

01



Revista Ibero-americana
de Gerontologia



Ficha técnica

Copyright:

Versão online: ANGES - Associação Nacional de Gerontologia Social, www.anges.pt/riag

Periodicidade: Semestral

ISSN: 2183-0010

Indexada nas bases de dados: em processo de submissão

Diretor – Eduardo Santos – FPCE – Universidade de Coimbra, Portugal

Diretora Adjunta – Junia de Vilhena – LIPIS & Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil

Sub-Diretora – Esperanza Navarro-Pardo – Universidade de Valencia, Espanha

Editor – Ricardo Pocinho- IPCDVS – Universidade de Coimbra, Portugal

Grafismo: Ana Mafalda Santos

Distribuição: Gratuita

e-mail: riag@anges.pt

URL: www.anges.pt/riag

Submissão de textos: santoseduardo56@gmail.com [consultar normas na penúltima página]

Solicita-se permuta/Exchanged requested

Diretor – Eduardo Santos – FPCE – Universidade de Coimbra, Portugal

Diretora Adjunta – Junia de Vilhena – LIPIS & Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil

Sub-Diretora – Esperanza Navarro-Pardo – Universidade de Valencia, Espanha

Editor – Ricardo Pocinho- IPCDVS – Universidade de Coimbra, Portugal

Conselho Editorial

Ana Belen Navarro – Universidade de Salamanca, Espanha

Ana Cleide Guedes Moreira - Universidade Federal do Pará, Brasil

Ana Maria Rudge - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil

Anabela Martins – Escola Superior de Tecnologias da Saúde de Coimbra, Portugal

Anabela Panão Ramalho – Escola Superior de Educação de Coimbra, Portugal

Carlos M^a Alcover de la Hera - Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, Espanha

Carmen Moret Tatay - Universidad Católica de Valencia, Espanha

Carmen Triadó Tur – Universitat de Barcelona, Espanha

Cristina Jenaro Río – Universidad de Salamanca, Espanha

Emilia Serra Desfilis – Universidad de Valencia, Espanha

Eustaquio Martín Rodríguez - Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, Espanha

Feliciano Villar Posada – Universitat de Barcelona, Espanha

Henrique Figueiredo Carneiro - Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Hilda Mabel Guevara - Universidad Nacional de San Juan, Argentina

Irani Iracema de Lima Argimon – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil

Joana V. Novaes - LIPIS & Universidade Veiga de Almeida, Brasil

Juan José Zacarés González – Universidad de Valencia, Espanha

Karla P. Holanda Martins - Universidade Federal do Ceará, Brasil

Maria Ángeles Tortosa Chuliá – Universidad de Valencia, Espanha

Marco Depolo - University of Bologna, Italia

Marta Gerez Ambertin – Universidad Nacional de Tucumán, Argentina

Mike Murphy – University of Cork, School of Applied Psychology, Irlanda

Montserrat Celdrán Castro – Universitat de Barcelona, Espanha

Nadja Barbosa Pinheiro – Universidade Federal do Paraná, Brasil

Noelia Flores Robaina – Universidad de Salamanca, Brasil

Rosa Redolat Iborra – Universidad de Valencia, Espanha

Sofia Rosas Silva – Escola Superior de Educação de Coimbra, Espanha

Tania Dauster – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil

Tomas Las Peñas Vallejo - Universidad Nacional de San Juan, Argentina

Vera Lopes Besset - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Zaida Azeredo – UNIFAI-ICBAS – Universidade do Porto, Portugal

Equipa técnica

Ana Alves da Silva- IPCDVS – Universidade de Coimbra, Portugal

Ana Sofia Nunes- IPCDVS – Universidade de Coimbra, Portugal

Cristina Cruz – Fundação ADFP, Miranda do Corvo, Portugal

Gisela Santos- IPCDVS – Universidade de Coimbra, Portugal

João Pedro Gaspar- IPCDVS – Universidade de Coimbra, Portugal

João Pedro Leitão- IPCDVS – Universidade de Coimbra, Portugal

Pedro Belo - IPCDVS – Universidade de Coimbra, Portugal

Sinopse

A Revista Ibero-Americana de Gerontologia é uma revista aberta à colaboração de investigadores e de especialistas nacionais e internacionais, situados no campo da gerontologia e do envelhecimento ativo. A sua estratégia editorial e missão visam contribuir para o debate de ideias, pesquisas e experiências neste campo de atuação e de investigação, promovendo um diálogo aberto com áreas de conhecimento afins como a antropologia, a ciência política, a filosofia, a história, a psicologia, a sociologia, o serviço social, a educação, as ciências médicas e as novas tecnologias.

A Revista Ibero-Americana de Gerontologia privilegiará abordagens interdisciplinares que promovam a multiculturalidade no mundo ibero-americano neste domínio do conhecimento e da intervenção, assumindo-se como uma plataforma de edição e de desenvolvimento de projetos científicos e sociais. Esta revista terá uma edição *on-line*, e em números especiais terá simultaneamente edições em papel.

Estatutos Editoriais

- 1 – A Revista Ibero-Americana de Gerontologia terá uma periodicidade de edição regular semestral.
- 2 – Submete-se aos critérios de indexação e de revisão por pares.
- 3 – A sua gestão será realizada totalmente numa plataforma digital *on-line*, sendo conduzida por uma Direção, um Conselho Editorial e uma Equipa Técnica.
- 4 – A submissão de manuscritos reger-se-á por condições de admissão e obedecerá a normas de publicação a divulgar aos autores no seu *site*.
- 5 – Do ponto de vista dos direitos de autor serão escrupulosamente observadas as disposições legais em vigor.

Índice

Editorial: a arte de Envelhecer, Eduardo J. R. Santos, Ricardo Pocinho, Junia de Vilhena, Esperanza Navarro-Pardo & Ana Alves da Silva, p. 7

La experiencia de cuidar en primera persona: Vivencias de cuidadores informales de enfermos de Alzheimer, Cristina Jenaro, Aída Grueso, Noelia Flores, Esperanza Navarro-Pardo y Andrea Vázquez-Martínez, p. 10

Programas de Exercício e Prevenção de Quedas: Um estudo piloto para identificar necessidades dos idosos a residir na comunidade, Anabela Correia Martins, p. 27

Salud biopsicosocial y relación con la carga experimentada por cuidadores familiares de personas mayores dependientes, Noelia Flores, Cristina Jenaro, Esperanza Navarro-Pardo, Vanessa Vega y Andrea Vázquez-Martínez, p. 47

La generatividad en la vejez: Extensión y perfil de las actividades generativas en una muestra representativa de personas mayores españolas, Feliciano Villar, Montserrat Celdrán, Josep Fabà y Rodrigo Serrat, p. 61

Modelo de atención gerontológica centrado en la persona y los cambios en la cultura de gestión económica de las residencias de mayores en España, M^a Ángeles Tortosa Chuliá, p. 80

La Historia de Vida como Método de Estudio en Psicogerontología, Emilia Serra Desfilis, p. 91

Envelhecer Precário: Notas sobre Trajectórias Precarizantes de Envelhecimento, Eduardo Santos, Ana Alves Silva, Joana Gomes Almeida & Ricardo Pocinho, p. 118

Editorial: a arte de Envelhecer**Editorial: the Art of Ageing**

Eduardo J. R. Santos, Ricardo Pocinho, Junia de Vilhena, Esperanza Navarro-Pardo & Ana Alves da Silva

Ao lançarmos o primeiro número da *Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, queremos deixar uma homenagem a todos os que envelhecendo nos permitem, pela sua arte, escrever um pouco sobre este processo.

E gostaríamos de começar relembrando essa personalidade fundadora e fundamental que cresceu até à sua morte, e por isso se eternizou no campo do desenvolvimento humano – Erik Erikson. Um pouco da sua biografia oficial: Erik nunca conheceu o seu pai biológico. Quando a sua mãe voltou a casar, batizou-o de Erik Homburger, tomando o apelido judaico do seu novo marido. Auto-didata, e inconformado com a sua sorte, estranhando uma educação judia que contrariava a sua natureza nórdica, retratista talentoso, percorreu a Europa, e um dia cruzou o seu caminho com Anna Freud, com quem realizou os seus primeiros estudos e preparação psicanalítica. Insatisfeito, e sempre na procura de um crescimento pessoal, Erik abandona a Europa, rumo aos Estados Unidos. Mas antes de o fazer, rebatizou-se como Erik Erikson, isto é, Erik filho de Erik. Significativo...

E foi no seu novo destino, em confronto com um novo mundo em termos sociais e culturais, que Erikson despontou definitivamente para um pensamento verdadeiramente original e revolucionário: recorde-se o trabalho pioneiro junto dos índios Sioux que funda o seu modelo sobre o desenvolvimento da identidade. E este modelo fala-nos tão simplesmente deste processo que é crescer através da resolução de crises ao longo das etapas da nossa existência, uma forma de arte: como lutar entre a confiança de sobreviver e o medo, onde se radica a esperança de viver, tão típica dos recém-nascidos! Ou no final da vida: a sabedoria da crise de olhar para trás e desesperar pelo inacabado ou rejubilar pelo vivido...

Erikson faleceu em 1994 aos 82 anos, coroado de honrarias académicas, ele que nunca deixou de ser o auto-didata. Os estudos biográficos que nos legou sobre personagens como Jesus, Darwin, Freud, Ghandi e Lutero enalteceram a sabedoria do desenvolvimento humano e do envelhecimento, essa arte e virtude humanas.

Sim, somos sábios porque envelhecemos, e essa riqueza num mundo em falência será o caminho do futuro. Um grande sábio foi Sigmund Freud, que, na sua correspondência privada com o psicanalista português Abel de Castro, escrevia:

“quanto às minhas feições (um homem de 72 anos) creio que não terão, para os portugueses, maior significado...”.

Significado, quase profeticamente anunciado, relativamente ao mundo ibero-americano, o qual se colora de cinzento diariamente não apenas nos seus cabelos, mas também no seu ânimo.

Envelhecer é, portanto, ser sábio! Mas para envelhecer é necessária arte... Essa arte que o psiquiatra Thomae designou por *“técnica de existência”*. Essa arte que torna o envelhecimento, não obstante os seus sofrimentos psíquicos, a etapa da vida mais saudável do ponto de vista emocional, quando envelhecemos ativos e não em solidão. Porque ao envelhecermos, talvez as nossas neuroses da senescência não passem de ser a senescência das nossas neuroses antigas, em remissão, conforme nos alerta criticamente Bracinha Vieira.

Ao envelhecermos, embora num inconsciente atemporal, as nossas expressões evoluem. Ao Édipo atormentado da adolescência, sobrevém o Édipo – rei da velhice que em Colone diz:

“Antes, estava atormentado por males, que eram obra minha (...). Mais tarde saciei-me enfim do meu furioso remorso...”.

E porque o tema deste Editorial é a sábia arte de envelhecer, que queremos nos ilumine o caminho desta publicação, relembramos um poeta grande: Al-Berto. Algumas das suas poesias falam sublimes do medo de envelhecer, a “gerontofobia” dos adultos. De uma das suas obras fundamentais, justamente intitulada *O Medo*, colhemos dois excertos bem simbólicos:

“e nunca me disseram o nome daquele oceano / esperei sentada à porta... dantes escrevia cartas / punha-me a olhar a risca do mar ao fundo da rua / assim envelheci... acreditando que algum homem /ao passar / se espantasse com a minha solidão”

“Linha a linha as palavras apagam-se dos livros / nascem cardos nos olhos surgem estes galgos / acabados de chegar de outro poema longínquo / despertam a loucura / mas ele já não dorme nem se lamenta / nem prevê maior desastre: escrever um diário e envelhecer”

Envelhecer é uma arte criativa, pois criar é uma forma de anti-Destino, aquilo que nos imortaliza, como o antropólogo do imaginário, Gilbert Durand, nos chama a atenção. Enfim, criar e recriar espaços de reflexão e crítica é o que se pretende com este novo projeto editorial, lugar de estudo sobre a arte de envelhecer!

La experiencia de cuidar en primera persona: Vivencias de cuidadores informales de enfermos de Alzheimer

Cristina Jenaro¹*, Aída Grueso*, Noelia Flores*, Esperanza Navarro-Pardo**, y Andrea Vázquez-Martínez**

* Universidad de Salamanca, España

** Universidad de Valencia, España

Resumen

El presente estudio, de corte cualitativo, ofrece información sobre las vivencias de cuidadores informales de personas con enfermedad de Alzheimer. El estudio se ha realizado a través del análisis de entrevistas abiertas. De modo complementario se ha evaluado la carga experimentada, así como el sentido del cuidado mediante cuestionarios. Los participantes han sido 10 personas cuidadoras. Los resultados indican que estas personas experimentan consecuencias físicas, psicológicas y sociales derivadas de las tareas de cuidado. Por otro lado, experimentar que cuidar tiene sentido sirve de modulador de la carga experimentada. La carga adicional que, en muchas ocasiones, deben asumir las mujeres, ayuda a explicar la mayor percepción de carga. El tipo de relación se revela también como un factor importante. Estos y otros resultados nos ayudan a comprender mejor la complejidad de las tareas de cuidado y su vivencia, en un entorno socio-cultural que actúa como modulador de estas experiencias.

Palabras-clave: Cuidador, Carga, Sentido del Cuidado, Entrevista.

The experience of caring in the first person: Experiences of informal caregivers of Alzheimer's patients

Abstract

The present qualitative study provides information on the experiences of informal caregivers of people with Alzheimer's disease. The study utilized open-ended interviews. Additionally, both the burden and the sense of care experienced have been assessed by means of questionnaires. The participants consisted of 10 caregivers. The results indicate that these people experience physical, psychological and social consequences of care giving tasks. Furthermore, experiencing the sense of care-giving helps modulate the burden experienced. The additional tasks that women must often

¹ Autora para la correspondencia: Facultad de Psicología – Universidad de Salamanca, Avda. de la Merced, 109-131. 37005-Salamanca. España. E-mail: crisje@usal.es

take on helps explain the perceived higher burden they report. The type of relationship is also revealed as an important factor. These and other findings help us better understand the complexity of the tasks of care and associated experiences in a socio-cultural environment that acts as a modulator of these experiences.

Keywords: Caregiver, Load Sense of Care Interview

Introducción

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, se definen la enfermedad de Alzheimer como: “una enfermedad degenerativa cerebral primaria, de etiología desconocida que presenta rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos”. El trastorno se inicia por lo general de manera insidiosa y lenta y evoluciona progresivamente durante un período de años. El período evolutivo puede ser corto, dos o tres años pero, en ocasiones, es bastante más largo. Puede comenzar en la edad madura o incluso antes, pero la incidencia es mayor hacia el final de la vida (enfermedad de Alzheimer de inicio senil). En los casos de inicio más tardío, el curso tiende a ser más lento y a caracterizarse por un deterioro más global de las funciones corticales superiores. La demencia en la enfermedad de Alzheimer se considera hoy día irreversible (Cuetos, Rodríguez-Ferreiro, & Martínez, 2003; Mulet Pérez, Sánchez-Cosas, Arrufat Cardús, Figuera, Labad Alqueza, & Rosich Estragó, 2005; Olazarán, 2001; OMS, 1993).

