**Pautas de un modelo biopsicosocial aplicables al proceso de envejecimiento en personas mayores bajo un marco intergeneracional**

Dr. Juan Fco. López Paz

Resumen

La preocupación por el área de salud ha superado el concepto tradicional más pasivo por un acercamiento más activo como mejorar la calidad de vida, o en términos más coloquiales “sentirse en forma”. A lo largo de la etapa de la vejez (tercera y cuarta edad), el desarrollo de actividades de tiempo libre adquiere especial relevancia, generando bienestar físico y psíquico, y se encuentra muy relacionado con los índices de satisfacción en la vida (Silva, 2012; Villar, 2009; Yanguas, 2006). Pero, realmente, el problema se plantea cuando cambia el modelo de salud, desde posiciones conservadoras como algo a conservar, a posiciones activas, algo a desarrollar. Desde la perspectiva profesional han surgido agentes de cambio social que promueven la intergeneracionalidad desde el desarrollo óptimo del tiempo libre.

Esta revalorización del tiempo de recreo se debe reflejar, en la vida cotidiana de la persona mayor, en el aumento de la práctica del ejercicio físico y deportes, de la participación social en actividades culturales y de las demandas ciudadanas de lugares públicos para disfrutar del tiempo de asueto y favorecer los encuentros sociales. La importancia del tiempo libre se pone también de manifiesto en las actuaciones institucionales (Romero, 2011; Bernad, 2008). Todo ello contempla beneficios que traspasan los límites de lo personal e inciden en el nivel social y comunitario, y van del bienestar físico y psicológico al desarrollo y bienestar comunitario. Este protagonismo responde a un doble papel: el ser un contexto de riesgo social y el ser un marco potenciador.

Palabras clave: envejecimiento, salud, intergeneracionalidad.

**Guidelines for a biopsychosocial model applicable to the aging process in older persons in an intergenerational context**

Juan Fco. López Paz, PhD

Abstract

Concern for the health area has exceeded the traditional more passive concept for a more active and improve quality of life, or in more colloquial terms approach " feeling fit " . Throughout the aging stage ( third and fourth age ) , the development of leisure activities is particularly relevant , creating physical and psychic, and is closely related to the indices of life satisfaction (Silva , 2012; Villar, 2009; Yanguas , 2006). But really, the problem arises when the model of health changes from conservative positions as something to conserve, active positions, something to develop. From the professional perspective there have been agents of social change that promote optimal development intergenerationality from leisure .

This appreciation recess time should be reflected in the daily life of the older person, in increasing physical exercise and sports, social participation in cultural activities and citizen demands for public places to enjoy time of rest and promote social encounters . The importance of leisure time is also reflected in the institutional actions (Romero, 2011; Bernad , 2008). This provides benefits that cross the boundaries of the personal and affect social and community levels , ranging from physical and psychological development and community well -being. This role serves a dual role : being a social context of risk and be an enabling framework.

Keywords: aging, health, intergenerationality

1. Marco idóneo para el desarrollo de un comportamiento saludable desde la diversidad generacional

La salud es un estado de bienestar físico, mental y social que no menoscaba, sino que estimula, el desarrollo diacrónico del ser humano y de su descendencia. Puede ser concebida como el modelo de una capacidad de normatización vital que permite a la persona gozar de su armonía psicofísica en equilibrio dinámico con su circunstancia natural y social. La salud debe ir, como todo lo que corresponde a la persona, dirigida a la consecución de los objetivos vitales. La salud apoya la libertad, es decir, la posibilidad de elegir en un acto racional.

* 1. Instauración de un marco favorecedor

El sentido que demos a nuestra vida tiene más valor en cuanto lo dedicamos con mayor libertad y responsabilidad. La salud efectivamente ofrece la integridad de los sentidos y la disponibilidad del cuerpo y de la mente, da soporte emocional, estimula la cooperación, la amistad, y el amor/aprecio a los demás, posibilitando el trabajo y el uso del tiempo libre adecuadamente, y permite actitudes creativas y de resistencia frente a las frustraciones.

El ser humano está estructurado en niveles o planos diversos, formados cada uno de ellos por una serie de elementos, cuya interrelación caracteriza la estructura del nivel (Maibach y Murphy, 1995; Mendes, 2013). Estos niveles son los siguientes: por un lado, el nivel fisicoquímico que el hombre comparte con la materia inerte y que está constituido por: el subnivel atómico, formado por las partículas de materia y los cuanta de energía, el subnivel molecular, cuyos elementos son los átomos. Un segundo nivel, el biológico, compartido con el medio vivo, capaz de desarrollarse y reproducirse, comenzó para el hombre hace dos millones de años. Está formado por las células cuyos elementos son los orgánulos celulares, formados por conjuntos de células con funciones determinadas, la mayoría de las veces reunidos físicamente, y los sistemas, constituidos por conjuntos de órganos. En este nivel, la interrelación se efectúa por medio de la sangre, linfa, sistema nervioso y vegetativo, el endocrino y el inmunitario. Desarrolla los sentidos para la comunicación con el medio exterior. El tercer nivel, el psicológico, en el que se forjan las emociones, sentimientos y pensamientos que el hombre comparte con otros. Y el nivel sociocultural, que permite el aprendizaje de los hábitos, actitudes y conocimientos específicos al contexto (Chippendale, 2013).

La salud sería la existencia de una adecuación de la estructura y de la función, la cual permitirá una suficiente y flexible resistencia del organismo ante las agresiones excesivas del ambiente en el que se vive y se trabaja con buen rendimiento.

Concretamente, la salud física es muy fiable pero de poca validez ya que lo que mide lo mide bien, pero no es exactamente salud lo que mide; usa características heterogéneas, por ejemplo, tener una cifra alta de glucosa y buena relación conyugal.

* 1. Diversidad como apoyo para un desarrollo saludable.

