereotipo* aparece claramente: cuando a las personas mayores se les da una información explícitamente negativa al realizar una tarea de memoria, éstas arrojan un peor rendimiento en esa tarea. Este efecto de activación del esquema previo es congruente

con la visión estereotípica de los mayores en España. Un resultado importante es el efecto protector de la percepción del propio envejecimiento y la identificación con el grupo que modere la amenaza del estereotipo y además, no influye sobre su rendimiento en memoria.

b) En el grupo de cuidadores

La investigación es consistente por lo que se refiere a que las actitudes y estereotipos que presentan los grupos de profesionales (médicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, etc.) que trabajan con personas mayores son más negativas que los de la población general. Los autores señalan dos mecanismos como generadores de estereotipos y actitudes negativas en profesionales: 1) Un mecanismo *cognitivo* por el cual se produce una generalización de los individuos del grupo segregado en contacto con el profesional, al conjunto del grupo, debido al hecho de que existe muy escasa formación sobre procesos básicos de envejecimiento. 2) Un segundo mecanismo se refiere a la situación de estrés que supone la sobrecarga de trabajo que aqueja a profesionales y no profesionales en contacto con personas mayores con altos grados de deterioro físico y mental, y que tiene su fundamento en el principio de condicionamiento clásico, dado que la edad puede considerarse un estímulo condicionado-asociado a otro incondicionado como son el sufrimiento, el dolor y la muerte.

El citado proyecto Enreve halla algunas aportaciones a la hora de mejorar las evaluaciones e interacciones entre profesionales de la salud y personas mayores, permitiendo sugerencias de cómo ambas pueden verse afectadas. En primer lugar, a pesar de que el grupo de profesionales no mostraba niveles de prejuicio elevados hacia el colectivo de mayores, sí se observó que a medida que aumentaban las creencias negativas sobre el grupo de edad, la conducta automática y su evaluación del grupo se vieron ampliamente afectadas. Por otro lado, en relación con la utilización de etiquetas, encontramos que al activar la categoría «mayor» no se relaciona con una peor evaluación, ni con una modificación de la conducta automática. Consecuentemente, sería deseable el empleo de etiquetas «neutras» que describen al grupo y tratar de eliminar, en la medida de lo posible, el empleo de palabras relacionadas con el aspecto más negativo del estereotipo («viejo», «anciano», «abuelo»).

c) En amplio contexto social

Hasta aquí, se ha examinado cómo las imágenes sociales que pueden ser consideradas como una *limitación* social para un envejecimiento

satisfactorio y se han presentado éstas como potenciales *amenazas* para un envejecimiento activo. También se ha señalado que todo ello culmina en comportamientos prejuiciosos que desembocan en la discriminación en función de la edad que podemos encontrar en múltiples ámbitos de la vida social, laboral, sanitarios, incluso en determinados tratamientos médicos (tanto por lo que se refiere a la utilización reglada de tratamientos extraordinarios como a la forma de utilización de protocolos sanitarios o, incluso, a la realización de ensayos clínicos con fármacos para personas mayores). Un estudio pormenorizado de la legislación y su puesta en práctica, a distintos niveles administrativos y en distintos ámbitos de la vida cotidiana, se considera una necesidad. Podemos concluir diciendo, a niveles descriptivos, que la visión de la población española sobre las personas mayores es esencialmente negativa —aunque ha mejorado significativamente en los últimos quince años— y, sobre todo, no se ajusta a la realidad de este grupo de edad. Así mismo, que las propias personas mayores perciben una visión negativa procedente de la sociedad e, incluso, existe una escasa identificación con ese mismo colectivo, lo cual pudiera impedir una mayor concienciación de esta discriminación social que comentamos. También, los estereotipos negativos actúan en el mismo sentido sobre el grupo de mayores (peor ejecución, mayor lentitud) y sobre el grupo de sus cuidadores que, en términos generales, ejercen una influencia negativa, precisamente, sobre aquellos grupos dependientes más vulnerables a esta limitación.

En el polo opuesto de las imágenes negativas en torno al envejecimiento, la vejez y las personas mayores, el edadismo y la discriminación en función de la edad, encontramos el énfasis que los organismos internacionales han puesto en superarlo. El II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002) y el documento «Envejecimiento activo» (Organización Mundial de la Salud, 2002), no sólo ponen el acento sobre la lucha en contra de los estereotipos, sino además en la necesidad del *apoderamiento* de las personas mayores por su contribución inestimable a la sociedad. Ello pudiera ser considerado como una asignatura pendiente de las políticas sociales que habría que remediar.

Todo ello debería ser estudiado más pormenorizadamente a través de análisis rigurosos de la discriminación social en función de la edad (legislación, normativas diversas correspondientes a diversos ámbitos de actuación, etc.) si no incluso, por medio de un Observatorio Permanente que permita encauzar potenciales condiciones discriminatorias y su resolución.

SEXUALIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES, FACTOR ESENCIAL EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ENVEJECIMIENTO

(Extraído del artículo «Sexualidad y envejecimiento» del Doctor Carlos Verdejo Bravo, recogido en «Nuevas miradas sobre el envejecimiento». Imsero, 2009).

El envejecimiento es una etapa del proceso vital donde se producen cambios biológicos, psicológicos y sociales. La sexualidad función de comunicación fundamental de las personas tiene una importancia determinante en la calidad de vida de las personas mayores, tanto desde el plano biológico, como psicológico y social.

El estereotipo dominante en la sociedad actual respecto a la sexualidad de las personas mayores es el antagonismo entre sexualidad y envejecimiento.

Siguiendo al Doctor Verdejo Bravo, tenemos interiorizados una serie de mitos tradicionales sobre la sexualidad de las personas mayores, que afectan bien a una consideración social derivada de una discriminación por la edad (el sexo se acaba con la edad, es un hecho anormal, es pernicioso, vicioso y vergonzante), bien al hecho bio-psicológico de gozar (las personas de edad no disfrutan con el sexo, no tienen suficiente capacidad fisiológica que les permita tener conductas sexuales, los cambios orgánicos conllevan la desaparición del deseo sexual).

Los determinantes culturales de conexasión sexualidad y capacidad reproductiva han influido en considerar la inadecuación de una actividad sexual, una vez que el tiempo biológico ha concluido con dicha función. Ahora bien, la necesidad del contacto físico, de la manifestación de emociones continúa más allá de la función reproductiva en cualquier edad. «La Sexualidad y la afectividad son connaturales a la persona y sólo finalizan con la muerte, por lo que ni el interés ni la actividad sexual desaparece en las personas mayores». Ciertamente, que de forma similar a otros procesos del envejecimiento dicha actividad se irá acomodando a los cambios producidos, de forma similar a cómo se ha ido acompañando en otras etapas vitales.

Las transformaciones anatómicas y funcionales en los órganos sexuales, las alteraciones del sistema hormonal, el desarrollo de patologías crónicas y/o los tratamientos farmacológicos, entre otros, pueden condicionar la actividad sexual tanto en su periodicidad como en sus manifestaciones. Ser hombre o mujer tiene un comportamiento diferenciado, porque también lo tienen los propios cambios anatómicos y funcionales, que pueden influir junto con otros factores unos, marcadamente de etiología física, como la pluripatología y el grado de incapacidad y otros de carácter social, como la viudedad y la falta de intimidad, en una disminución de la actividad sexual en la persona mayor.

La información adecuada de la influencia del proceso del envejecimiento en la actividad sexual que se proporcione a las personas mayores es esencial para eliminar los estereotipos y los tabúes de la función sexual, aspecto determinante en la calidad de vida de las personas mayores.

Para ello, debe proveerse una formación adecuada a los profesionales directamente implicados en este aspecto del proceso de envejecimiento, que puedan

dar las respuestas adecuadas a las necesidades sentidas, dentro del respeto a la opción personal de la persona mayor.

De forma paralela, es prioritaria una modificación de las actitudes de la sociedad española hacia la erradicación de los tabúes existentes sobre la sexualidad de las personas mayores. La metamorfosis sufrida en estos últimos años sobre los temas sexuales entre la población española de todas las edades ha aparcado la actividad sexual de las personas mayores, envolviéndola en un mayor tabú que en épocas anteriores. Esto, «requiere muchos esfuerzos para mejorar la educación sanitaria de la población en este tema y conseguir aumentar el respeto hacia el conjunto de personas mayores que deseen expresar su sexualidad».

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Promoción del desarrollo individual y social a todo lo largo del ciclo de la vida mediante acciones como:

- a) Ofertar y alentar para el desarrollo de comportamientos adaptativos estilos de vida saludables y optimizadores de las capacidades individuales y sociales.
- b) Promover medidas y programas para el desarrollo personal del individuo y sus capacidades cooperativas, grupales y comunitarias, así como el desarrollo bio-psico-social de la personalidad a través de los sistemas familiares, comunitarios, educativos y de formación.
- c) Reconocer y capitalizar la experiencia y los conocimientos de las personas mayores potenciando su bienestar y su calidad de vida, resaltando y difundiendo la productividad de las personas mayores en sus múltiples servicios y aportaciones «no remuneradas» (a la familia, la comunidad y la sociedad).

2. Establecer procedimientos de seguimiento y control de las imágenes *edadistas* y de acciones de discriminación en contra de las personas mayores especialmente en los ámbitos que más les afectan, salud y servicios sociales, así como en los medios de comunicación y publicidad por su trascendencia social.

- a) Promover acciones para el envejecimiento saludable sobre la base de que **el individuo, con su trayectoria vital y sus actitudes personales, es agente principal en el proceso de su propio envejecimiento, que es un proceso de toda la vida y se desarrolla desde la infancia.**