Los cuidadores informales de enfermos de Alzheimer sufren o van a sufrir repercusiones en las tres esferas de su vida, debido al trabajo que realizan como cuidadores, puesto que al ser, además, miembros de su familia las personas cuidadas, entran en juego recuerdos y sentimientos que van a influir a la hora del cuidado. Aunque la mayoría de la literatura publicada sobre la experiencia de cuidar a enfermos de Alzheimer se centra en analizar los aspectos negativos del cuidado, existen estudios que muestran los aspectos positivos que pueden coexistir en la experiencia del cuidado (Capo & Gual, 2006). Cuidar de una persona dependiente puede ser, a pesar de las dificultades y dureza de la situación, una experiencia satisfactoria para el cuidador. Se han estudiado una serie de factores dependientes del cuidador que pueden aumentar la sensación de carga del cuidador o por el contrario pueden ser factores protectores.

La evaluación de la carga de los cuidadores informales ha ido ligada a la evolución del concepto de carga, y son numerosos los instrumentos que se utilizan para

evaluar los efectos derivados de cuidar a un familiar. Estas técnicas de evaluación tienen dos objetivos: evaluar la capacidad de los cuidadores para cuidar, o continuar cuidando, de una persona dependiente, y evaluar los servicios y programas destinados al apoyo de los cuidadores. En este sentido, la escala más utilizada y difundida es la Entrevista de Carga del Cuidador (*Caregiver Burden Interview*), que mide la carga subjetiva de los cuidadores, y resulta muy útil, ya que la carga subjetiva es un buen indicador de los efectos del cuidado (Montorio Cerrato, Fernández de Trocóniz, López López, & Sánchez Colodrón, 1998). La carga subjetiva se puede definir como el conjunto de actitudes y reacciones emocionales a la hora de cuidar, y se relaciona con la forma en la que se percibe la situación tanto con las dificultades como con las recompensas (Ramírez et al., 2008). La puntuación obtenida en esta escala resulta ser un predictor de la institucionalización mejor, en ocasiones, que el estado mental o los problemas de conducta del receptor de los cuidados.

Frente al concepto de carga, surge el referido al sentido del cuidado, que es considerado como uno de los factores más importantes para el bienestar del cuidador. Hallar un sentido al cuidado mejoraba los índices de depresión y autoestima en los cuidadores (Fernández-Capo & Gual-García, 2005). Encontrar sentido al cuidado es un proceso individual que debe responder a la pregunta ¿qué puedo hacer ante la situación que estoy viviendo?

En el presente trabajo se pretende identificar esas repercusiones y obtener una visión inicial de las mismas. Para ello hemos utilizado una metodología mixta que nos permite cuantificar el grado de carga experimentado por los cuidadores, y también conocer más a fondo las experiencias y vivencias de estos cuidadores. Por tanto, las páginas de este capítulo van a ser, también, el relato de la experiencia del cuidador.

Así pues, el objetivo general ha sido identificar y analizar los problemas bio-psico-sociales que se producen en los cuidadores informales de enfermos de Alzheimer. Más concretamente, hemos pretendido: (1) Evaluar las semejanzas y diferencias en las repercusiones de los cuidadores en función de las características del cuidador (edad, sexo, parentesco, convivencia con el paciente, tiempo dedicado al cuidado) e (2) Identificar los aspectos clave determinantes en el grado de carga experimentada por los cuidadores.

La hipótesis principal que queremos contrastar es que los cuidadores informales de enfermos de Alzheimer presentarán alteraciones en su estado de salud, tanto físicas

como psicológicas y sociales. Además, predecimos que: (1) La percepción de sentido del cuidado estará inversamente relacionada con la percepción de la carga, (2) Las mujeres experimentarán más carga y, consecuentemente, menos sentido del cuidado, (3) La percepción de sobrecarga y sentido del cuidado variará en función de la relación de parentesco del cuidador con la persona cuidada, (4) La convivencia con el enfermo de Alzheimer incrementará la percepción de carga y reducirá el sentido del cuidado, (5) La edad estará asociada a diferencias en la percepción de la carga y el sentido del cuidado.

Método

Diseño

El estudio es de tipo mixto, cualitativo-cuantitativo. La parte cualitativa sirve para identificar de manera profunda la naturaleza y estructura de las realidades. El término cualitativo se puede utilizar bajo dos acepciones, como cualidad y como calidad. Para alcanzar los objetivos del estudio, debemos recoger toda la información necesaria para conseguir esos objetivos y estructurar la información ideando una estructura lógica que integre esa información (Martínez, 2006). El uso de los dos tipos de metodología sirve para corregir los sesgos de cada tipo de metodología (Pita Fernández & Pértegas Díaz, 2002).

Procedimiento

Para realizar el estudio contactamos con la Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de una localidad de Castilla y León cuyos datos omitimos para salvaguardar la confidencialidad y el anonimato, así como con la Unidad de Apoyo Psicosocial del Ayuntamiento de dicha localidad. Las entrevistas se realizaron entre Junio y Julio de 2012, a partir de un guión inicial de 11 preguntas, con formato abierto para permitir al participante una cierta libertad para responder y plantear nuevos temas de conversación. Los instrumentos fueron cumplimentados con el apoyo de los profesionales de las organizaciones. En todos los casos, previamente a la entrevista, se explicó el objetivo del estudio y se facilitó el consentimiento informado a los familiares para su firma. Además, se controló al máximo la confidencialidad de la entrevista y se evitaron las distorsiones externas durante su realización.

Instrumentos

Hemos empleado en primer lugar la Entrevista de Carga del Cuidador o Escala de Zarit original. Fue creada en 1980 por Zarit et al., y consistía en un cuestionario de 29 ítems que evaluaba aspectos como salud física y psicológica, el área económica y laboral, las relaciones sociales y la relación con la persona receptora de cuidados. Posteriormente, en 1985, Zarit et al., revisaron la escala y redujeron los ítems a 22 (Bédard et al., 2001; Montorio Cerrato et al., 1998; Ramírez et al., 2008). Es un cuestionario autoadministrado con respuesta de tipo escala likert (0-4). El punto de corte de sobrecarga (o no) está en 46-47 puntos, y diferencia entre sobrecarga leve, hasta 56 puntos, y sobrecarga intensa, cuando se pasa de los 56 puntos (Delgado González et al., 2010).

La traducción y validación al castellano fue realizada por Martín Carrasco et al. (1996) en el artículo “Adaptación en nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador” (Caregiver Burden Interview, CBI) de Zarit en el año 1996 (Delgado González et al., 2010). El análisis de las propiedades psicométricas, tanto respecto de la carga global como de las tres subdimensiones derivadas a partir del análisis factorial, tuvo una aceptable consistencia interna (Ramírez et al., 2008). La fiabilidad de esta escala adaptada viene apoyada por un coeficiente α de Cronbach de 0.91 para la consistencia interna y un coeficiente de correlación de Pearson 0.86 para la fiabilidad test-retest. El análisis de validez de constructo mostró correlación de la sobrecarga del cuidador con su estado de salud mental medido con el Cuestionario de Salud general GHQ (General Health Questionnaire) y con la presencia de trastornos de comportamiento en el paciente (Delgado González et al., 2010).

Un factor que puede alterar el resultado de esta escala es la deseabilidad social, que se refleja en una tendencia a puntuar más bajo (nunca=0) algunas preguntas como: ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? o ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?, que pueden comprometer emocionalmente la respuesta del cuidador y hacer que dé una respuesta socialmente aceptable (Ramírez et al., 2008). Otro de los obstáculos para su uso en clínica es, quizá, la longitud del instrumento (Bédard et al., 2001) por esto, hay diferentes escalas que intentan reducir la Escala de Zarit para reducir el tiempo que se tarda en completarla. Sin embargo, la escala de Zarit, pese a los obstáculos comentados, es un instrumento válido y fiable para la medida de los niveles de sobrecarga subjetiva de cuidadores de personas con trastornos

psicogeríatricos, en este caso para los cuidadores de Enfermos de Alzheimer, si lo comparamos a otras herramientas de medida de la carga.

En el presente estudio hemos contrastado la fiabilidad, entendida como consistencia interna, de la escala considerada globalmente, así como de los tres factores. Hemos empleado el estadístico alfa de Cronbach. Los datos obtenidos reflejaron la existencia de una fiabilidad total elevada, con un $\alpha = 0,881$. Los análisis de fiabilidad de los diferentes factores de la escala, arrojaron los siguientes resultados: en el factor 1, Consecuencias del cuidado en el cuidador, obtuvimos un $\alpha = 0,857$. En el factor 2, Creencias y Expectativas sobre la capacidad para cuidar, el α fue de 0,824. En el factor 3, los resultados no fueron fiables. Por lo tanto, a la hora de analizar los datos optaremos por emplear la escala globalmente o tan sólo los dos primeros factores.

Farran et al. desarrollaron en 1999 una escala para evaluar el sentido del cuidado, la *Finding Meaning Through Caregiving Scale* (FMTCS). Partieron de un estudio cualitativo en el que realizaron preguntas abiertas como ¿cuáles son los aspectos más agradables de la experiencia del cuidado?, ¿cómo describirías tu vida ahora mismo? ¿qué cambios son los que más lamentas?, ¿qué es lo que te ayuda a seguir adelante o te aporta esperanza?, ¿qué es lo que más necesitas para continuar con el cuidado de tu familiar?, ¿cuáles son las cosas buenas que hay en tu vida?, a 94 cuidadores familiares de enfermos con demencia. A partir de los resultados identificaron seis temas y crearon la primera versión de la escala, que constaba de 135 ítems medidos por una escala de tipo likert de 7 puntos. Posteriormente se redujo a 43 ítems medidos por una escala tipo likert de 5 puntos. La puntuación total varía entre 43 y 215 puntos. Cuanto más elevadas sean las puntuaciones, más sentido del cuidado reflejan tener los cuidadores. Los ítems de esta escala se clasifican en tres subescalas: (1) *Pérdida (Loss/Powerlessness)*, cuyos ítems que reflejan sentimientos de pérdida hacia el enfermo y hacia ellos mismos, (2) *Sentido provisional (Provisional Meaning)*, que describe cómo los cuidadores encuentran sentido a través del cuidado a su día a día y (3) *Sentido último (Ultimate Meaning)*, cuyos ítems que se refieren a los aspectos religiosos o espirituales.

La escala, validada y traducida al español en 2007 por Fernández-Capo et al., denominada Escala del Sentido del Cuidado (ESC), ha demostrado ser un instrumento fácil de comprender y aceptado por los cuidadores de Enfermos de Alzheimer; además, al ser una escala dirigida específicamente a familiares cuidadores de personas con Alzheimer, todos los ítems se refieren a esa situación, por lo que pueden comprender el

contenido de los ítems sin dificultad y realizar el cuestionario en poco tiempo (aproximadamente 15 minutos). Al ser el sentido del cuidado un factor que reduce la sobrecarga de los cuidadores principales de Enfermos de Alzheimer, es importante tener en cuenta este factor en los estudios sobre cuidadores de personas dependientes (Capo & Gual, 2006; Delgado González et al., 2010; Fernández-Capo & Gual-García, 2005).

Para el presente estudio contrastamos la fiabilidad de la escala y de sus factores, siguiendo el mismo procedimiento que para la anterior escala. Así, en primer lugar, los análisis de la escala globalmente considerada indicaron un $\alpha = 0,826$. El Factor 1 obtuvo un $\alpha = 0,797$, el factor 2, un $\alpha = 0,583$, y el factor 3, $\alpha = 0,859$. En definitiva, todos los factores mostraron unos niveles de fiabilidad satisfactorios.

Participantes

Hemos procedido a entrevistar en profundidad a 10 personas cuidadoras. Un 10% tiene hasta 50 años, un 40% tiene entre 51 y 70 años y un 50% tiene entre 71 y 90 años. Los cuidadores son mayoritariamente del sexo femenino y suele tratarse de los cónyuges de los enfermos. De los 10 familiares que prestan apoyo a los enfermos de Alzheimer, participantes en el estudio, en un 66,7% de los esposos ($n=4$) conviven con los hijos, mientras que, en el caso de los hijos, el 100% ($n=3$) sí convive con ellos. Sin embargo, en el caso de los hermanos, el 100% ($n=1$) no convive con ellos. Los esposos se dividen en un 50% en sexo masculino ($n=3$) y sexo femenino ($n=3$). Los hijos son, en todos los casos, mujeres ($n=3$), lo mismo ocurre con los hermanos, que en caso de la informante es una mujer ($n=1$). Teniendo en cuenta la relación con el paciente y la edad, en un 83,3% de los casos ($n=5$), los esposos tienen más de 71 años de edad. En el caso de los hijos, un 66,7% se sitúa en el tramo de edad de 51 a 70 años ($n=2$); en la misma franja se sitúa nuestra única informante hermana.

Resultados

En respuesta a nuestro interés por identificar las repercusiones del cuidado, respecto a las alteraciones físicas (Biurrun Unzué, 2001; Sánchez, 2004), podemos encontrar desde síntomas inespecíficos, como la astenia y el malestar, a alteraciones del sueño, alteraciones músculo esqueléticas y mayor predisposición a patologías somáticas como úlceras pépticas o alteraciones cardiovasculares.

“bueno mi salud se ha resentido. Me dio una angina de pecho, en abril hizo un año, por exceso de fuerza me dijeron. Pero bueno...”

“yo es que le he movido mucho yo sola y, claro, él ha sido muy grande, ahora está muy delgado, está bastante más delgado, y tenía que tirar mucho de él, pero bueno...yo me encontraba para hacerlo y lo hacía hasta que caí” (Cuidadora 6)

“dolores de espalda, estrés, cansancio, nerviosa, malhumorada...me coge todo eso” (Cuidadora 7)

“lo noté sobretudo en las lumbares, porque mi hermana es muy grande y no se movía” (Cuidadora 5)

Dentro de las alteraciones psicológicas podemos encontrar insomnio, ansiedad y depresión así como preocupación e irritabilidad, lo que conlleva un aumento de la incidencia de automedicación (Biurrun Unzué, 2001; Sánchez, 2004).