El patrón tiempo, y mucho menos la variable biológica, no es suficiente para caracterizar lo que es y hace una generación: en primer lugar, las generaciones implican o son relaciones sociales que se establecen entre grupos, personas, culturas. En segundo lugar, las relaciones sociales sólo pueden ser comprendidas a través del tiempo que duran: las relaciones tienen su propio tiempo y sus propios registros. En tercer lugar, las generaciones son cada vez más definidas desde y en la esfera pública, se definen por su conducta, sus acciones, sus ideas, sentimientos y percepciones, tanto dentro como fuera de la familia con sus normas, valores, actitudes. En cuarto lugar, si la apelación a lo biológico para identificar un criterio que caracterice lo generacional es ya insuficiente, es preciso hacerlo conjugar con la edad social, ello en referencia tanto a la posición en la familia como a la que se ocupa en la sociedad; las generaciones son una combinación relacional, una matriz de eventos, expectativas, fuerzas, causas internas y externas al sistema familiar, de hechos, ... relacionados entre sí. Y, finalmente, a la falta de contacto intergeneracional como la causa fundamental que puede explicar la imagen negativa que la sociedad tiene de las personas mayores, de la vejez, es oportuno destacar la importancia pedagógica del concepto de educación intergeneracional como aquel proceso que contribuye a superar esta imagen y procura fomentar el respeto a la diversidad y a la diferencia, a la pluralidad de valores, costumbres e identidades individuales o colectivas, a competencias, ritmos y niveles, a desarrollos y actitudes ..., en busca del conocimiento mutuo entre los distintos grupos generacionales (Pruchno & Rosenbaum, 2003; O'rourke & Ceci, 2013).

Los resultados de diferentes investigaciones sugieren hasta cinco tipologías o dimensiones en esta relación intergeneracional: dimensión afectiva, asociativa, funcional, normativa y de consenso. Se comprueba que, bajo la tipología de la dimensión afectiva, existen altos niveles de afecto entre padres mayores e hijos, aunque puedan descender ligeramente con el tiempo en función de la salud de los mayores; parece ser que las interacciones familiares durante la vejez se caracterizan por la proximidad, el afecto y la satisfacción en la interacción.

Por otro lado, se está desarrollando un tipo de familia extendida basada en la comunicación y en las relaciones más que en el hecho de vivir bajo el mismo techo; son frecuentes las interacciones entre los miembros de la familia y los familiares mayores, aunque no vivan bajo el mismo techo. Se trata de la dimensión asociativa.

En cuanto a la dimensión funcional, se entiende que la dirección de apoyo no va exclusivamente de los hijos a los padres en las actividades de la vida diaria y en el apoyo de su salud. En muchos casos, los padres son las principales fuentes de ayuda, sobre todo, en el capítulo de apoyo económico y emocional. Aunque las personas mayores no esperan recibir ayuda, se han encontrado niveles altos de responsabilidad filial en las familias contemporáneas. Las expectativas sobre el contacto, el afecto, el acuerdo y la ayuda entre generaciones varían de unos grupos familiares a otros.

Por último, los valores, creencias sobre temas externos a la familia no convergen con la edad de las personas. Es decisivo y concluyente que con la edad, los hijos influyen cada vez más sobre las actitudes de los padres, de los mayores (García Rodríguez y Ellgring, 2004; Hashimoto & Tabata, 2010; Vreugdenhil, 2014). Los años posteriores a los 65 ofrecen oportunidades únicas para el individuo crezca, se desarrolle y cambie. Las personas mayores, con más recuerdos y una historia más larga, conservan la capacidad y deseo humano de controlar el entorno y la necesidad de amar y ser amados. El modo en que cumplen sus tareas evolutivas depende en gran medida en cómo han cumplido las anteriores en etapas previas de su vida. Aunque la mayoría de las personas de la tercera edad están dispuestas a renunciar a su responsabilidad con la sociedad, muchos todavía permanecen activos e involucrados con las generaciones más jóvenes. De hecho, la creciente población de adultos jóvenes y mayores, que están sanos y vigorosos, están alargando la fase de la generatividad a la tercera edad. Esto significa que para muchas personas la tarea final de la vida, enfrentarse a la muerte, llega más tarde en su ciclo vital que para sus padres y abuelos.

1. Evolución de la diversidad a la intergeneracionalidad como motor para el desarrollo saludable.

2.1. Proceso de envejecimiento desde la intergeneracionalidad.

En nuestra sociedad actual, los 65 años viene a ser la edad en la que comienza la tercera edad y que, frecuentemente, coincide con el momento de la jubilación. En parte, es claro y evidente que la vejez se ha reglamentado; ésto en razón del hecho de que la edad arbitraria y obligatoria de la jubilación es aproximadamente la ya señalada. No obstante, el grupo o colectivo de los mayores engloba un amplio abanico de edades. Y, en efecto, si se considera la distribución por edades de los mayores, se comprueba que se halla repartida entre dos o más generaciones; podemos contemplar, al menos, una tercera y una cuarta edad (mayores jóvenes y mayores ancianos). Es decir, los mayores jóvenes se muestran todavía activos y están aún libres o liberados de problemas claramente invalidantes asociados a un avanzado envejecimiento (Bulmer, Sturgis & Allum, 2006; De la Cruz-Sánchez, Moreno-Contreras, Pino-Ortega, & Martínez-Santos, 2011).

Parece existir relación entre la edad cronológica y la serie constituida por los acontecimientos de la vida; sin embargo, los umbrales arbitrarios establecidos conforme a la edad resultan a menudo engañosos ya que son frecuentes las diferencias individuales y los cambios suelen ser graduales. Por tanto, ya que se envejece de modo diferente desde el punto de vista físico, social, emocional, ... la edad cronológica sirve para que objetivamente se marque la edad del sujeto.

Asimismo, el envejecimiento físico se desarrolla gradualmente de forma que resulta a menudo arbitrario precisar el momento en que una persona es físicamente mayor. Las personas para quienes es importante su condición física o las que se preocupan de su aspecto físico, pueden apercibirse de su envejecimiento fisiológico con más facilidad que aquellas cuyas actividades no están centradas en su estado físico. Las modificaciones graduales se aprecian cuando alcanzan un umbral crítico que provoca un cambio, constituyendo esto un valor en sí mismo.