“este año me dolía mucho la tripa y tal, y he acudido a urgencias varias veces por lo mismo, y el médico de cabecera ya sabe todo y bueno, he estado tomando ansiolíticos, porque una de las veces que fui a urgencias me dijeron que tenía la tensión muy alta, pero era del puro estado que yo tengo, y luego también por los dolores que llevaba...” (Cuidadora 4)

“...algunas veces, los nervios pues... cuando veo que tal...me tomo una pastilla de esas que me dieron cuando fallecieron mis hijos, pero esto de alterarme...no” (Cuidadora 3)

“estoy preocupado, igual es mi forma de ser. Cuando no tengo una preocupación más grande, la tengo más pequeña” (Cuidadora 7)

Y por último, dentro de las alteraciones socio-familiares, podemos encontrar repercusiones a nivel laboral, económico, reducción de la vida social y conflictos familiares entre otros (Biurrun Unzué, 2001; Sánchez, 2004).

“cambian cosas, ya no es como antes”, nos decía la Familiar 4 en relación a sus amistades.

“es una enfermedad larga y muy costosa”, “tienes que administrarte muy bien” (Cuidadora 2)

“los amigos parece que rehúyen de ti”, “les da vergüenza preguntarte” “te aísla de la sociedad” (Cuidadora 3)

Presentamos a continuación los resultados derivados del contraste de hipótesis. Así, en cuanto a la relación entre sentido del cuidado y percepción de la carga, el

análisis de las correlaciones entre los factores 1 y 2 de la escala Zarit, así como la escala globalmente considerada, pusieron de manifiesto la existencia de asociaciones negativas entre el total de la escala Zarit y los diferentes factores y total de la escala (véase Tabla 1). Similares resultados se obtienen entre los factores de la escala Zarit y los diferentes factores de la escala de Sentido del cuidado.

Tabla 1. Correlaciones entre la escala Zarit y la escala de Sentido del Cuidado

	f1SentPRov	f2Perdida	f3Sent.ult.	Total SC
Zarit total	-,188	-,800**	-,850**	-,779*
Zaritf1	-,090	-,745*	-,781*	-,685*
Zaritf2	-,509	-,716*	-,972**	-,947**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Todo ello se refleja en un comentario como el siguiente, manifestado por la cuidadora 6:

“pero bueno, yo lo estoy haciendo con gusto aunque alguna vez, ya te digo...digo ¡madre mía, pero qué estamos pintando los dos si no estamos pintando nada!”.

En este otro comentario se aprecia el dilema entre sentirse con el rol de cuidadora y sentirse sobrecargada y necesitar un respiro:

“yo, pues, me encuentro a gusto, porque me encuentro a gusto en casa, no soy una persona que le guste salir, pero reconozco que me está quitando a mí mi libertad. Que estoy a gusto, porque se lo he dicho a la psicóloga cincuenta mil veces y te lo digo a ti que me encuentro a gusto, pero reconozco que necesitas, porque hay veces que sales a la calle y dices “pero ¡si es que parece que el aire... como si te hiciera hasta daño al respirar!” (Cuidadora 6).

Nuestra segunda hipótesis trataba de profundizar en los roles asociados a la mujer como cuidadora. Así pues, su contraste comenzó con la realización de análisis de diferencias de medias. Los análisis de varianza realizados no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, si bien lo reducido de la muestra supone un factor clave a la hora de explicar dicha falta de significación. No obstante, las mujeres puntúan más elevado en percepción de sobrecarga y puntúan más bajo en la mayoría de los factores

del sentido del cuidado. Todos estos resultados ofrecen un sustancial apoyo a nuestra hipótesis. Esto puede verse reflejado en comentarios como el siguiente, de la Cuidadora 2:

“yo no salgo porque no quiera, sino porque no puedo, porque yo he sido de las personas que es que a mí me gustaba ir a trabajar, ir a hacer mi deporte pero luego salir, mis salidas, mis sábados, mis tardes después de trabajar tomarte un café, una cerveza, lo que fuera, era hacerlo. Pero es que ahora no, no tengo tiempo. Si salgo una vez al mes es porque puedo escaquearme un poco, si no pues nada...es lo único que...”

O este otro de la Cuidadora 8:

“me levanto por la mañana que es que parece que me han dado una paliza, y eso que te levantas por la mañana y dices “¡Dios mío!, ¡si es que no quiero levantarme!”. Me pasa ya muchos días, vamos casi todos”

Analizamos a continuación los efectos de los roles sociales (i.e. relaciones de parentesco y su impacto en la carga y sentido del cuidado). Si bien por lo escaso de las submuestras, no hemos realizado análisis de la significación de las diferencias, las hijas ofrecen puntuaciones más elevadas en carga y más bajas en sentido del cuidado. Por su parte, las hermanas puntúan más elevado que los otros dos grupos en sentido del cuidado. Podemos observar esas diferencias según el parentesco en comentarios de las Cuidadora 8 (esposa) y Cuidadora 5 (hermana):

“es algo de sacrificio, pero yo lo hago con mucho gusto, hija, yo lo hago como una cosa...como vamos, como hacer lo más grande de mi vida. Tener cuidado de él y lavarle, afeitarse, peinarle...cuando le echamos el desodorante “quita, quita que eso está muy frío, que no me mojes”, “que no te mojamos que hay que asearte” o sea, que muy bien, y eso de que esté así y le digas “¿qué haces?, ¿qué tal?” sólo con que haga así...es una felicidad que tienes. Porque si hubiera sido un sinvergüenza, a lo mejor, actuaba una de otra manera...pero un padre y unos hijos...que aunque me sacrifique toda la vida por ellos...” (Cuidadora 7).

“aceptarlo desde el primer momento y no desesperarse ni angustiarse, porque aquí está. Si tú estás tranquila le transmites tranquilidad. No sirve darle explicaciones porque no razonan. Aceptarlo con la mayor tranquilidad del mundo, ponernos enfrente no sirve de nada” (Cuidadora 5).

Presentamos a continuación los resultados derivados del contraste de nuestra cuarta hipótesis. En este sentido, hemos encontrado puntuaciones bastante diferentes e

incluso significativa (i.e. $p < 0,05$) en el factor 1 de la Zarit, pese a lo reducido de la muestra, entre quienes conviven o no con la persona con enfermedad de Alzheimer. Gráficamente, en la Figura 1 se aprecia cómo, quienes conviven con estas personas enfermas, se encuentran más sobrecargadas que quienes no conviven. Es interesante señalar que, según lo que hemos encontrado en otros análisis, las personas que no conviven con estos enfermos puntúan más alto en la mayoría de las escalas de Sentido del Cuidado, mientras que quienes conviven puntúan más alto que quienes no lo hacen en Sentido Provisional, es decir, en encontrar sentido a esta tarea del cuidador a través de los cuidados que se procuran en el día a día. Prueba de esto son los comentarios extraídos de las entrevistas que mostramos a continuación:

“pero es muy... cargante, porque es todos los días, todos los días lo mismo, siempre igual, que es que no cambia y no te puedes quedar en la cama una hora más porque ya a las 7.30 de la mañana están cantando, como yo digo, sobre todo mi padre ahora” (Cuidadora 9).

“yo el estrés lo tengo a todas horas. Lo de calmarme es sólo comer, porque es que la ansiedad que tengo...vamos, yo descanso el ratito cuando se van a la cama, y digo “ay, qué bien, qué alegría, ahora todo para mí, todo el sofá para mí”, así que muchas veces me quedo dormida y me da una rabia tener que irme a la cama ahora que estoy a gusto, porque es el ratito que descanso y estoy tranquila porque si no, no te deja nada...” (Cuidadora 7).

“cansancio tienes, sobre todo cuando termina la noche...cansada te quedas, agotada, no por el trabajo en sí, sino lo que para mí es agotador es que ella es como si te quiera absorber a ti, que estés todo el rato cuidándola a ella, pendiente de ella, que cuando estás hablando con otra persona ella quiere que le hables a ella, que te preocupes de ella y si no te llama la atención “escúchame, escúchame” o es...es como absorberte a ti, eres como para ella y nada más, dedicada a ella” (Cuidadora 83).

Esto contrasta con los comentarios de otros familiares que no conviven con el enfermo. El Cuidador 2, al hablar del momento en el que internó a su mujer, decía *“fue un trauma para mí, pero aquí encuentro mucho alivio y amigas en las trabajadoras, hay que tener vocación”*. También se refería al Centro de Día al que asistió antes de internarla *“para mí era un alivio llevarla al Centro de Día”, “allí además hice amigos”*.

También la Cuidadora 5 destaca que, desde que su hermana está interna, puede dormir y descansar porque antes *“nos pasábamos la noche cantando”*.

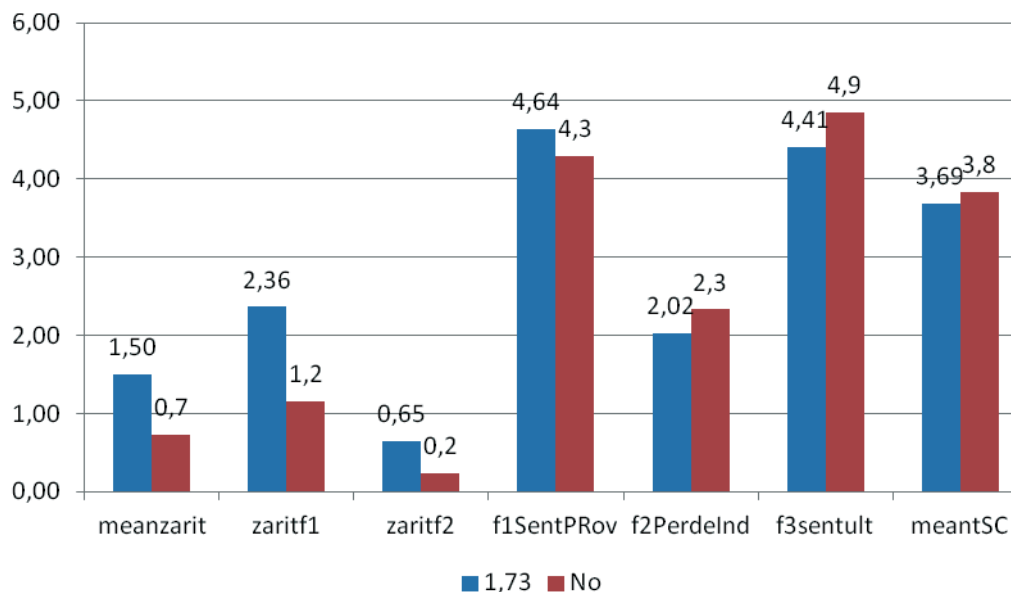


Figura 1. Puntuaciones promedio en escalas Zarit y Sentido del cuidado, agrupadas por convivencia o no con la persona con EA

Pasamos a continuación a ofrecer los resultados derivados del contraste de la quinta hipótesis. En la Figura 2 se puede apreciar cómo las personas más jóvenes se encuentran más sobrecargadas, mientras que las más mayores sienten que, por lo general, el cuidado tiene más sentido. Podríamos decir que, en este caso, encontramos el efecto de la relación de parentesco, puesto que las personas más jóvenes son hijas, mientras que las más mayores son los esposos/as de la persona enferma. En los siguientes comentarios de nuestros participantes en el estudio, podemos ver qué es para ellos el cuidado o de qué forma se lo toman pese a las repercusiones que les causa y algunos consejos que darían a otros cuidadores:

“lo estoy haciendo con todo el cariño del alma y con todo el conocimiento de que se lo merece. Que se merece eso y más” (Cuidadora 6).

“es que estoy cuidando a mi madre y no es ninguna obligación, es mi madre, la cuido lo mejor que puedo, unos días mejor, otros días será que esté yo más renegada...pero es mi madre y desde luego no pondría a nadie para que la cuide mientras yo pueda, y no es ningún sacrificio para mí” (Cuidadora 7).

“lo llevo con mucha paciencia...sé que es una cosa que tengo que llevar... que se esforcezase todo lo que pudiera en atenderle, ese es el consejo que yo le daría. Que aunque se quedara ella sin comer que muchos días, ya te digo hija, muchos, muchos días me toca a mí, si acaso me tomo un poquito de café y...! hala!, corriendo a

atenderle a él, que no le falte a él nada, ni ropa limpia todos los días ni asearle de arriba abajo todos los días, que no le falte nada...” (Cuidadora 8).

“pues que antes de meterse...porque es que una vez que estás ya es muy difícil retirarte. Que delegase responsabilidades a todo el mundo que pudiera, que no fuera la única responsable, porque yo me he hecho muy responsable, a lo mejor es culpa mía, yo me responsabilizado de la situación y no tendría que haberlo hecho, porque los demás me han visto como la responsable de la situación y claro, ya lo han dado por hecho y ahora quitarse es muy difícil, quitarse responsabilidades”; “que deleguen responsabilidades, no dejar su vida, trabajar, salir...” (Cuidadora 9).

“para mí el significado es tenerla a ella atendida, que no sufra nada, intentar que lo pase lo mejor posible...si por eso lo paso peor, porque salgo y llego 5 minutos más tarde y ahora le tenemos que dar de comer más deprisa” (Cuidadora 10).

“vivo con mucha paz”; “voy adaptándome según las circunstancias” (Cuidadora 1).

“hago un examen de conciencia y me pregunto: pero ¿por qué la quiero tanto?, ¿porque tengo pena o porque la quiero de verdad?” (Cuidadora 2).

Ante cuestiones como la razón por la que se dedica al cuidado o el significado de ser cuidador, uno de nuestros informantes manifestaba:

“me ha tocado aguantar la vela...sin desesperarse”; “me siento útil” (Cuidadora 3).

“una obligación, pero si no vengo a verle no estoy a gusto”, comentaba la Cuidadora 4 ante la pregunta de qué significado tiene para ella cuidar.

“cuidarla la puede cuidar cualquiera, pero hacerla reír...no” (Cuidadora 5).