Es sabido, y concluyente, que los mecanismos físicos declinan muy pronto al comienzo de la edad madura; la mayoría de las personas no toman conciencia del hecho más que en el momento en que afecta notablemente a sus actividades cotidianas. La imagen que se tiene de uno mismo puede cambiar cuando comienza a darse cuenta de que el vello se vuelve grisáceo o más escaso, cuando aparecen arrugas y la sequedad de la piel, e incluso, aumento de peso. En definitiva, el envejecimiento físico no solo modifica la imagen que tenemos de nosotros mismos, sino que también provoca cambios de comportamiento de los demás hacia nosotros. Esta situación de cambio se constituye como un mapa de valores que, en cualquier caso, debe contemplarse como favorecedor y dinamizador de la propia persona.

El término envejecimiento evoca habitualmente cambios físicos desagradables como pérdida de fuerza, disminución de la coordinación, dominio del cuerpo, alteraciones de la salud. Pero, la naturaleza y la amplitud de los cambios físicos así como la forma en que éstos se relacionan con factores procedentes del entorno y del medio social determina las diferencias individuales. Los cambios fisiológicos del envejecimiento deben, pues, ser considerados en sus relaciones con los factores sociales, culturales, ... así como los hábitos propios del sujeto (Edginton, Hudson, Dieser & Edginton, 2004; Mendes, 2013).

Por otro lado, atendemos al envejecimiento psicoemocional que está íntimamente relacionado con las experiencias del sujeto. Se considera que una persona es psicológicamente madura en la medida que puede asumir sus responsabilidades para con la sociedad. Se entiende a priori que la experiencia es más nutrida, cualitativa y cuantitativamente, a los 70 que a los 30 años; pero, no obstante, variables relativas a la instrucción pueden compensar la falta de experiencia en los jóvenes. El valor de la formación en la persona debe acompañarle a lo largo de toda la vida. El cambio se ha convertido en un modo de vida en sí mismo, es un gran valor al que hay sacarle un amplio rendimiento; y, los cambios psicológicos pueden contemplarse bajo dos planos: el plano de lo cognitivo que aglutina a todos aquellos cambios que afectan a la manera de pensar así como a las capacidades personales y, por otro lado, el plano afectivo y de la personalidad. Estas modificaciones no son, como ya ha quedado patente, espontáneas. La personalidad y las funciones cognitivas se ven afectadas por acontecimientos como la jubilación, la muerte del cónyuge, ... La manera de afrontar y reaccionar ante las múltiples experiencias determina aspectos importantes del envejecimiento.

Y, finalmente, el envejecimiento social que viene designado y determinado por los roles que se pueden, se deberían, se pretenderían, se desearían o han de desempeñar en la sociedad. Hemos de reconocer y fomentar aquellos valores que tienen una base social, grupal, comunitaria. Llegados a este punto, hay que postular que determinados roles sociales pueden entrar en conflicto con los apropiados a determinadas edades cronológicas. El conflicto entre las edades social, psicológica y cronológica constituye una forma de disonancia. Es el caso, por ejemplo, de aquellos que no están conformes con su rol de trabajador y desean, antes de la edad propia de la jubilación, jubilarse. Determinadas variables sociales es evidente que evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica. Una de estas variables puede ser la dependencia-independencia; mientras que se va emancipando de manera gradual la siguiente generación, los padres puede llegar a retornar a un estado de dependencia respecto de sus hijos o de la propia sociedad. Esta dependencia puede producir efectos diferentes en unas y otras personas en función de factores sociales y psicológicos.

2.2. Necesidades vitales acordes con un comportamiento saludable.

Calidad de vida entendida no sólo como condiciones objetivas de vida sino como experiencias subjetivas positivas percibidas por los miembros de una comunidad (p.ej. satisfacción vital, bienestar psicológico, sentimientos de felicidad), puesto que la calidad de vida, sobre todo, depende de la importancia y significado que el individuo atribuye a las experiencias que tiene y a las relaciones que establece con el ambiente. La revalorización del tiempo de recreo se refleja, en la vida cotidiana, en el aumento de la práctica del ejercicio físico y deportes, de la participación social en actividades culturales y de las demandas ciudadanas de lugares públicos para disfrutar del tiempo de asueto y favorecer los encuentros sociales, en las escapadas de fin de semana al campo y al aire libre y en las visitas a distintas ciudades y países, por citar algunos ejemplos.

La importancia del tiempo libre se pone también de manifiesto en las actuaciones institucionales. Desde la óptica ambiental y ecológica las ciudades están experimentando cambios en cuanto a la creación de infraestructura, la mejora de los lugares de juego y esparcimiento y la preocupación por la conservación del medio ambiente. Desde el ámbito cultural se observa el aumento de la oferta en cuanto a cantidad, diversidad y calidad de las actividades organizadas. Desde los servicios sociales, el ocio se ha convertido en un objetivo de los programas de intervención y en una estrategia de actuación empleada por los profesionales y paraprofesionales para prevenir problemas sociales, ofrecer asistencia a personas con necesidades específicas y favorecer la adaptación a los cambios vitales y la integración social, especialmente de colectivos marginados (Conde y Isidro, 1995; Veenstra & Syse, 2012). Desde la perspectiva profesional han surgido agentes de cambio social, como el caso de animadores socio-culturales, monitores de tiempo libre, entre otros.

La preocupación creciente de la comunidad, de sus grupos e instituciones, por aprovechar y usar adecuadamente el tiempo libre, responde, asimismo, a una dimensión temporal, a la cuantía del tiempo de esparcimiento de que disponen algunos sectores de la población y al aumento del mismo en algunos colectivos sociales como consecuencia de los cambios habidos en el ámbito laboral.

Con frecuencia las personas asocian el tiempo libre con estados fisiológicos y psicológicos positivos de relajación, placer, satisfacción, disfrute o diversión. Otras, en cambio, relacionan el tiempo libre con estados negativos que se plasman en aburrimiento, apatía, nerviosismo, ansiedad o estrés. Estas formas contrarias de entender el tiempo libre no son más que el reflejo de que el ocio es un fenómeno dinámico (Kleiber, 1999), sujeto al significado que el individuo atribuye a la conducta de recreo y a las características de la situación en la que lleva a cabo la actividad (Ajzen, 1991; Lee & Hung, 2011). La subjetividad y dependencia situacional del ocio demuestra claramente que no puede ser definido en función de la actividad.