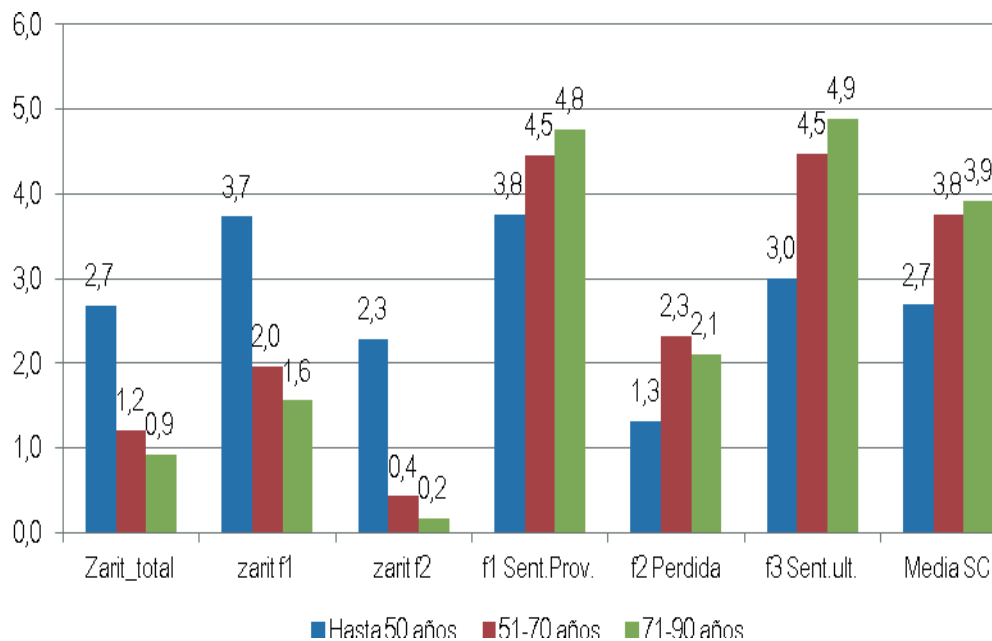


Figura 2. Puntuaciones promedio en escalas Zarit y Sentido del cuidado, agrupadas por edad

Discusión

A lo largo de estas páginas hemos tratado de dar respuesta a una serie de interrogantes. En primer lugar, hemos identificado los problemas bio-psico-sociales que se producen en los cuidadores informales de enfermos de Alzheimer. Como indicábamos previamente, Sánchez (2004) destaca tres tipos de alteraciones (físicas, psicológicas y sociales-familiares) como las causantes del “Síndrome del Cuidador Principal”, y que son coincidentes con las alteraciones observadas en los participantes de nuestro estudio.

Otro de los objetivos específicos del estudio ha sido evaluar las semejanzas y diferencias en las repercusiones experimentadas por los cuidadores en función de las características de éstos (edad, sexo, parentesco, convivencia con el paciente, tiempo dedicado al cuidado) e identificar los puntos clave determinantes en el grado de carga experimentada. Los resultados obtenidos tras las entrevistas y los cuestionarios realizados a los participantes muestran que las mujeres tienen mayor sobrecarga que los hombres, y que las hijas muestran mayor carga. Otro punto importante es la convivencia con el enfermo, que producirá mayor sobrecarga en los cuidadores.

Además, una de las contribuciones del presente estudio ha sido contribuir a ofrecer evidencias de la utilidad de distintos instrumentos para la evaluación de los

cuidadores, tanto respecto del nivel de carga experimentada, como el sentido que tiene para ellos el cuidado. Pese a la fiabilidad de las dos escalas utilizadas en el estudio, una vez analizados los resultados, comprobamos que las puntuaciones obtenidas en la Escala de Zarit no mostraban sobrecarga o mostraban sobrecarga leve, en familiares que, por sus palabras en las entrevistas semi-estructuradas, sí que estaban sobrecargados. Esto nos lleva a pensar que los resultados de las escalas pueden estar alterados por factores como la deseabilidad social, y hacer que el cuidador dé una respuesta socialmente aceptable, reflejándose todo ello en la tendencia a puntuar más bajo en preguntas como ¿siente vergüenza por la conducta de su familiar? o ¿se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? (Ramírez et al., 2008). Por esto, en el presente estudio ha sido fundamental la aportación de las entrevistas semi-estructuradas, pues nos han permitido profundizar en la vida de los cuidadores y las repercusiones reales, derivadas del cuidado a un familiar con Alzheimer, que sufren.

En cuanto al contraste de hipótesis, hemos obtenido los siguientes hallazgos: la percepción de sentido del cuidado está inversamente relacionada con la percepción de la carga; las mujeres experimentan más carga y, consecuentemente, menos puntuaciones en sentido del cuidado; según la relación de parentesco del cuidador con el enfermo varían las puntuaciones tanto de sobrecarga como del sentido del cuidado; la convivencia con el enfermo incrementa la percepción de carga y reduce el sentido del cuidado; y, por último, que la edad se asocia con la percepción de la carga y el sentido del cuidado. De los resultados obtenidos es posible señalar algunas conclusiones.

En primer lugar, un cuidador que experimente consecuencias negativas del cuidado, o que crea que tiene una escasa capacidad de cuidar y se sienta sobrecargado, es posible que sienta que el cuidado no tiene sentido, y no perciba que existe un sentido último de todo ello. Las mujeres puntúan más elevado en percepción de sobrecarga, y puntúan más bajo en la mayoría de los factores del sentido del cuidado. Las hijas ofrecen puntuaciones más elevadas en carga y más bajas en sentido del cuidado. Por su parte, las hermanas puntúan más elevado que los otros dos grupos en sentido del cuidado. El análisis de los factores culturales asociados al género es un aspecto que queda pendiente para posteriores estudios.

Quienes conviven con estas personas enfermas, se encuentran más sobrecargadas que quienes no conviven, pero también puntúan más alto en Sentido Provisional, es decir, en encontrar sentido a esta tarea del cuidador a través de los cuidados que

procuran cada día a sus familiares. Las personas más jóvenes se encuentran más sobrecargadas, mientras que las más mayores sienten que, por lo general, el cuidado tiene más sentido. La posible asociación entre edad y tipo de relación es también merecedora de posteriores estudios con muestras más amplias.

No nos gustaría finalizar el estudio sin antes mencionar algunas limitaciones del presente trabajo. En primer lugar, el estudio se ha basado en el análisis de una muestra elegida y no al azar. En segundo lugar, lo reducido de la muestra ha impedido profundizar más y realizar análisis estadísticos más sofisticados. Pese a las limitaciones expuestas, el presente trabajo nos ha permitido acercarnos a la realidad de estas personas que se dedican a tiempo completo a cuidar de su familiar, y explorar, tanto los aspectos negativos derivados del cuidado, como la sobrecarga, como los aspectos positivos, es decir, el sentido que dan al cuidado y lo que esto significa para ellos.

Referencias bibliográficas

- Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A., & O'Donnell, M. (2001). The Zarit burden interview. *The Gerontologist*, 41(5), 652-657.
- Biurrun Unzué, A. (2001). La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 36(6), 325-330.
- Capo, M. F. & Gual, P. (2006). Validación de la versión castellana de la Finding Meaning Through Caregiving Scale. *Informaciones Psiquiátricas*, 184 (2), 187-198.
- Cuetos, F., Rodríguez-Ferreiro, J., & Martínez, C. (2003). Alteraciones de memoria en los inicios de la enfermedad de Alzheimer. *Memory disorders in the first stages of Alzheimer's disease*, 5(1), 15-31.
- Delgado González, E., González Esteban, M. P., Ballesteros Álvaro, A. M., Pérez Alonso, J., Mediavilla, M. E., Aragón Posadas, R., et al. (2010). *¿Existen instrumentos válidos para medir el síndrome del cuidador familiar? Una revisión sistemática de la literatura*: Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad.
- Fernández-Capo, M. & Gual-García, P. (2005). Sentido del cuidado y sobrecarga. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40, 24-29.
- Martín Carrasco, M. (2000). Interacciones asistenciales en la enfermedad de Alzheimer. *Informaciones Psiquiátricas*, (162), 309-333.

- Martínez, M. M. (2006). La investigación cualitativa: síntesis conceptual. *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 123-146.
- Martín Carrasco, M., Salvadó, I., Nadal Álava, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz, P., & Taussig, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la escala de sobrecarga del cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6 (4), 338-345.
- Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: description and outcomes of an intervention programme. *Aging y Mental Health*, 11(6), 616-625.
- Montorio Cerrato, I., Fernández de Trocóniz, M. I., López López, A., & Sánchez Colodrón, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 2, 229-248
- Mulet Pérez, B., Sánchez-Casas, R. M., Arrufat Cardús, M. T., Figuera, L., Labad Alquézar, L., & Rosich Estragó, M. (2005). Deterioro cognitivo anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Mild cognitive impairment previous to Alzheimer's disease: typologies and outcome*, 17(2), 250-256.
- Olazarán, J. (2001). Hechos clínicos típicos y atípicos de la enfermedad de Alzheimer. In Martínez Lage J.M., & Robles Bayón A. (eds.): *Alzheimer*, 81-90.
- OMS (1993). Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). *Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Meditor.
- Pita Fernández, S. & Pértegas Díaz, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cadernos de Atención Primaria*, 9, 2.
- Ramírez, V. J. A., del Río, B. R., Russell, M. E. R., & López, C. G. F. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud* (002), 237-245.
- Sánchez, M. J. P. (2004). Atención de enfermería hacia el cuidador principal del paciente con enfermedad de alzheimer. Prevencion y cuidados en el" síndrome del cuidador. *Enfermería Científica*, 16, 264-265.

Programas de Exercício e Prevenção de Quedas: Um estudo piloto para identificar necessidades dos idosos a residir na comunidade

Anabela Correia Martins*²

*Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra - Instituto Politécnico de Coimbra

Resumo

As quedas são a maior causa de acidentes e de compromisso da condição de saúde das pessoas idosas, representando a principal razão na admissão aos serviços de urgência, morte prematura, problemas de saúde sérios e incapacidade, imobilidade, disfunção psicológica e institucionalização, estimando-se que 30% das pessoas com 65 ou mais anos caíam, pelo menos, uma vez por ano (Gillespie et al., 2012; NICE, 2013). Por este motivo, têm sido desenvolvidos vários programas, que vão desde o exercício à educação, para prevenir as quedas e suas consequências. **Objetivos:** Caracterizar a capacidade funcional (velocidade da marcha, equilíbrio, levantar e sentar numa cadeira), a história de quedas, o medo de cair, a autoeficácia para o exercício e a existência de polimedicação de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, a residir na comunidade; e perceber a relação entre esses fatores para, posteriormente, delinear estratégias de abordagem para a prevenção de quedas. **Metodologia:** Estudo descritivo e exploratório, com 64 participantes (71,9% mulheres) com idade média de 70 anos ($DP=7,91$), a residir na comunidade; 1/4 com história de queda, 37,5% medo de cair, cerca de metade, polimedicados e 23,4% com dificuldades a levantar e a sentar numa cadeira. Velocidade da marcha $\leq 1,2$ m/s em cerca de 1/3 dos participantes, o ponto de corte para risco na travessia de ruas ($M=1,41$ m/s, $DP=0,37$); equilíbrio $M=53,9\%$, $DP=25,31$ e autoeficácia para o exercício $M=14,18$, $DP=4,38$. **Resultados:** Tanto a velocidade da marcha como o equilíbrio são mais elevados nos participantes que não acusam medo de cair, que não estão polimedicados e que não precisam de ajuda para se levantar de uma cadeira. A autoeficácia para o exercício diminui com a idade e correlaciona-se positivamente com melhores perfis funcionais (equilíbrio e velocidade da marcha). **Conclusões:** Os resultados indiciam que a população idosa apresenta características funcionais, psicológicas (medo de cair e autoeficácia para o exercício) ou

² Anabela Correia Martins; Instituto Politécnico de Coimbra - Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra, Rua 5 de Outubro S. Martinho do Bispo Apartado 7006, 3046 – 854 Coimbra Portugal; email: anabelacmartins@estescoimbra.pt

clínicas (história de quedas e medicação) distintas, sendo fundamental conhecê-las para tomar decisões em relação ao programa de prevenção de quedas, nomeadamente a prescrição de exercício (níveis e formatos de prescrição, tipo de atividade, contexto em que os diferentes agentes poderão atuar, de acordo com as suas competências e responsabilidades, e aspetos motivacionais para melhorar a adesão) e educação, centradas em abordagens individualizadas, que devem ser monitorizadas e revistas regularmente, capacitando a pessoa a lidar com adversidades e minimizando os riscos de queda e incapacidade.

Palavras-chave: Prevenção de quedas, prescrição de exercício, funcionalidade, autoeficácia.

Exercise Programs and Fall Prevention: A pilot study to identify the needs of the elderly live in the community

Abstract

Falls are the principal cause of accidents and compromise the health condition of the elderly, representing the main reason on admission to emergency services, premature death, serious health problems and disability, immobility, psychological disorders and institutionalization, estimating that 30% of people aged 65 years, or older, fall at least once a year (Gillespie et al., 2012; NICE, 2013). For this reason, several programs have been developed, ranging from exercise to education to prevent falls and their consequences. **Objectives:** To characterize the functional ability (gait speed, balance, stand or sit in a chair), history of falls, fear of falling, self-efficacy for exercise and also polypharmacy of people aged over 60 years, to reside in the community, and understand the relationship between these factors to subsequently delineate strategies approach to falls prevention. **Methodology:** A descriptive and exploratory study, with 64 participants (71.9% women) with an age mean of 70 years (SD = 7,91), to reside in the community; 1/4 with a history of falling, fear of falling (37.5%) about half are polymedicated and 23.4% struggling to lift and sit in a chair. Gait ≤ 1.2 m / s in about one third of the participants, the cutoff point for speed risk in crossing streets (M = 1.41 m / s, SD = 0.37); equilibrium M = 53, 9%, SD = 25.31, and self-efficacy for exercise M = 14.18, SD = 4.38. **Results:** Both walking speed and balance are higher in participants who did not accuse fear of falling, which are not polymedicated and do not need help to get up from a chair. Self-efficacy for exercise decreases with age and is

positively correlated with better functional profiles (balance and gait speed).

Conclusions: The results indicate that the elderly population has functional characteristics, psychological (fear of falling and self-efficacy for exercise) or distinct clinical (history of falls and medication), being fundamental to know them to make decisions in relation to the prevention program falls, including exercise prescription (prescription levels and formats, type of activity, the context in which different agents may act in accordance with their powers and responsibilities, and motivational aspects to improve adherence) and education-centered approaches individualized, which should be monitored and reviewed regularly, enabling the person to cope with adversity and minimizing the risks of falls and disability.

Keywords: Fall prevention, exercise prescription, functionality, self-efficacy.

Introdução

Estima-se que 30% das pessoas com 65 ou mais anos caíam, pelo menos, uma vez por ano. As quedas são a maior causa de acidentes e de compromisso da condição de saúde das pessoas idosas, representando um sério problema de saúde pública. Constitui a principal razão na admissão aos serviços de urgência dos hospitais das pessoas com mais de 65 anos (Campebell, 1990; Davies & Kenny, 2000; Gillespie et al., 2012; NICE, 2013; Tinetti, 1988), assim como um dos principais fatores precipitantes da institucionalização desta população (NICE, 2013; Peel, Kassulke, & McClure, 2002; Rubenstein, Josephson, & Osteweil, 1996).

Segundo Lundin-Olsson (2010), para além das consequências físicas ou deficiências diretamente relacionadas com as quedas, o medo de voltar a cair afeta a qualidade de vida, conduzindo a limitação das atividades e restrições na participação social. As alterações da mobilidade, nomeadamente, da marcha e do equilíbrio, são identificadas como fatores predisponentes para a ocorrência de quedas, não só nas pessoas institucionalizadas como nas que vivem na comunidade (Moreland et al., 2003; Moreland, Richardson, Goldsmith, & Clase, 2004; Muir et al., 2010; NICE, 2013; Oliver, Daly, Martin, & McMurdo, 2004). Dificuldades em atividades básicas, como levantar da cama ou levantar e sentar numa cadeira, são indícios de risco de quedas (Rantakokko, Manty, & Rantanen, 2013; Wert et al, 2010).