Una explicación de tiempo libre que aporta Gete (1987) recoge la cualidad del ocio, el ser deseado, esperado o evitado. Esta perspectiva no concede al ocio una identidad propia y parte de su condición de dependencia del trabajo y de ser un tiempo contrapuesto al trabajo. Son dos realidades distintas, ni siquiera tienen que ser contrapuestas. El ocio alude a las experiencias que tiene el individuo cuando realiza actividades orientadas a alcanzar satisfacción, autoexpresión, autoconocimiento y desarrollo personal e implica percepción de libertad de elección, autonomía y capacidad de decisión (Driver, Brown y Peterson, 1991; Martina, Stevens, & Westerhof, 2012). En concreto, San Martín e Iso-Ahola consideran que la percepción de libertad de elección es la condición sine qua non para poder hablar de ocio. En relación con esta percepción, Iso-Ahola enunció la existencia de un umbral de ocio diferente en cada persona, por encima del cual el individuo experimenta falta de control de sus decisiones. La revalorización del ocio obedece a los beneficios que se le han reconocido a lo largo de los años. Beneficios que traspasan los límites de lo personal e inciden en el nivel social y comunitario, y van del bienestar físico y psicológico al desarrollo y bienestar comunitario (Coleman, 1993). Este protagonismo responde a un doble papel: el ser un contexto de riesgo social y el ser un marco potenciador.

2.3. Hallazgos contemplados desde un recorrido vital armónico.

La investigación epidemiológica ha identificado una gran variedad de comportamientos relacionados con la salud (Rodríguez Marín, 2001; Lee & Hung, 2011), entre otros: a) La actividad física regular: la actividad física puede ayudar a demorar, o impedir, el comienzo o reducir la severidad de varias de las principales enfermedades degenerativas, responsables por otra parte de incapacidades prematuras de las culturas industrializadas. El ejercicio físico regular y adecuado beneficia particularmente el control de peso, la prevención de la enfermedad coronaria, la normalización de lípidos y el metabolismo de carbohidratos. La evidencia empírica y clínica sugiere que el ejercicio tiene también beneficios psicológicos por cuanto que facilita la estabilidad emocional y mejora el autoconcepto. b) las prácticas nutricionales adecuadas: una dieta sana es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición. Esto significa que la dieta debe proveer cantidades adecuadas de todas las sustancias nutritivas esenciales y, al mismo tiempo, debe minimizar el riesgo de enfermedades asociadas con el exceso de consumo. El consumo de una cantidad adecuada y variada de nutrientes es una necesidad humana básica y un objetivo específico para la salud. c) Los comportamientos de seguridad: los accidentes son la tercera causa de muerte en los países desarrollados después de las enfermedades cardiovasculares y los procesos oncológicos. d) El consumo de estupefacientes: diferentes clases de tumoraciones, enfermedades del aparato respiratorio, la cardiopatía isquémica, las enfermedades cerebrovasculares, y desajustes sociales e interpersonales están en estrecha relación con el consumo de drogas. e) Las prácticas adecuadas de higiene: problemas y enfermedades asociadas con el tracto digestivo (caries dental), enfermedades de transmisión sexual, hepatitis, tuberculosis, ... afectan a más del 95 % de la población ubicada en países desarrollados. f) El desarrollo de comportamientos de autoobservación: existen procesos de riesgo cuya única forma de ser detenidos es observando muy tempranamente su aparición para poder así adoptar medidas eficaces de enfrentamiento (hipertensión, asma, diabetes, ...). g) El desarrollo de un estilo de vida minimizador del estrés: el patrón de conducta A como un factor de riesgo de la enfermedad coronaria. Este patrón conductual caracterizado esencialmente por ambición intensa, impulso competidor, preocupación constante por la falta de tiempo y un sentido de vivir con urgencia facilita el desarrollo del estrés.

En definitiva, desarrollo de competencias para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales (Maibach y Murphy, 1995; De la Cruz-Sánchez et al., 2011): ser competente a la hora de establecer redes sociales de apoyo y resolver problemas interpersonales. La probabilidad de adoptar o cumplir una recomendación de salud (cepillarse los dientes, seguir una dieta, una medicación) está vinculada a unas condiciones antecedentes o preparatorias de la conducta y a unas consecuencias que tienen la función de fortalecerlas.

Por un lado, las condiciones antecedentes que comprenden cuestiones como: a) la historia biográfica: las interacciones previas de un individuo influyen en su disposición a tener uno u otro tipo de comportamiento. La motivación general hacia la salud, el valor percibido de la amenaza de tener una enfermedad, la probabilidad percibida de que el comportamiento de seguimiento de la perscripción reducirá la amenaza, y las creencias y atribuciones en general son antecedentes disposicionales adquiridos a lo largo de la historia interconductual de un sujeto. b) Los factores disposicionales: las características estructurales (servicios de salud, mensajes, leyes, costumbres, ...) y demográficas (sexo, edad, status social, ...) del contexto sociológico en el que tiene lugar la acción de salud, introducen matizaciones que modifican y facilitan el comportamiento de seguimiento. Incluso, estas variables contribuyen a jerarquizar las necesidades de los individuos y, por tanto, a modificar su sistema motivacional. c) El modelado: la observación de la conducta de otros es un modo muy efectivo de comenzar el proceso de adquisición de conductas saludables. La observación proporciona conocimiento de qué hacer, así como constituye un ejemplo de cómo hacerlo, y por tanto es un excelente estímulo antecedente para proporcionar comportamientos saludables. d) La interacción: las habilidades y destrezas en comunicación verbal y no verbal de los proveedores de servicios de salud constituyen un poderosísimo antecedente disposicional en el cambio de conducta por razones como: en primer lugar, tienen un fuerte impacto en la comprensión, recuerdo, satisfacción y acuerdo de las prestaciones de salud, elementos todos ellos necesarios para un adecuado cumplimiento; y, en segundo lugar, el tono emocional o impacto en la interacción puede influir decisivamente en el consentimiento del individuo para adoptar la oportuna conducta saludable. e) La comunicación persuasiva: se trata de una comunicación que además de informar aporta la motivación necesaria para que la persona pueda pasar a la acción. Este tipo de comunicación lleva incorporado un mensaje motivacional que influye sobre las opiniones, sentimientos e intenciones del individuo (condiciones reforzantes o aversivas). f) Las señales discriminativas para la acción: estas señales o estímulos pueden actuar como desencadenantes activos de las conductas saludables. Así mismo, también existen señales discriminativas internas y/o vinculadas al mismo organismo que pueden igualmente ejercer la función de detener o promover un comportamiento específico.

Por otro lado, las condiciones consecuentes: son los estímulos que siguen a una conducta y tienen el efecto de fortalecerla o debilitarla y extinguirla. Al proceso por el cual una conducta que va seguida de determinadas consecuencias se fortalece le denominamos reforzamiento, y extinción al proceso que describe el debilitamiento de una conducta por no ir seguida de consecuencias reforzantes, o por haber perdido estas consecuencias su valor reforzante. Existen condiciones de aplicación del refuerzo que aumentan su eficacia: inmediatez, discriminativo, ... En el ámbito de la salud, se plantea el desarrollo de comportamientos incompatibles y/o la extinción y castigo de los hábitos no saludables.

En definitiva, la implantación, interiorización y asunción de un comportamiento saludable está en función de condiciones antecedentes y consecuentes. Las investigaciones que han examinado los beneficios del ocio en la salud han comprobado de forma consistente los efectos positivos que produce el ocio en la salud física y psíquica. Ahora bien, hay que tener en cuenta que no todas las actividades de ocio tienen el mismo impacto en la salud, depende de las características de las personas y de la situación. Una de las actividades de tiempo libre más estudiadas en relación con la salud ha sido el ejercicio físico. De todos es sabido que la práctica adecuada de ejercicio reduce los riesgos de padecer distintos tipos de enfermedades (cardiovasculares, reumáticas, ...), pero son menos conocidos los efectos que produce en el bienestar psicológico. Autores como Wankel y Berger (1991) señalan que el ejercicio físico reduce la ansiedad, el estrés y la depresión. Distintos mecanismos son los responsables de que la actividad física influya en la salud. Así, el ocio ejerce de factor de distracción, crea un humor positivo, proporciona apoyo y aumenta la autoestima y autoeficacia. Biddle y Mutrie (1991) comprobaron que la actividad física y el deporte aumentaban la autoeficacia percibida. Balaguer, Blasco, García, Valcárcel, Pons y Atienza (1993) demostraron que en los universitarios la autoeficacia física era la variable que mejor explicaba las diferencias entre los que practicaban deporte y los que no. A su vez, los estudiantes que hacían deporte se sentían más eficaces físicamente y tenían una percepción más alta de sus habilidades físicas que los que no se sentían autoeficaces. Coleman comprobó que en hombres y mujeres la salud física de los que estaban más motivados intrínsecamente era mayor que la de los que estaban motivados extrínsecamente.

La experiencia positiva de ocio contribuye a que el individuo desarrolle habilidades y competencias sociales, no se perciba sometido a presiones externas, posea sentimientos de control y dominio y esté dominado por el desafío. Ello implica que cuando se encuentra ante situaciones potencialmente estresantes (rutinarias, aburridas, frustrantes) las interprete de forma positiva y no como dañinas y lleve a cabo acciones encaminadas a modificar las circunstancias de la situación, a prevenir el estrés y las consecuencias negativas que de él se pueden derivar. De hecho el estrés psicosocial es una reacción negativa que experimenta el sujeto como consecuencia de haber fracasado a la hora de afrontar las demandas continuas y específicas con las que se encuentra en la vida, porque considera que no tiene las capacidades para afrontar determinadas situaciones. Coleman e Iso-Ahola (1993) comprobaron que las personas que participaban en actividades de ocio estaban más satisfechas y eran menos vulnerables al estrés que aquellas que no participaban. El efecto preventivo del ocio se produce a través de dos procesos básicos. Por una parte, la participación en actividades de ocio incrementa la percepción de apoyo social, puesto que favorece las relaciones interpersonales, la competencia social y el desarrollo de una identidad social por medio de la pertenencia a grupos. Por otra parte, aumenta la autodeterminación, es decir, la percepción de control y dominio de los acontecimientos y situaciones potencialmente estresantes.

1. La intergeneracionalidad en el recorrido vital de un ser competente
   1. Adaptación como competencia del mayor

El conocer y optimizar aquellas situaciones, condiciones o comportamiento por medio de los cuales se pueda favorecer una calidad de vida razonable es tarea prioritaria de la gerontología. Ocuparse en, y preocuparse por una vida de calidad está pasando a ser la meta más perseguida y valorada en gerontología. Los valores asociados con la calidad de vida persiguen en sí mismos una proyección en y desde la propia persona y sus necesidades personales. El énfasis tradicional dado a la supervivencia, a añadir exclusivamente más tiempo a la vida, está siendo equilibrado por el interés en añadir más salud a ese tiempo de vida y más vida a esos años. No es de extrañar, por tanto, que los indicadores de esperanza de vida estén dando paso a los indicadores de esperanza de vida activa o libre de discapacidad. Incluso desde la geriatría se insiste en que el objetivo de la atención a la persona mayor es la prevención y reducción de la discapacidad y la mejora de su calidad de vida.

La salud, las creencias positivas o las existenciales, los recursos y las condiciones materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, podrán ser importantes, pero nunca determinantes para una vida de calidad. El comportamiento es la cuestión central para un envejecimiento y vejez de calidad. Se viene defendiendo, en la actualidad, la teoría de que el envejecimiento y la vejez implican tanto pérdidas y disminuciones como aumentos, ganancias y perfecciones. Los estudios actuales van demostrando que las personas mayores son eficaces a la hora de mantener una sensación de control y una visión positiva tanto de sí mismos como del desarrollo personal (Stebbins, 2005; Chippendale, 2013).

Desde distintos modelos se ha intentado dar respuesta a una adecuada descripción y explicación de los modos más convenientes de lograr un comportamiento adaptativo y en elevado bienestar psicológico. Una de las primeras propuestas ha sido la teoría de la vinculación–desvinculación social que aporta un modelo fundamentalmente descriptivo que permite aclarar si resulta conveniente o no seguir comprometiéndose en actividades sociales que se llevaban a cabo anteriormente, y si ello resulta adaptativo y satisfactorio para la persona. En esta línea, otros autores como Havihurst con teoría de la desvinculación-vinculación selectiva han destacado que con los años lo que se desea es una reestructuración cualitativa de las actividades sociales y no tanto una disminución cuantitativa.