Mais recentemente, tem vindo a estudar-se a relação entre a velocidade da marcha e a independência nas atividades da vida diária, exigindo que esta seja maior ou igual a

1,0 m/s. O risco de hospitalização e de institucionalização é maior quando a velocidade da marcha é igual ou inferior a 1,0 m/s e os riscos na comunidade, nomeadamente, em atravessar ruas de forma segura exige uma velocidade superior a 1,2 m/s. Andar na rua de forma independente requer que o idoso seja capaz de manter uma velocidade de, pelo menos, 0,8 m/s e a probabilidade de necessitar de frequentar um programa para reduzir o risco de queda é significativa para quem obtenha valores iguais ou inferiores a 1,0 m/s (Fritz & Lusardi, 2009; Lusardi et al., 2003).

Paralelamente, outros fatores frequentemente associados são a idade, as alterações visuais, outros problemas de saúde, como alterações cognitivas, tonturas e vertigens, osteoporose, incontinência urinária, assim como a utilização de polimedicção (quatro ou mais medicamentos diferentes), a história de quedas e o ambiente, tanto interior como exterior (Gillespie et al., 2012).

O medo de cair, dentro de determinado nível, pode ser útil nas pessoas com alterações do equilíbrio e da mobilidade, ao limitarem as suas atividades às que são seguras, tendo em conta as suas capacidades funcionais. Por outro lado, como resultado do medo de cair, as pessoas podem aumentar o risco de queda devido à atrofia muscular e à inatividade física de longa duração (Lachman, Howland, Tennstedt, Jette, Assmann, & Peterson, 1998).

Perante casos em que o medo de cair é desajustado da capacidade funcional e os indivíduos acusam grandes receios de cair, embora apresentando apenas ligeiras alterações do equilíbrio, estratégias adicionais devem ser implementadas. Estas englobam a prevenção de acidentes e formas de combater o stress, associadas a um programa de exercício significativo para a pessoa idosa.

Prescrição de exercício e prevenção de quedas

Recomendações para prevenir as quedas e as suas consequências sugerem a implementação de estratégias *standard* e estratégias individualizadas adequadas aos recursos disponíveis, revistas regularmente e monitorizadas, envolvendo a pessoa e o seu coletivo, formal e informal, cuja finalidade é a sustentabilidade das mesmas (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2012; National Center for Injury Prevention and Control, 2008).

Particularmente na prevenção de quedas nas pessoas mais velhas, e de acordo com Gillespie et al. (2012), Latham, Anderson, Bennett, & Stretton (2004) e Wu (2002), os

programas menos efetivos estão frequentemente relacionados com as intervenções em grupo e realizadas em ambientes alheios ao quotidiano. Este facto pode ser devido à dificuldade em realizar um programa, simultaneamente, motivador e seguro, em que os exercícios possam ser orientados e modificados para minimizar as dificuldades e maximizar as capacidades de todos os participantes.

A prescrição de exercício é prioritária, não apenas para a prevenção de quedas, mas das suas consequências; particularmente, se promover mudanças positivas no equilíbrio e na mobilidade após a realização de um programa adequado e individualizado, desenhado e implementado por fisioterapeutas e, sustentado na articulação com outros profissionais e cuidadores informais (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, 2012; Sherrington et al., 2008; Shubert, 2011).

Numa revisão sistemática e meta-análise sobre exercício na prevenção de quedas, Sherrington et al. (2008) concluíram que mudanças moderadas a altas do equilíbrio, após um programa centrado no treino de equilíbrio, conduzem a um significativo efeito protetivo na redução de quedas (cerca de 25% menos de quedas).

A decisão sobre o tipo de programa (individual vs em grupo) mais ajustado a uma pessoa depende de vários fatores, como preferências pessoais, autoeficácia, extensão dos problemas, disponibilidade dos serviços, entre outros. Embora na perspetiva das agências, dos serviços e dos profissionais, os programas em grupo sejam mais eficientes, a evidência sugere que os que incorporam uma avaliação e um programa individualizado, progressivo (por exemplo, evoluindo de apoio com ambas as mãos, passando por apoio numa só mão, terminando sem apoio) e seguro conduzem a melhores resultados, com benefícios percecionados tanto pelos indivíduos como pelos seus familiares (Sherrington et al., 2008).

Autoeficácia e mudanças de comportamento

A autoeficácia no idoso começou a ser vista como um recurso interno capaz de minimizar os efeitos das incapacidades funcionais que podem afetar o bem-estar e a qualidade de vida ao longo do processo de envelhecimento. No caso do exercício, é completamente seguro que a autoeficácia seja um determinante consistente na adoção do exercício e na sua manutenção a longo prazo (Brassington et al., 2002).

Uma pessoa não se envolverá numa atividade, neste caso o exercício físico, e não adotará objetivos com esse fim, a menos que acredite ser capaz de a desenvolver com

sucesso (Ponton, Edmister, Ukeiley, & Seiner, 2001). A autoeficácia é um domínio específico de avaliação, uma vez que deve ser contextualizado para uma atividade ou situação específica. Se uma pessoa acredita, apesar da sua idade, ser capaz de obter os resultados desejados, e se se sente capaz de desenvolver com sucesso as atividades inerentes, então devemos esperar que a autoeficácia deve preceder essa capacidade. Assim, melhores ou piores níveis de autoeficácia podem promover ou limitar a motivação para agir, supondo-se que uma autoeficácia elevada se relaciona com melhor saúde e funcionalidade.

Em geral, a investigação tem demonstrado correlação entre as crenças de autoeficácia e as mudanças no comportamento, assim como com determinadas medidas de resultados, concluindo que esta variável é um excelente preditor do comportamento (Pajares, 2002). Graham & Weiner (1996) admitem mesmo que a autoeficácia é o preditor mais consistente das mudanças no comportamento, de entre todos os construtos motivacionais, não sendo apenas uma questão de capacidade percebida, mas de crença de que se é capaz.

A iniciação, a persistência e o abandono de uma estratégia ou comportamento são particularmente afetados pelas crenças pessoais quanto às suas competências e probabilidade de lidar e ultrapassar as exigências ambientais (Bandura, 1992; Lent & Maddux, 1997).

As percepções pessoais de eficácia influenciam o tipo de cenários antecipatório que as pessoas constroem. Aqueles que possuem um sentido elevado de eficácia visualizam cenários de sucesso, os quais fornecem guias positivos para a realização. Os que se auto-avaliam como ineficazes estão mais propensos à visualização de cenários de insucesso que prejudicam a sua realização através do acentuar dos aspetos negativos. Um sentido de eficácia elevado favorece a construção cognitiva de ações eficazes, e a percepção de ações eficazes fortalece as auto-percepções de eficácia. As crenças de autoeficácia afetam habitualmente o funcionamento cognitivo através da ação conjunta das operações de processamento de informação e da motivação. As crenças de autoeficácia determinam o nível de motivação, tal como se refletem na quantidade de esforço empregue para alcançar um objetivo e o tempo que persistirão em face dos obstáculos. Quanto mais forte a crença nas capacidades pessoais, maiores e mais longos serão os esforços (Bandura, 1989).

Em qualquer dos domínios, a mudança comportamental é facilitada pelo sentido de controlo pessoal. Quando se acredita que se pode atuar para resolver um problema, haverá maior propensão a fazê-lo e a sentir-se mais implicado numa decisão (Bandura, 1997, 2001).

As crenças de autoeficácia relativas à adesão a um programa terapêutico são de dois tipos: eficácia quanto ao resultado (crenças quanto à possibilidade de um comportamento dar origem a um resultado desejado) e crenças de autoeficácia (crenças pessoais quanto à capacidade para executar um comportamento). No geral, as crenças de autoeficácia parecem ser mais relevantes para a adesão a planos terapêuticos mais difíceis e exigentes (Gully, Incalcaterra, Josi, & Beautbein, 2002; Horne & Weinman, 1996; Stajkovic & Lee, 2001).

Em suma, podemos dizer que as perceções de autoeficácia podem afetar a saúde de duas formas diferentes. Uma, através da execução de comportamentos que influenciam a saúde. A segunda, através do impacto na resposta fisiológica de stress, a qual, quando ocorre muito frequente, intensamente ou por longos períodos de tempo, pode afetar uma vasta área de domínios da saúde (O’Leary, 1992).

Os objetivos deste estudo foram caracterizar a capacidade funcional, nomeadamente a velocidade da marcha, o equilíbrio (bipodal anteroposterior) e a independência no levantar e sentar (cadeira), a história de quedas e o medo de cair, a autoeficácia para o exercício e a existência de polimedicação de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, a residir na comunidade; e perceber a relação entre esses fatores para, posteriormente, delinear estratégias de abordagem para a prevenção de quedas.

Metodologia

Desenho do estudo

Estudo descritivo e exploratório, com recolha de informação num único momento, através de entrevista por questionário, aplicação do Teste 10-metros Marcha e realização do teste de equilíbrio na Plataforma de Forças Hércules®.

Participantes

A amostra do estudo foi de conveniência, constituída por 64 indivíduos com idade mínima de 60 anos e máxima de 91 anos ($M=70$, $DP=7,91$), residentes no distrito de Coimbra, não institucionalizados, sendo que 46 eram do sexo feminino (71,9%).

Dezasseis dos indivíduos (25%) já tinham experienciado, pelo menos, uma queda e 24 (37,5%) acusaram ter medo de cair. Trinta (47%) estavam medicados com mais de quatro medicamentos diferentes, 15 (23,4%) referiram dificuldades a levantar e a sentar numa cadeira, embora apenas 5 (7,8%) utilizassem auxiliares de marcha.

Dos 48 indivíduos sujeitos ao teste de velocidade da marcha, quinze (31,3%) obtiveram valores iguais ou inferiores a 1,2m/s; nove (18,8%), iguais ou inferiores a 1,0m/s; e quatro (8,3%), iguais ou inferiores a 0,8 m/s, pontos de corte para riscos na travessia de ruas, de hospitalização/institucionalização e de alguma dificuldade em se deslocar fora de casa, respetivamente. A velocidade da marcha foi de $M=1,41$ m/s, $DP=0,37$.

O equilíbrio, avaliado através de um exercício na posição de pé, em apoio bipodal, em que se registou num software adequado, a percentagem de tempo em equilíbrio, foi de $M=53,9\%$, $DP=25,31$. Quanto à autoeficácia para o exercício, verificou-se um valor $M=14,18$, $DP=4,38$, numa escala em que 5 é o valor mínimo e 20, o valor máximo, em que pontuações mais elevadas correspondem a maior crença ou sentido de autoeficácia para praticar exercício (Quadro 1).

Quadro 1: Idade, velocidade da marcha, equilíbrio e autoeficácia para o exercício

	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade (anos)	60	91	70,00	7,91
Velocidade da marcha (m/s)	0,64	2,31	1,41	0,37
Equilíbrio (%)	0	97	53,90	25,31
Autoeficácia para o exercício	5	20	14,18	4,38

Procedimentos

Todos os indivíduos foram abordados na comunidade, durante um evento realizado num espaço comercial onde decorria uma ação de rastreio de saúde, entre os dias 16 e 18 de Abril de 2013. Após a apresentação do estudo e aceitação em participar, foi administrado um questionário por entrevista sobre dados sociodemográficos,

medicação e história de quedas e a adaptação para a população portuguesa do questionário de Autoeficácia para o Exercício (Schwarzer & Renner, 2000).

De seguida, explicou-se aos participantes os procedimentos para o Teste 10-metros Marcha, onde se aconselhava que caminhassem em passo acelerado num percurso previamente definido, conforme descrição de Perera et al. (2006) e cronometrou-se o tempo que demoravam a cumpri-lo; posteriormente, calculou-se a distância percorrida por segundo. Finalmente, o teste de equilíbrio foi realizado na Plataforma de Forças Hércules®, em apoio bipodal anteroposterior, analisando a diferença de distribuição de forças entre quatro células de cargas anteriores e quatro células de cargas posteriores. As tensões obtidas foram analisadas e processadas através de um *software* desenvolvido em linguagem *LabVIEW* que permitiu analisar o modo como estava a ocorrer a distribuição de forças, dos membros inferiores, sobre a plataforma. O participante assumia a posição de equilíbrio, dispondo desta informação através de *feedback* visual, e era informado que devia manter essa posição durante o tempo de teste (30 segundos), sendo registada a percentagem de tempo em equilíbrio; este teste foi efetuado uma única vez, para evitar a aprendizagem, sendo que a condição de equilíbrio teve uma tolerância de 5%.

Análise estatística

Para o tratamento estatístico dos dados recorremos ao software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), na sua versão 19.00. Foram aplicados *designs* estatísticos descritivos (medidas de tendência central e de dispersão); inferenciais (bivariados: *t student*, para amostras independentes e *r* de Pearson). O nível de significância foi de $p < 0,05$ com intervalo de confiança de 95%.

Resultados

A inspeção dos resultados mostra que a velocidade média da marcha, em passo acelerado, foi de 1,41 m/s, sendo maior nos grupos de participantes que não acusam medo de cair (1,53 m/s), que não estão polimedicados (1,52 m/s) e que não precisam de ajuda para se levantar de uma cadeira (1,51 m/s), comparativamente aos que acusaram medo de cair (1,17 m/s), que estão polimedicados (1,27 m/s) e que se sentam e levantam de uma cadeira com muita dificuldade (1,05 m/s), sendo essas diferenças estatisticamente significativas. A tendência para melhores resultados na velocidade de

marcha também se verifica nos participantes que nunca caíram (1,45 m/s), em comparação com os que já caíram (1,29 m/s). Contudo, essa diferença não é estatisticamente significativa.

No que diz respeito ao equilíbrio, existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de participantes, pontuando mais alto quem nunca caiu (59,39% vs. 38,81%), não sente medo de cair (59,41% vs. 45,04%), não está polimedicado (60,13% vs. 47,24%) e é independente na atividade de sentar e levantar de uma cadeira (57,48% vs. 42,14%).

Dos resultados relativos à autoeficácia para o exercício, cuja medida de 5 itens revelou uma boa consistência interna nesta amostra ($\alpha=0,87$), salienta-se que esta é mais alta nos participantes que não estão polimedicados (14,94 vs. 13,33), nunca caíram (14,87 vs. 12,12), não acusam medo de cair (15,15 vs. 12,58) e entre os que não precisam de ajuda para se levantar de uma cadeira (14,67 vs. 12,60), com diferenças estatisticamente significativas em relação aos três últimos aspetos (Quadro 2).