Por otro lado, el modelo psicoecológico de Lawton (1991) y el modelo de optimización selectiva con compensación de Baltes (1993) constituyen un destacado avance al situar al mismo nivel tanto los recursos de competencia personal como la presión o influencias del contexto.

La probabilidad de presencia de condiciones positivas de comportamiento adaptativo y de bienestar psicológico o afecto positivo se verá favorecida por el equilibrio entre la presión del entorno y los recursos de competencia del individuo. Si la presión ambiental no supera mucho el grado de competencia, se estará potenciando en el mayor un comportamiento de desafío, alerta, satisfacción, un mayor grado de autonomía y actividad; en definitiva, una mayor calidad de vida. Si la competencia no excede mucho el grado de presión ambiental, la comodidad y la seguridad de la persona mayor queda asegurada. Y, por otro lado, una presión fuerte junto a un nivel de competencia bajo, o un nivel alto de competencia junto con una presión ambiental baja, favorecerían la aparición de comportamientos desadaptativos y de afecto negativo.

La búsqueda de estrategias útiles y eficaces para la materialización de valores asociados a la adaptación y la adaptabilidad a distintas situaciones, escenarios y los requerimientos que se deriven de ellos, constituye uno de los objetivos clave en la evolución de la propia persona. En el modelo de Baltes, referido a la optimización selectiva con compensación, se establece que para conseguir una vida efectiva la persona mayor debe hacer modificaciones en sus tareas previas, entre otras: debe seleccionar determinadas actividades, debe optimizarlas con, por ejemplo, más tiempo, más ensayos, y debe compensar para afrontar pérdidas y disminuciones (Payne & Williams, 2005; Martina, Stevens, & Westerhof, 2012). La aplicación de los mecanismos de optimización selectiva con compensación, aplicados a cualquier ámbito de la vida, posibilita una mayor longevidad y salud biológica, salud mental y otros aspectos positivos como eficacia cognoscitiva, competencia social, productividad, control personal y satisfacción. El hecho de vivir supone la exposición a toda una serie de potenciales adversidades, situaciones o cambios negativos (pérdidas, disminuciones y presiones ambientales) en áreas destacadas de la vida y del funcionamiento personal, pero al mismo tiempo presupone la posibilidad de ocurrencia de toda una serie de oportunidades y cambios positivos y la emergencia de toda una serie de recursos culturales adaptativos, tendentes no sólo a afrontar satisfactoriamente aquellas limitaciones, sino también a hacer frente a la diversidad de tareas adaptativas.

* 1. Ser competente para la mejora de la calidad de vida.

La idea moderna de generación entendida como aquel colectivo de individuos que hace la historia, ha quedado obsoleta. Aquella concepción, que entendía la generación como “grupo de edad”, como una entidad constituida por un conjunto de individuos que han vivido en el mismo momento una experiencia histórica determinante e irrepetible, obteniendo de ella la propia orientación moral y el sentido de compartir un destino común, ya no es capaz de explicar la dinámica social y la complejidad de las relaciones entre las personas, colectivos y culturas (Bedmar y Montero, 2003; Veenstra & Syse, 2012).

Este marco debe recuperarse a fin de contribuir al trasvase de valores que fundamenten y den sentido a un camino vital común; la única diferencia entre una generación y otra será la cohorte o el grupo de edad al que pertenezca. Cada grupo humano contará con unos valores que le identifiquen más que otros o, en su caso, la jerarquización de los propios valores. El comportamiento de la persona mayor, en los distintos procesos de conceptualización, interacción y consolidación de procesos vitales de comunicación, es funcional e instrumentalmente tan competente, cuando menos, como en otras edades adultas para afrontar posibles problemáticas, situaciones que puedan afectar a su calidad de vida, o para reconducir nuevos escenarios personales significativos en su vida.

La persona mayor abierta a la vida se considera valiosa y capaz; utiliza el humor como reacción positiva; se siente bien consigo misma y con los demás; piensa que merece la pena el esfuerzo de vivir y de comprometerse con determinadas metas objetivas. Poseedora de este autoconcepto positivo, tiende a percibir los hechos, los cambios y las dificultades de la vida como desafíos a resolver, como acontecimientos susceptibles de aprendizaje, como ganancias en descubrimiento y comprensión. Los rasgos como la tendencia a no claudicar, el sentido de coherencia, el control personal, el lugar interno de control, la confianza interpersonal, el optimismo disposicional, la integridad del yo o la personalidad tenaz y resolutiva hacen que este mayor presente un acomodamiento a la vejez con serenidad, con integridad y con calidad de vida. Los estilos adaptativos principales que caracterizan el papel de éste son, en definitiva, los de serenidad, generosidad, sabiduría, sentido del humor y dignidad.

La persona mayor cerrada a la vida, sin embargo, se siente inferior a los demás; se ve rodeada de un ambiente hostil y amenazador; se rechaza a sí misma y a los demás; desconfía de todo; se cree incapaz e incompetente; esclava de la voluntad ajena; siente que cualquier esfuerzo es inútil, que nada vale la pena. Dominada por este autoconcepto negativo, los hechos, los cambios, las dificultades se perciben como amenazas, injusticias y pérdidas irreparables. Incapacitada para afrontarlas con estrategias flexibles y adaptativas, bloqueada como defensa y desmotivada para aprender, su adaptación típica se caracteriza por la presencia de comportamientos de frustración, resentimiento e indefensión aprendida. Los rasgos predominantes son el dominio del control externo y la pérdida de control personal. Este mayor se instala en la vejez con amargura, en la línea de la desesperanza.

El significado implicado en el término conceptual de “intentar asumir el envejecimiento”, debe entenderse como la respuesta madura resultante de valorar objetivamente la real y nueva situación de cada persona, sin adoptar conductas de escape permanente o de evasión continuada; para lograrlo, a estas personas les resultará de suma utilidad toda mejora de su calidad y capacidad comunicativa, de su ubicación física y afectiva, así como de la vivencia de utilidad subjetiva de su existencia, destacando en ello la respuesta ambiental a sus necesidades.

El envejecimiento saludable debe fomentarse en la persona mayor atendiendo a dos cuestiones claves: por un lado, el planteamiento de cambios o la introducción de nuevos hábitos y, por otro lado, búsqueda del nivel en el que se debe realizar la intervención. Las intervenciones para plantear un cambio de conducta saludable implican, entre otras cuestiones: fomentar una conciencia y motivación en el mayor para que adopte prácticas de salud, iniciar el entrenamiento para el aprendizaje del hábito, promover una red de apoyo para que mantenga el nuevo aprendizaje o modificar el ambiente para reducir el esfuerzo necesario para llevarlo a cabo, prevenir el abandono o las recaídas durante la fase de adopción del hábito, y mantener a largo plazo la práctica deseada.

La experiencia de ocio, en estos términos, deberá contribuir a que el individuo desarrolle habilidades y competencias sociales, no se perciba sometido a presiones externas, posea sentimientos de control y dominio, y esté dominado por el desafio (Iso-Ahola & Coleman, 1993; Ogden, 1996; Rojek, Shaw, & Veal, 2006; De la Cruz-Sánchez et al., 2011). Ello implica que cuando se encuentra ante situaciones potencialmente estresantes (rutinarias, aburridas, frustrantes) las interprete de forma positiva y lleve a cabo acciones encaminadas a modificar las circunstancias de la situación, a prevenir el estrés y las consecuencias negativas que de él se puedan derivar (Rodríguez Marín, 2001). Es el desarrollo y afianzamiento del ocio lo que, por tanto, proporciona recursos que ayudan a las personas a sentirse con capacidad para afrontar efectivamente los diversos eventos vitales. Al respecto, Coleman e Iso-Ahola consideran que el efecto preventivo del ocio se produce a través de dos procesos básicos. Por una parte, la participación en actividades de ocio incrementa la percepción de apoyo social, puesto que favorece las relaciones interpersonales, la competencia social y el desarrollo de una identidad social por medio de la pertenencia a grupos. Por otra parte, aumenta la autodeterminación, es decir, la percepción de control y dominio de los acontecimientos y situaciones potencialmente estresantes.

El sentimiento de libertad, la motivación intrínseca y autoactualización, sin duda, se contemplan como elementos propios de un ocio auténtico. El ocio es, en este sentido, un medio activo que posee la persona para explorar y conocer sus límites y potencialidades, y a través de este autoconocimiento crecer como persona. Es un medio que proporciona las oportunidades que necesita el individuo para plantearse retos constantes que desafíen su personalidad, le procuren nuevas habilidades y conocimientos y contribuyan al bienestar físico y psicológico, sin que haya lugar para el aburrimiento y el tedio, puesto que motiva que la persona tenga siempre nuevas experiencias (CsikszentMihalyi y Kleiber, 1991; O'rourke & Ceci, 2013).

En definitiva, las distintas situaciones en las que se puede ver implicado el adulto mayor pueden conllevar la necesidad de tener en cuenta todo lo mencionado anteriormente; de manera sintética: las demandas del medio, la percepción y procesamiento de la información, la emisión de respuestas motrices y el consiguiente feedback sobre el sistema de percepción y procesamiento, la emisión de respuestas fisiológicas y el consiguiente feedback sobre el sistema de percepción y procesamiento, las conse- cuencias del medio sobre la emisión de respuestas motrices y fisiológicas. La revalorización del ocio obedece a los beneficios que se le han reconocido a lo largo de los años. Beneficios que traspasan los límites de lo personal e inciden en el nivel social y comunitario, y van del bienestar físico y psicológico al desarrollo y bienestar comunitario (Coleman, 1993). Este protagonismo responde a un doble papel: el ser un contexto de riesgo social y el ser un marco potenciador.

1. Congruencia en el estar y ser mayor: bidireccionalidad permanente.

La mayoría de estas personas mayores se enfrenta a las importantes modificaciones que incluyen pérdida de la función social laboral y la jubilación, con reducción sensible de ingresos, a veces hasta topes inferiores a los de subsistencia, originando una forzosa dependencia de otras personas e instituciones. En este punto, los mayores que atraviesan por una situación económica de esta naturaleza, con pensiones exiguas y sin bienes que les permitan llevar una vida mínimamente digna, tienen derecho a esperar la ayuda y solidaridad amorosa de sus hijos que gocen de una posición económica desahogada, y aun de aquellos que no la tengan tanto y hayan de hacer algún esfuerzo o sacrificio, en justa compensación para quienes, en su caso, lo hicieron a fin de facilitarles cuanto, en su infancia y juventud precisaron.

Buscar y conseguir una relación intergeneracional profunda. Conseguir formar y mantener en los hijos la relación abuelos-nietos en razón de atracciones y afinidades afectivas de las generaciones extremas de la vida (Noval, González Alonso, Hurlé, P. et al., 2005; Hashimoto & Tabata, 2010). Es, en suma, el diálogo intergeneracional en el que los mayores transmiten a los jóvenes la historia de su vida. Es indispensable el mantenimiento de la comunicación entre los distintos miembros de la familia, independientemente de su edad, esforzándose cada uno por conocer y comprender las características y, en su caso, limitaciones propias de los demás, en virtud de su edad, su formación, su procedencia y su situación concreta (Bedmar y Montero, 2003; Vreugdenhil, 2014).

Ha de valorarse en esta nueva etapa de la vida el cultivo de las amistades y la conservación de las ya existentes, volviendo, si es posible, a las de la infancia y la juventud que, normalmente, son las más auténticas por no haber estado mediatizadas por intereses. Y, en definitiva, ha de conservarse y recuperar el espíritu familiar de convivencia, comunicación y apoyo entre los miembros de las diferentes generaciones, basado en el vínculo natural que ha de ser la base y la razón de la existencia de la institución familiar. Es bueno socialmente que, en concreto, las familias sigan teniendo un papel básico en la atención a sus mayores. Es un factor de cohesión social, de solidaridad intergeneracional, de compartir valores y vivencias (García, y Sánchez, 1998). Pero, siendo esto cierto, tampoco podemos someter esa solidaridad a una presión angustiosa, a quebrantos económicos, a un desentendimiento de las responsabilidades públicas, y todo ello sobre los hombros de las mujeres cuidadoras que a menudo supeditan todo a ese cuidado.