Quadro 2: Diferenças entre grupos em relação à velocidade da marcha, ao equilíbrio e à autoeficácia para o exercício

		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>p</i>
Velocidade da marcha (n=48)	Sem história de quedas	36	1,45	0,37	<i>ns</i>
	História de quedas	12	1,29	0,37	
	Sem polimedicação	28	1,52	0,32	<i>0,02</i>
	Polimedicação	20	1,27	0,39	
	Sem ajuda a levantar de cadeira	38	1,51	0,32	<i>0,001</i>
	Precisa de ajuda a levantar de cadeira	10	1,05	0,32	
	Sem medo de cair	32	1,53	0,33	<i>0,002</i>
	Medo de cair	16	1,17	0,34	
Equilíbrio (n=64)	Sem história de quedas	44	59,39	23,50	<i>0,004</i>
	História de quedas	16	38,81	24,59	
	Sem polimedicação	31	60,13	26,07	<i>0,04</i>
	Polimedicação	29	47,24	23,08	
	Sem ajuda a levantar de cadeira	46	57,48	24,65	<i>0,04</i>
	Precisa de ajuda a	14	42,14	24,69	

	levantar de cadeira				
	Sem medo de cair	37	59,41	24,60	0,03
	Medo de cair	23	45,04	24,38	
Autoeficácia para o exercício (n=64)	Sem história de quedas	48	14,87	3,72	0,02
	História de quedas	16	12,12	5,58	
	Sem polimedicação	34	14,94	3,89	ns
	Polimedicação	30	13,33	4,80	
	Sem ajuda a levantar de cadeira	49	14,67	4,06	0,008
	Precisa de ajuda a levantar da cadeira	15	12,60	5,12	
	Sem medo de cair	40	15,15	3,91	0,02
	Medo de cair	24	12,58	4,71	

Relativamente à idade, e lembrando que a amostra compreendeu indivíduos dos 60 aos 91 anos de idade, os participantes mais velhos apresentam piores resultados na velocidade da marcha ($t=-0,510$, $p<0,001$) e no equilíbrio ($t=-0,386$, $p<0,002$). Da mesma forma, a autoeficácia para o exercício ($t=-0,347$, $p=0,005$) também se correlaciona com a idade, sendo os idosos mais velhos a apresentar piores resultados (Quadro 3).

Quadro 3: Correlações entre a velocidade da marcha, equilíbrio, autoeficácia para o exercício e idade (n=48)

	1	2	3	4
1. Velocidade da marcha	--			
2. Equilíbrio	0,261	--		
3. Autoeficácia para o Exercício	0,285*	0,278*	--	
4. Idade	0,510**	0,386**	0,347**	--

* $p<0,05$; ** $p<0,001$.

Discussão

De acordo com o Swedish National Institute of Public Health (2010), existem quatro níveis de prescrição de atividade física. O nível 1 é relevante para pessoas com doença já desenvolvida ou com risco muito elevado de a desenvolver, não devendo participar em programas sem supervisão de profissionais saúde, como fisioterapeutas especialistas em exercício. Estes, devem "formalizar" por escrito, ou noutro formato, de acordo com a literacia em saúde do destinatário, um programa personalizado de prescrição de exercício e outros conselhos.

Podemos, então, constatar que aproximadamente 1/3 dos idosos que participaram neste estudo (31,3%), e que obtiveram valores iguais ou inferiores a 1,2m/s de velocidade média de marcha, beneficiariam de um programa específico para reduzir o risco de queda (Fritz & Lusardi, 2009; Lusardi et al., 2003), uma vez que obtiveram valores iguais ou inferiores a 1,2 m/s.

Sherrington et al. (2011) recomendam a atividade física geral para a prevenção de quedas. Do mesmo modo, Shigematsu et al. (2013) reforçam que a capacidade das pessoas idosas manterem uma boa qualidade de vida e permanecer fisicamente independente está relacionada com a manutenção de um determinado nível de *performance* física, diretamente dependente da prática de exercício. No entanto, o número de idosos a adotar o exercício físico como prática regular continua a ser muito baixo; a falta de tempo é referida como uma das principais barreiras. Desta forma, a incorporação do exercício nas atividades da rotina diária poderá constituir uma forma de superar essa barreira (Clemson et al., 2012).

A prática de atividade física com o objetivo de prevenir quedas, num contexto lúdico e recreativo tem vindo a ser aplicada com o intuito de aumentar a adesão dos indivíduos aos programas. Um desses exemplos é o programa *Square-Stepping Exercise*; similar à realização de marcha, envolve também movimentos multidirecionais, para a frente, para trás, na lateral e na diagonal (Shigematsu et al., 2013).

Outro programa, designado por *LiFE*, foi desenvolvido e direcionado para o domicílio, integrando um conjunto de exercícios de equilíbrio e força enquadrado nas atividades da vida diária e especificamente concebido para a prevenção de quedas. Representa uma alternativa à intervenção tipicamente estruturada de prescrição de

exercícios oferecida à população idosa, muitas vezes submetida a programas desajustados e/ou irrealistas (Clemson et al., 2012).

O programa Otago é outro exemplo de abordagem domiciliária, combinando exercícios funcionais de fortalecimento muscular, treino de equilíbrio e caminhada para prevenir quedas em idosos, residentes na comunidade. O programa de exercícios tem a duração de trinta minutos e os participantes são encorajados a fazê-lo três vezes por semana intercaladas com sessões de caminhada, duas vezes por semana. O *follow-up* para avaliação dos resultados é realizado, no mínimo, aos doze meses. De acordo com o estudo de Thomas, Mackintosh, & Halbert (2010), é um programa efetivo e, com um acompanhamento mais regular, ainda conduziria a melhores resultados, uma vez que após um ano, apenas 37% das pessoas que iniciaram o programa, continuaram a cumprir com o nível de exercício proposto inicialmente, com uma frequência de três ou mais vezes por semana.

Em suma, e confirmado pela recente revisão sistemática conduzida pela *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Gillespie et al., 2012), de uma forma global, a atividade física, incluindo a componente de força e equilíbrio e orientada para a realização de exercícios funcionais, demonstra ser efetiva na prevenção de quedas, desde que orientada por profissionais qualificados para o efeito.

A fraca adesão aos programas é frequentemente apontada, sendo necessário investir em estratégias motivacionais e de capacitação progressiva dos participantes para lidar com as adversidades individuais, nomeadamente a falta de tempo e o medo de cair. Este último, quase sempre associado a história de quedas ou a crenças pessoais de ter ou não capacidade para desenvolver um comportamento (praticar exercício e modificar regras e estilos de vida) ou de associar esse comportamento ao resultado esperado (evitar episódios de queda).

Numa amostra em que os valores de autoeficácia são modestos, como é o caso deste estudo, abordagens realistas, em que se selecionam atividades com significado nas suas vidas, se controla o nível de dificuldade, se reduz o *feedback* negativo, promove a descoberta de soluções e de novas capacidades e competências para obter o seu próprio bem-estar, se dão orientações positivas para a realização, usando cenários antecipatórios e incentivos (Brassington et al., 2002; Hötting, Schauenburg, & Röder, 2012; Martins, 2008; Pariser, 2003; Weeks et al., 2005), poderão ser uma solução estratégica, em vez

dos modelos existentes que lidam com as quedas e as suas consequências ou, pelo menos, complementar.

A autoeficácia, as atitudes positivas e as expectativas de resultado da ação reforçam a percepção que se pode mudar a realidade e lidar com os riscos ou ameaças através de ações preventivas sendo cada vez mais apontado como solução (Hötting, Schauenburg, & Röder, 2012; Pedersen et al., 2012).

O nível 2 de prescrição de exercício refere-se à participação em programas especialmente adaptados, individuais ou em grupo, em contextos clínicos menos diferenciados ou de saúde comunitária, mas ainda orientados por especialista do exercício. Também formam do ponto de vista de programa especialmente concebido para a pessoa (ou grupo) em causa, poderia ser a proposta para cerca de 2/3 da nossa amostra, em que os valores da velocidade da marcha estão acima de 1,2 m/s, dando mais segurança ao idoso. Embora, com quase metade da amostra polimedicada e mais de 1/3 a acusarem medo de cair, a fronteira entre os dois primeiros níveis necessita de constante monitorização.

Os níveis 3 (em grupo) e 4 (individual) são apropriados para pessoas capazes de participar em programas regulares de atividade física, eventualmente os participantes mais novos ou com melhores indicadores funcionais, como o equilíbrio. Normalmente em grupo, podem ser promovidos por vários agentes desportivos, recreativos e sociais (ginásios, associações ou outros), embora também seja útil promover tipos de atividade específicos ou a manutenção ou aumento dos seus próprios perfis de atividade diária, no seu próprio domicílio ou locais de trabalho e lazer e aí, novamente, o benefício de programas funcionais, como os propostos por Clemson et al. (2012) e Thomas, Mackintosh, & Halbert (2010). A abordagem em grupo poderá ser mais adequada nestes níveis. Contudo, a seleção do nível deve, sempre que possível, ser controlada por preferências do próprio indivíduo.

A prescrição de um programa de atividade auto-administrado (nível 4) é apropriada se o indivíduo, depois de avaliado, demonstrar ser recetivo ao conselho, estar motivado e ser capaz de compreender e seguir a recomendação prescrita; e o seu estado de saúde e as necessidades (sociais, emocionais, outros) não obrigarem a um programa sob supervisão.

A prescrição de atividade física ou exercício terá que respeitar determinadas características que, tal como assumido no Grantmakers in Health (Foundation Center,

2004), possam dar mais garantia de efetividade; 4 a 7 sessões de contacto direto, ao longo de, pelo menos, duas semanas, com duração mínima de 10 minutos, são alguns desses requisitos; enfatizar os aspetos positivos, contornar as dificuldades, adaptar atividades e exercícios com significado para o indivíduo e para a sua vida diária, assim como, *follow up* constante e repetido ao longo do tempo, são outras estratégias para manter a adesão e a motivação ao longo do processo.

O fisioterapeuta, reconhecido pelas suas competências clínicas e científicas, como especialista em exercício em todas as etapas da vida (Australian Physiotherapy Association, 2006) tem sido um interveniente ativo no desenvolvimento de programas de promoção de atividade física e exercício, particularmente para a prevenção de quedas.

Sempre que possível, o envolvimento com outros profissionais, nomeadamente médicos e psicólogos, é uma mais-valia, permitindo incluir a revisão periódica da medicação, a entrevista motivacional e o treino de competências comportamentais específicas, outros elementos fulcrais para o sucesso dos programas (Cohen, Crabtree, & Young, 2005; Karlsson et al., 2012; Pérula et al., 2012; Thrston & Green, 2004), assim como outros intervenientes capazes de supervisionar os programas prescritos.

Conclusão

Este estudo, apesar das limitações relacionadas com o *n* amostral, permitiu-nos esboçar uma reflexão breve sobre fatores que podem influenciar a decisão relativa aos programas de prevenção de quedas, nomeadamente a prescrição de exercício, pretendendo reforçar a importância das intervenções “à medida” de cada pessoa e do seu ambiente.

Destacaram-se os níveis e formatos de prescrição, o tipo de atividade e o contexto (serviços de saúde, instituições sociais, recreativas e desportivas, comunidade, domicílio) em que os diferentes agentes poderão atuar, de acordo com as suas competências e responsabilidades. No âmbito da prescrição de exercício, aconselhamento e supervisão de programas individuais ou em grupo, é fundamental considerar os aspetos motivacionais para a mudança de comportamento que possam contribuir para a adesão dos participantes, assim como para a efetividade das abordagens.

Para pessoas idosas mais resistentes aos programas de exercício, recomendam-se medidas para prevenir quedas e as suas consequências centradas em abordagens individualizadas no domicílio, que devem ser monitorizadas e revistas regularmente, capacitando a pessoa e o seu coletivo e minimizando os riscos, de ordem pessoal e ambiental.

Referências bibliográficas

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). *Safety and Quality Improvement Guide Standard 10: Preventing Falls and Harm from Falls (October 2012)*. Sydney. ACSQHC.
- Australian Physiotherapy Association. (2006) *Position Statement: Evidence regarding therapeutic exercise in physiotherapy*. APA, Melbourne, Australia.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning. In Schwarzer R. (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 355-394). Washington, DC: Hemisphere.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Brassington, G.S., Atienza, A.A., Perzecz, R.E., DiLorenzo, T.M., & King, A.C. (2002). Intervention-Related Cognitive Versos Social Mediators of Exercise Adherence in the Elderly. *American Journal Preventive Medicine*, 23 (Supl.2), 80-86.
- Campbell, A.J., Borrie, M.J., Spears, G.F., Jackson, S.L., Brown, J.S., & Fitzgerald, J.L. (1990). Circumstances and consequences of falls experienced by a community population 70 years and over during a prospective study. *Age and Ageing*, 19, 136-41.
- Clemson, L., Singh, M.A., Bundy, A., Cumming, R.G., Manollaras, K., O'Loughlin, P., & Black, D. (2012). Integration of balance and strength training into daily life activity to reduce rate of falls in older people (the LiFE study): randomized parallel trial. *BMJ*, 345, e4547. Disponível em

http://www.bmj.com/highwire/filestream/597114/field_highwire_article_pdf/0/bmj.e4547 [3 junho 2013].

- Cohen, D., Tallia, A., Crabtree, B., & Young, D. (2005). Implementing Health Behavior Change in Primary Care: Lessons From Prescription for Health. *Ann Fam Med*, 3 (Suppl 2): S12-S19.
- Davies, A. & Kenny, R. (2000). Falls presenting to accident and emergency. *Age and Ageing*, 25, 362–6.
- Fritz, S. & Lusardi, M. (2009). White Paper: “Walking Speed: the Sixth Vital Sign”. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 32 (2), 2-5.
- Gillespie, L.D., Robertson, M.S., Gillespie, W.J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L.M., & Lamb, S.E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews. Issue 9. Art. No.: CD007146.
- Graham, S. & Weiner, B. (1996). Theories and principles of motivation. In Berliner & Calfee (Eds.). *Handbook of Educational Psychology* (pp. 63-84). New York, NY: Simon & Schuster Macmillan.
- Gully, S.M., Incalcaterra, K.A., Joshi, A., & Beaubien, J.M. (2002). A meta-analysis of team efficacy, potency, and performance: Interdependence and level of analysis as moderators of observed relationships. *Journal of Applied Psychology*, 87, 819-832.
- Horne, R. & Weinman, J. (1996) *Predicting treatment adherence: an overview of theoretical model*. In Conner, M. & Norman, P. (Eds.), *Predicting Health Behaviour*. Philadelphia, USA: Open University Press.
- Hötting, K., Schauenburg, G., & Röder, B. (2012). Long-Term Effects of Physical Exercise on Verbal Learning and Memory in Middle-Aged Adults: Results of a One-Year Follow-Up Study. *Brain Sci.*, 2, 332-346; doi:10.3390/brainsci2030332
- Karlsson, M., Magnusson, H., Schewelow, T., & Rosengren, B. (2012). Prevention of falls in the elderly - a Review. *Osteoporos Int*, 24, 747-762.
- Lachman, M.E., Howland, J., Tennstedt, S., Jette, A., Assmann, S., & Peterson, E.W. (1998). Fear of falling and activity restriction: the survey of activities and fear of falling in the elderly (SAFE). *Journals of Gerontology Series B—Psychological Sciences and Social Sciences*, 53(1), 43–50.

- Lent, R.W. & Maddux, J.E. (1997). Self-Efficacy: Building a Sociocognitive Bridge between Social and Counselling Psychology. *The Counselling Psychologist*, 25 (2), 240-255.
- Liu-Ambrose, T., Donaldson, M.G., Ahamed, Y. et al. (2008). Otago Home-Based Strength and Balance Retraining Improves Executive Functioning in Older Fallers: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society's*, 56(10), 1821-1830.
- Lundin-Olsson, L. (2010). Community-dwelling older adults with balance impairment show a moderate increase in fall risk, although further research is required to refine how balance measurement can be used in clinical practice. *Evid Based Nurs.*, 13(3), 96-97.
- Lusardi, M., Pellechia, G.L., & Schulman, M. (2003). Functional Performance in Community Living Older Adults. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 26 (2), 14-22.
- Martins, A.C. (2008). Indicadores da Qualidade de Vida nas Pessoas Utilizadoras de Cadeiras de Rodas - Uma análise exploratória dos hábitos de vida, características psicológicas, clínicas, sociodemográficas e relacionadas com tecnologias de apoio. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto.
- Moreland, J., Richardson, J., Chan, D., O'Neill, J., Bellissimo, A., Grum, R. et al. (2003). Evidence-based guidelines for the secondary prevention of falls in older adults. *Gerontology*, 49, 93–116.
- Moreland, J., Richardson, J., Goldsmith, C., & Clase, C. (2004). Muscle weakness and falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1121–9.
- Muir, S.W., Berg, K., Chesworth, B., Klar, N., & Speechley, M. (2010). Application of a fall screening algorithm stratified fall risk but missed preventive opportunities in community-dwelling older adults: a prospective study. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 33 (4), 165-172.
- National Center for Injury Prevention and Control. (2008). Preventing Falls: How to Develop Community-based Fall Prevention Programs for Older Adults. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention.

- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2013). Falls: the assessment and prevention of falls in older people. NICE clinical guideline 21. Disponível em www.nice.org.uk/CG021 [3 junho 2013].
- O'Leary, A. (1992). Self-efficacy and health: Behavioural and stress-physiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 229-245.
- Oliver, D., Daly, F., Martin, F., & McMurdo, M. (2004). Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital inpatients: a systematic review. *Age and Ageing*, 33(2), 122-30.
- Pajares (2002). *Overview of social cognitive theory and of self-efficacy*. Disponível em <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html> [10 outubro 2008].
- Pedersen, M.M., Zebis, M.K., Langberg, H., Poulsen, O.M., Mortensen, O.S., Jensen, J.N., Sjøgaard, G., Bredahl, T., & Andersen, L.L. (2012). Influence of Self-Efficacy on Compliance to Workplace Exercise. *International Journal of Behavioral Medicine*, DOI 10.1007/s12529-012-9239-0.
- Peel, N.M., Kassulke, D.J., & McClure, R.J. (2002). Population based study of hospitalised fall related injuries in older people. *Injury Prevention*, 8(4), 280-283.
- Pérula, L.A., Varas-Fabra, F., Rodríguez, V., Ruiz-Moral, R., Fernández, J.A., González, J., Pérula, C.J., Roldán, A.M., & de Dios, C. (2012). Effectiveness of a multifactorial intervention program to reduce falls incidence among community-living older adults: a randomized controlled trial. *Physical Medicine Rehabilitation*, 93(10), 1677-1684.
- Ponton, M.K., Edmister, J.H., Ukeiley, L.S., & Seiner, J.M. (2001). Understanding the role of self-efficacy in engineering education. *Journal of Engineering Education*, 90(2), 247-251.
- Ratakokko, M., Manty, M., & Rantenen, T. (2013). Mobility Decline in Old Age. *Exercise Sport Science Review*, 41 (1), 19-25.
- Rubenstein, L., Josephson, K., & Osteweil, D. (1996). Falls and fall prevention in the nursing home. *Clinics in Geriatric Medicine*, 12(4), 881-902.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health-Psychology*, 19, 487-495.
- Sherrington, C., Whitney, J.C., Lord, S.R., Herbert, R.D., Cumming, R.G., & Close, J.C. (2008). Effective exercise for the prevention of falls: a systematic review and meta-analysis. *Journal of American Geriatric Society*, 56(12), 2234-2243.

- Sherrington, C., Tiedmann, A., Fairhall, N., Close, J.C., & Lord S.R. (2011). Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *NSW Public Health Bulletin*, 22 (3-4), 78-83.
- Shigematsu, R., Okura, T., Nakagaichi, M. et al. (2013). Adherence to and effects of multidirectional stepping exercise in the elderly: A long-term observational study following a randomized controlled trial. *Journal Physical Fitness Sports Medicine*, 2(1), 127-134.
- Shubert, T. (2011). Evidence-Based Exercise Prescription for Balance and Falls Prevention: A Current Review of the Literature. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 34 (3), 100-108.
- Stajkovic, A. D. & Lee, D. S. (2001). *A meta-analysis of the relationship between collective efficacy and group performance*. Paper presented at the National Academy of Management meeting, August, 2001, Washington, DC.
- Swedish National Institute of Public Health. (2010). *Physical Activity in the Prevention and Treatment of Disease*. Professional Associations for Physical Activity, Sweden.
- The Foundation Center (2004). *Update on Foundation Health Policy Grantmaking*. Disponível em at www.fdncenter.org/research [2 junho 2013].
- Thomas, S., Mackintosh, S., & Halbert, J. (2010). Does the "Otago exercise programme" reduce mortality and falls in older adults?: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 39 (6), 681-687.
- Thrston, M. & Green, K. (2004). Adherence to exercise in later life: how can exercise on prescription programmes be made more effective? *Health Promotion International*, 19(3), 379-386.
- Tinetti, M.E., Speechley, M., & Ginter, S.F. (1988). Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *New England Journal of Medicine*, 319, 1701-7.
- Wert, D.M., Talkowski, J.B., Brach, J., & VanSwearingen, J. (2010). Characteristics of Wlaking, Activity, Fear of Falling, and Falls in Community-Dwelling Older Adults by Residence. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 33 (1), 41-45.

Salud biopsicosocial y relación con la carga experimentada por cuidadores familiares de personas mayores dependientes

Noelia Flores³ *, Cristina Jenaro *, Esperanza Navarro-Pardo**, Vanessa Vega*** y Andrea Vázquez-Martínez **

* Universidad de Salamanca, España

** Universidad de Valencia, España

*** Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Chile

Resumen

El trabajo que se presenta tiene como objetivo analizar las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales que afectan a la salud y calidad de vida del cuidador familiar por el hecho de tener a su cargo a una persona mayor en situación de dependencia. Así, se analiza la sobrecarga experimentada como una condición generadora de consecuencias negativas en la salud de la persona cuidadora. Concretamente se presentan los resultados obtenidos tras la evaluación de 203 cuidadores a quienes se evaluó la carga o estrés experimentado, su estado de salud general (ansiedad, depresión, insomnio, disfunción social) y su calidad de vida percibida.

Los resultados obtenidos ponen de manifiesto la existencia de problemas de salud física y psicológica en aquellos cuidadores que experimentan niveles más elevados de carga. Así mismo, la sobrecarga afecta también a la calidad de vida, tanto personal como laboral, familiar y social de las personas cuidadoras. Finalmente, se señala la importancia de contar con servicios y programas que ayuden a la mejora de la salud del cuidador.

Palabras-clave: cuidador, salud, carga, calidad de vida

³ Autora para la correspondencia: Facultad de Psicología. Avda. de la Merced, 109-131. 37005-Salamanca. España. E-mail: nrobaina@usal.es

Biopsychosocial Health and relationship with the burden experienced by family caregivers of dependent elderly

Abstract

The present study aims to analyze the impact of biological, psychological and social factors affecting health and quality of life of caregivers who care an aging dependent individual. The study analyzes the burden experienced and the negative consequences on the health of the caregiver. Specifically, we present the results obtained after assessing the burden and stress experienced, the overall health (anxiety, depression, insomnia, social dysfunction) and the perceived quality of life of 203 caregivers.

The results revealed the existence of physical and psychological health issues in those caregivers who experience higher levels of burden. In addition, the burden also affects the personal, labor, social and family domains of quality of life as well as the overall quality of life of caregivers. Finally the study stresses the relevance of providing services and programs to help improve the caregiver's health status.

Keywords: caregiver, health, burden, quality of life

Introducción

Pese a que el fenómeno del cuidado de personas en situación de dependencia no es novedoso, en las últimas décadas se han experimentado notables cambios debido al incremento de personas que desempeñan el rol de cuidador, la duración de los cuidados y las tareas que tienen que desempeñar. No cabe duda de que el aumento de la esperanza de vida y los avances en la medicina han hecho que, en la actualidad, los cuidadores atiendan a sus familiares dependientes durante una gran cantidad de años (en ocasiones, décadas) y que tengan que desempeñar tareas propias de profesionales sociosanitarios. Pero, por otro lado, también han influido los cambios sociales acaecidos en nuestro país, y en particular, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, la disminución de la estabilidad familiar, la aparición de nuevos modelos familiares, la desaparición de las redes informales de las comunidades tradicionales y el aumento de la movilidad social y laboral, entre otros.

El concepto de cuidado hace referencia a la relación entre dos adultos unidos, generalmente, por lazos familiares. Dicho concepto tiene la ventaja de que permite incluir los aspectos negativos y positivos que tiene sobre la familia la existencia de un

miembro en situación de dependencia (Szmukler, 1996). La familia, por tanto, es la principal fuente de ayuda para las personas mayores y adquiere aún más importancia cuando éstas sufren algún tipo de dependencia, pues contribuye a rellenar las lagunas o carencias de las redes sociosanitarias de servicios y constituye un eje fundamental de las políticas sociales basadas en el “envejecimiento en el hogar”. Así mismo, la familia también contribuye a mantener la seguridad, la calidad de vida y el bienestar tanto físico como psicológico de la persona mayor dependiente (Crespo & López, 2007; Rivera, 2001).

Este tipo de cuidado que da la familia se suele conocer también como cuidado informal. El Libro Blanco (2005) lo define como “*el cuidado que se presta por parientes, amigos o conocidos*”. Más concretamente, se puede decir que es la atención no remunerada que se presta a las personas con algún tipo de dependencia por parte de los miembros de su familia y/u otra persona sin otro lazo de unión ni obligación con la persona dependiente que no sea el de la amistad o el de la buena vecindad (Rivera, 2001). Así, la figura del cuidador es importante al caracterizarse (Cenproex, Román, Alcántara, Morientes, & Lorza, 2005) por: (a) cubrir las necesidades físicas, sociales y afectivas de las personas dependientes; (b) por su dedicación importante en cuanto a tiempo y energía; (c) tener que desarrollar tareas que no son cómodas ni agradables; (d) implicarse y dar mucho más de los que se suele recibir; y, (e) realizarse sin previo aviso y sin que la persona cuidadora haya sido preparada para ello.

Se puede decir, por tanto, que cuando alguien enferma o presenta algún tipo de dependencia, dentro del sistema familiar suele haber una persona, el cuidador principal, que asume las tareas básicas de cuidado, y que suele ser percibida por los restantes miembros de la familia como el responsable de asumir el cuidado del enfermo. Numerosos estudios coinciden en afirmar que el perfil del cuidador principal se corresponde con el de una mujer, de edad comprendida entre los 45 y 69 años, que informa no recibir la ayuda de nadie para realizar este trabajo y que se caracteriza mayoritariamente por no tener una actividad laboral retribuida (Crespo, & López, 2007; Grandón, Jenaro, & Lemos, 2008; Grant, Weaver, Elliot, Bartolucci, & Newman-Giger, 2004; IMSERSO, 2004).

También existe consenso respecto a las repercusiones negativas del cuidado en la salud y calidad de vida del cuidador principal (Crespo & López, 2007; Grandón & Jenaro, 2002; Pinquart & Sörensen, 2003). En este sentido, la mayoría de los estudios

constatan que la presión a la que están expuestos los cuidadores puede desencadenar en ellos sentimientos de estrés, ansiedad y depresión (Hartke, King, Heinemann, & Semik, 2006; Perrin, Heesacker, Stidham, Rittman, & González-Rothi, 2008). Otros autores también informan que el cuidado afecta negativamente a la cantidad y calidad de sueño experimentada por los cuidadores, siendo ésta peor que la de quienes no cuidan y repercutiendo negativamente en su salud física y psicológica (Brummett et al., 2006). Por tanto, está ampliamente contrastado que cuidar de una persona en situación de dependencia es una experiencia estresante.

Pese a todo lo anterior, la experiencia de cuidar también puede aportar numerosos beneficios y consecuencias positivas para el cuidador, especialmente cuando el cuidador tiene recursos adecuados y buenos mecanismos de adaptación (Bazo, 1998; Farran, 1997). Así, la investigación ha encontrado que los aspectos positivos y negativos del cuidado de un enfermo no son elementos contrapuestos e incompatibles, sino que ambos pueden coexistir en los cuidadores (Kramer, 1997; Skaff & Pearlin, 1992). Sin embargo, resulta difícil definir los aspectos positivos del cuidador y aún es necesaria una conceptualización más clara de este constructo (Crespo & López, 2007).

Resulta, por tanto, necesario determinar el conjunto de todos los factores implicados en los cuidados informales con el fin de poder planificar intervenciones y desarrollar servicios de apoyo que mejoren la salud y la calidad de vida de los cuidadores. Para ello, con el presente trabajo pretendemos (1) conocer el nivel de carga o estrés experimentado por cuidadores familiares de personas dependientes; (2) identificar las repercusiones del cuidado en la salud física, psicológica y social; (3) evaluar las consecuencias del cuidado en la calidad de vida percibida por la persona cuidadora; y (4) determinar semejanzas y diferencias en la salud biopsicosocial y calidad de vida en función del nivel de sobrecarga experimentado.

Método

Participantes

Para la realización de este estudio se contó con una muestra de 203 familiares de personas mayores en situación de dependencia. De éstos, 170 (83,7%) eran mujeres frente a 33 (16,3%) hombres. La edad promedio de los participantes fue de 55,82 años (DT=11,42). Del total de los participantes, 125 (61,6%) indicaron estar casados o conviviendo en pareja, 46 (22,7%) eran solteros, 19 (9,4%) indicaron ser viudos/as y 12

(5,9%) manifestaron estar divorciados y/o separados. Por otro lado, 150 participantes (73,9%) manifestaron tener cargas familiares, esto es, hijos u otros familiares conviviendo y dependiendo económicamente de ellos, frente a 52 (25,2%) que no presentaban dichas cargas.