Cuatro son las más importantes vías de apoyo (Rojek, Shaw, & Veal, 2006): el desarrollo de servicios y programas de respiro (ayuda a domicilio, estancias diurnas, estancias temporales, ...); medidas de apoyo fiscal para reducir el sobrecoste económico que para muchas familias tiene la atención a un mayor dependiente; medidas de garantía de derechos laborales de los cuidadores para que la atención no suponga un perjuicio en el empleo o en la futura pensión, y, por último, el asesoramiento e información técnica.

Referencias bibliográficas

Ajzen, I. (1991). Benefits of leisure: a social psychological perspectives. En B. Driver, P. Brown y G. Peterson. Benefits of leisure. Pennsylvania: Venture Publising.

Atienza, F., Balaguer, I., Blasco, P., García, M. y Pons, D. (1993). Práctica deportiva y bienestar psíquico. Madrid: Universidad Complutense.

Bandura, A. (2000). Self-efficacy. In A. Kazdin (Ed.), Encyclopedia of Psychology. Washington, Dc: American Psychological Association.

Bedmar, M. y Montero, I. (2003). La educación intergeneracional: un nuevo ámbito educativo. Madrid: Dykinson.

Berger, B. y Wankel, L. (1991). The personal and social benefits of sport and physical activity. En P. Brown, B. Driver y G. Peterson (eds.). Benefits of leisure. Pennsylvania: Venture Publising.

Biddle, S. y Mutrie, N. (1991). Psychology of physical activity and exercise. A health related perspective. London: Springer-Verlag.

Bulmer, M., Sturgis, P. & Allum, N. (2006). The secondary Analysis of Survey Data. London: Sage.

Burleson, B., Albrecht, T. y Saranson, I. (1994). Communication of social support. London: Sage.

Coleman, D. (1993). Leisure based social support, leisure dispositions and health. Journal of Leisure Research, nº 25, 350-361.

Csikszentmihalyi, M. y Kleiber, D. (1991). Leisure and self-actualization. En B. Driver y P. Brown. Benefits of leisure. Pennsylvania: Venture: Publising.

Driver, B., Brown, P. y Peterson, G. (eds.) (1991). Benefits of leisure. Pennsylvania: Venture Publising.

Dumazedier, J. (1998). La importancia oculta del crecimiento del tiempo libre en la metamorfosis de la civilización. Boletín ADOZ, nº 15, 10-20.

Edginton, C., Hudson, S., Dieser, R. & Edginton, S. (2004). Leisure programming. Dubuque: Brown & Benchmark.

Fernández Castillo, A. (2000). Apoyo social y calidad de vida en personas mayores. Universidad de Granada.

García Rodríguez, B. y Ellgring, H. (2004). Los motivos y las emociones en la vejez. Madrid: UNED.

Gete, E. (1987). Tiempo de ocio. Barcelona: Plaza y Janés.

Gonzalo Sanz, L. (2002). Tercera edad y calidad de vida: aprender a envejecer. Barcelona: Ariel.

Iso-Ahola, S. y Coleman, D. (1993). Leisure and health: the role of social support and self-determination. Journal of Leisure Research, nº 25, 111-128.

Kleiber, D. (1999). Leisure and human development. San Francisco: Westview Press.

Maibach, E. y Murphy, D. (1995). Self-efficacy in health promotion research and practice: conceptualization and measurement. Health Education Research, vol. 10, nº 1, 37-50.

Mechanic, D. (1995). Sociological dimensions of illness behavior. Social Science Medical, nº 41 (9), 1207-1216.

Noval, P., González Alonso, G., Hurlé, P. et al. (2005). Los mayores: salud y calidad de vida en la vejez. Madrid: OCU.

Ogden, J. (1996). Health psychology: a textbook. Buckingham: University Press.

OMS (1986). Documentos básicos. 36ª ed. Ginebra.

Payne, G. & Williams, M. (2005). Generalization in Qualitative Research. Sociology, 39 (2), 295-314.

Pruchno, R. & Rosenbaum, J. (2003). Social relationships in adulthood and old age. In I. Weiner (Ed.), Handbook of Psychology, vol. VI. New York: Wiley.

Rodríguez Marín, J. (2001). Psicología social de la salud. Madrid: Síntesis.

Rojek, C., Shaw, S. & Veal, A. (2006). A handbook of leisure studies. New York: Palgrave Macmillan.

Russell, R. (2005). The context of contemporary leisure. Champaign: Sagamore Publishing.

Schaie, W. (2003). Psicología de la edad adulta y la vejez. Madrid: Pearson.

Simón, M. (1999). Manual de Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide.

Stebbins, R. (2005). Project-based leisure: Theoretical neglect of a common use of free time. Leisure Studies, 24 (1), 1-11.

Veehoven, R. (1995). Developments in satisfaction research. Social Indicators Research, nº 20, 333-354.

Chippendale, T. (2013). Elders' Life Stories: Impact on the Next Generation of Health Professionals. Current Gerontology & Geratrics Research. 1-7.

De la Cruz-Sánchez, E., Moreno-Contreras, M., Pino-Ortega, J. & Martínez-Santos, R. (2011). Leisure time physical activity and its relationships with some mental health indicators in Spain through the National Health Survey. Salud Mental. 2011, 34 (1), 45-52.

Hashimoto, K. & Tabata, K. (2010). Population aging, health care, and growth. Journal of Population Economics, 23 (2), 571-593.

Lee, Y. & Hung, W. (2011). The relationship between exercise participation and well-being of the retired elderly. Aging & Mental Health. 15 (7), 873-881.

Martina, C., Stevens, L. & Westerhof, G. (2012). Promotion of self-management in friendship. Aging & Mental Health, 16 (2), 245-253.

Mendes, F. (2013). Active ageing: A right or a duty? Health Sociology Review. 22 (2), 174-185.

O'rourke, H. & Ceci, Ch. (2013). Reexamining the boundaries of the 'normal' in ageing. Nursing Inquiry, 20 (1), 51-59.

Veenstra, M. & Syse, A. (2012). Health behaviour changes and onset of chronic health problems in later life. Norsk Epidemiologi, 22 (2), 135-142.

Vreugdenhil, A. (2014). 'Ageing-in-place': Frontline experiences of intergenerational family carers of people with dementia. Health Sociology Review. 23 (1), 43-52.