Un 78,3% de los cuidadores se caracterizaron por atender a un único familiar dependiente, siendo mayoritariamente hijas/os (59,1%) y esposas/os (21,2%) de la persona objeto de cuidados. Respecto al tiempo que llevan los participantes desempeñando la función de cuidador principal se observó una amplia variabilidad, destacando el grupo de cuidadores que llevan realizando dichas funciones entre 3 y 8 años (42,3%), frente a quienes llevaban menos de 1 año como cuidador de un familiar dependiente (5,9%). Las personas cuidadoras afirmaron, además, dedicar una media de 6,69 (DT=1,04) días a la semana a la atención de su familiar dependiente, con un tiempo de dedicación diaria de 17 horas.

Por su parte, y por lo que se refiere a las características de la persona objeto de cuidados, cabe destacar que predominaron las mujeres (59,6%) frente a los hombres (40,4%). Así mismo, la edad promedio de la persona en situación de dependencia fue de 68,38 (DT=23,21) años. Respecto al tipo de dependencia sufrida, esta tuvo que ver mayoritariamente con las demencias (p.e. enfermedad de Alzheimer, enfermedad por cuerpos de Lewis, demencia frontal, demencia senil, etc.), que fue padecida por un 30,1% (N=61) de las personas en situación de dependencia, seguida de otros tipos de discapacidad como la enfermedad mental (11,32%), la esclerosis (8,37%), la gran discapacidad física (7,88%), la edad avanzada (5,91%), la artritis reumatoide (3,43%) o el Parkinson (1,97%), respectivamente.

Procedimiento

Para obtener la muestra de cuidadores, se contactó telefónicamente con varias asociaciones de ayuda mutua de Castilla y León, que se caracterizan por trabajar con familiares de personas mayores en situación de dependencia. En este caso, los profesionales de los centros accedieron a pasar ellos mismos el cuestionario a los cuidadores y a remitirlos al equipo investigador. En todos los casos se mantuvo como criterio de inclusión que el cuidador/a fuese mayor de 18 años, que en el momento de la evaluación se encontrase atendiendo a una persona mayor en situación de dependencia y que llevase desempeñando dicha función, al menos, durante 6 meses. La muestra final

quedó compuesta por 203 cuidadores que accedieron a participar voluntariamente en este estudio. A todos ellos se les garantizó la confidencialidad y el anonimato en las respuestas emitidas.

Instrumentos

Para el presente estudio se empleó la versión española del CBI de Zarit, Reever, & Bach-Peterson (1980) para evaluar la carga subjetiva experimentada por los cuidadores. El instrumento consta de 22 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde “nunca” (0) a “casi siempre” (4). La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems y oscila entre 0 y 88. Puntuaciones más altas indican un mayor grado de sobrecarga. Así, puntuaciones inferiores a 45 son indicativas de ausencia de sobrecarga. Por su parte, puntuaciones comprendidas entre 46 y 55 indican sobrecarga leve, y puntuaciones superiores a 56 son indicativas de sobrecarga intensa. El cuestionario CBI es el único instrumento adaptado a la población española para evaluar la carga subjetiva. Posee, además, buenas propiedades psicométricas. La fiabilidad del instrumento fue contrastada mediante el alfa de Cronbach y los resultados (alfa= 0,92) apoyaron su fiabilidad.

En segundo lugar empleamos la adaptación española (Lobo, Perez, & Artal, 1989) de la versión de 28 ítems del General Health Questionnaire (GHQ-28) (Goldberg, & Hillier, 1979). La presente versión consta de cuatro subescalas: quejas somáticas, disfunción social, ansiedad y depresión. El punto de corte utilizado generalmente en contextos clínicos es de 4/5 si se emplea una escala de respuesta dicotómica. El alfa obtenido para la medida global fue de 0,89. Los índices de fiabilidad de los cuatro factores estaban entre 0,65 y 0,86.

Finalmente, se diseñó un cuestionario *ad-hoc* para evaluar aquellos aspectos sociodemográficos y contextuales más relevantes en los cuidadores formales e informales como, por ejemplo, las características del cuidador (género, edad, estado civil, cargas familiares), las características de la persona dependiente objeto de cuidados (edad, género, parentesco, tipo de dependencia padecida), las características asociadas al cuidado (tiempo como cuidador, número de personas dependientes atendidas, número de horas diarias dedicadas al cuidado, etc) y otras variables como percepción de salud y autocuidados, o calidad de vida (entendida esta como satisfacción con la vida personal, laboral, familiar y social) antes y después de los cuidados. En este caso, concretamente,

se pedía a las personas cuidadoras que valorasen en una escala del 1 (puntuación mínima) al 10 (puntuación máxima) su grado de satisfacción y/o calidad de vida.

Resultados

A continuación presentamos los resultados relativos al análisis de variables de interés con objeto de responder a los objetivos planteados.

Así, conforme al primer objetivo, esto es, conocer el nivel de *carga* y/o *estrés* experimentado por los cuidadores familiares, en la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos tras la evaluación y recodificación de las puntuaciones dadas al Cuestionario CBI (Zarit et al., 1980) en los diferentes niveles de sobrecarga experimentada por los cuidadores familiares. En este sentido, cabe destacar que un 34,5% (n=70) se caracteriza por presentar niveles de sobrecarga leve e intensa como consecuencia del cuidado ofrecido a su familiar dependiente, frente a un 65,5% (n=133) que no manifiestan sobrecarga como consecuencia del cuidado.

Tabla 1. Niveles de carga experimentada por los cuidadores informales

Carga Subjetiva	Cuidador/a Familiar	
	N	%
Ausencia de carga	133	65,5
Sobrecarga leve	32	15,8
Sobrecarga intensa	38	18,7

En segundo lugar, se presentan los resultados relativos a nuestro segundo objetivo, consistente en conocer las repercusiones del cuidado en la salud biopsicosocial de los cuidadores familiares. Así, respecto a la propia percepción de salud y autocuidados, en la Tabla 2 puede observarse cómo el 59,6% de los familiares manifiesta cuidarse a sí mismo “nada” o “menos de lo que debería”. Por su parte, un 63,1% de los cuidadores han manifestado acudir al médico en el último trimestre por problemas de estrés, ansiedad o depresión y un 42,2% manifiestan encontrarse en la actualidad tomando algún tipo de fármacos por estos motivos.

Tabla 2. Percepción de salud, asistencia al médico e ingesta de fármacos por parte de los cuidadores familiares

	N	Porcentaje
Salud Percibida		
Nada	32	15,8
Poco, menos de lo que debería	89	43,8
Lo suficiente	65	32
Bastante	12	15,9
Mucho	4	2
En exceso	1	0,5
Acude al médico		
Sí	128	63,1
No	75	36,9
Toma medicación		
Sí	86	42,4
No	117	57,6

Así mismo, en la Tabla 3 se presentan los principales resultados relacionados con las consecuencias del cuidado en la *salud física, psicológica y social* de los participantes. Se puede observar que un 33% presenta quejas somáticas relacionadas fundamentalmente con dolores de cabeza, sensación de cansancio, etc.; un 64% manifiesta síntomas de ansiedad-insomnio; un 6,9% refiere síntomas de disfunción social o de percepción de insatisfacción con lo que se realiza, sensación de inutilidad y falta de valía hacia el propio trabajo y hacia diferentes roles vitales. Finalmente, un 7,4% indica tener sentimientos de depresión o de desesperanza.

Tabla 3. Salud biopsicosocial de los cuidadores informales

	N	Porcentaje
Síntomas somáticos		
Ausencia	136	67
Presencia	67	33
Ansiedad-insomnio		
Ausencia	73	36
Presencia	130	64
Disfunción social		
Ausencia	189	93,1
Presencia	14	6,9

Depresión		
Ausencia	188	92,6
Presencia	15	7,4

A continuación se presentan los resultados obtenidos en relación al tercer objetivo, consistente en conocer la valoración de los participantes respecto a *su satisfacción general* con la vida, con el trabajo, con la familia y con sus relaciones sociales, antes y después de ser cuidadores de una persona dependiente. Así, en la Tabla 4 puede observarse que el cuidado del dependiente repercute en todas las áreas de calidad de vida, obteniéndose en todos los casos puntuaciones inferiores a las obtenidas antes de que el cuidador asumiera la tarea de atención del familiar dependiente.

Tabla 4. Puntuaciones medias en Calidad de Vida (general, laboral, familiar y social) antes y después del cuidado

	N	Mínimo	Máximo	M	D.T.
Calidad de Vida					
Antes del cuidado	203	3	10	7,59	1,60
Después del cuidado	188	1	10	5,47	2,21
Calidad de Vida Laboral					
Antes del cuidado	199	1	10	7,22	2,04
Después del cuidado	188	1	10	4,87	2,72
Calidad de Vida Familiar					

Antes del cuidado	203	1	10	7,70	2,02
Después del cuidado	203	1	10	6,12	2,38
Calidad de Vida Social					
Antes del cuidado	203	2	10	7,51	1,78
Después del cuidado	203	1	10	4,82	2,60

Finalmente, se presentan los resultados con objeto de dar respuesta al último objetivo, esto es, determinar semejanzas y diferencias en la salud biopsicosocial y calidad de vida percibida en función del nivel de carga experimentada por el cuidador familiar.

Así, en la Tabla 5 pueden observarse la presencia de diferencias significativas ($p < 0,01$) en todas las variables objeto de análisis. En este sentido, los cuidadores que experimentan sobrecarga intensa obtienen, a su vez, puntuaciones significativamente más elevadas en las variables de salud biopsicosocial (síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión), lo que denota un peor estado de salud respecto a sus iguales sin sobrecarga asociada al cuidado. Por su parte, también son dichos cuidadores quienes puntúan significativamente inferior en su valoración sobre su satisfacción general con la vida, su calidad de vida laboral, su calidad de vida familiar y social. Por tanto, la sobrecarga experimentada por las personas cuidadoras repercute negativamente en su salud biopsicosocial y calidad de vida.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en la salud biopsicosocial y calidad de vida en función de la carga experimentada por el cuidador familiar

		N	M	D.T.	F	Sig.
Síntomas Somáticos					5,441	0,005
	Ausencia Carga	133	3,81	2,089		
	Sobrecarga Leve	32	4,56	1,883		
	Sobrecarga Intensa	38	4,97	2,124		
Ansiedad-Insomnio					5,605	0,004

	Ausencia Carga	133	5,07	2,115		
	Sobrecarga Leve	32	6,00	1,078		
	Sobrecarga Intensa	38	6,03	1,700		
Disfunción Social					27,160	0,000
	Ausencia Carga	133	1,77	1,167		
	Sobrecarga Leve	32	2,78	1,879		
	Sobrecarga Intensa	38	3,63	1,837		
Depresión					26,700	0,000
	Ausencia Carga	133	1,24	1,706		
	Sobrecarga Leve	32	2,84	2,157		
	Sobrecarga Intensa	38	3,58	2,297		
Calidad de Vida					31,645	0,000
	Ausencia Carga	133	6,19	1,997		
	Sobrecarga Leve	32	4,94	2,094		
	Sobrecarga Intensa	38	3,42	1,536		
Calidad de Vida Laboral					7,089	0,001
	Ausencia Carga	125	5,34	2,832		
	Sobrecarga Leve	29	4,48	2,278		
	Sobrecarga Intensa	34	3,47	2,149		
Calidad de Vida Familiar					17,223	0,000
	Ausencia Carga	133	6,74	2,170		
	Sobrecarga Leve	32	5,53	2,383		
	Sobrecarga Intensa	38	4,45	2,238		
Calidad de Vida Social					16,135	0,000
	Ausencia Carga	133	5,52	2,636		
	Sobrecarga Leve	32	3,72	1,905		
	Sobrecarga Intensa	38	3,32	1,988		

Conclusiones

Los resultados obtenidos nos permiten concluir que cuidar a una persona en situación de dependencia puede constituir una experiencia altamente estresante para los familiares que se encargan del cuidado. Esas situaciones de estrés pueden llegar a cronificarse dando lugar al conocido “síndrome del cuidador”, consistente en una sobrecarga intensa. Resultados similares han sido encontrados en numerosos estudios que han analizado la carga subjetiva experimentada en familiares de personas dependientes (Fernández, Martínez, Ortiz, Carrasco, Solabarrieta, y Gómez, 2011; Grandón y Jenaro, 2002).

Por otro lado, el cuidado también afecta a la salud y, en este sentido, las personas cuidadoras destinan poco tiempo a su propio cuidado e incluso tienen que acudir a servicios sanitarios y a la ingesta de fármacos para el tratamiento de los problemas de ansiedad, estrés o depresión ocasionados por el cuidado. En lo que se refiere a variables de salud física, psicológica y social, los resultados también pusieron de manifiesto la repercusión del cuidado en la salud biopsicosocial. Dichos resultados también son consistentes con los encontrados en otros estudios con esta población (Li, Lee, Lin, & Amidon, 2004; Fernández et al., 2011; Perrin et al., 2008; Pinquart & Sörensen, 2003). Estos resultados sugieren un evidente impacto de las tareas de cuidado en la salud de las personas que se dedican a las mismas. Es preciso, por tanto, que los sistemas formales de cuidado tengan en consideración a las personas que ejerce el rol de cuidador principal con objeto de prevenir el deterioro de la salud de éstas y sus posibles consecuencias asociadas (p.e. desatención del familiar, problemas de salud mental, etc.). Así, los servicios comunitarios no deberían orientarse específicamente a las personas receptoras sino que también deberían cubrir las necesidades experimentadas por los familiares dedicados al cuidado.

En cuanto a la valoración que realiza el cuidador respecto a su calidad de vida personal, laboral, familiar y social, antes de la situación del cuidado y en el momento actual de su vida, los resultados obtenidos pusieron de manifiesto la repercusión negativa del cuidado en los cuatro ámbitos de la vida del cuidador. Son también numerosos los estudios que han llegado a la misma conclusión (Grandón & Jenaro, 2002; Pinquart & Sörensen, 2003).

Los resultados obtenidos nos han permitido poner de manifiesto cómo los cuidadores que presentan mayor sobrecarga son los que presentan, a su vez, una peor salud biopsicosocial y una menor satisfacción con la vida a todos los niveles (laboral, familiar y social). Se puede concluir, por tanto, que una elevada sobrecarga repercute negativamente en la salud y calidad de vida. Diferentes estudios también han constatado lo mismo (Crespo & López, 2007; Fernández et al, 2011; Losada, Montorio, Fernández, & Márquez, 2006). Las características propias del cuidado informal y la atención abnegada al familiar dependiente podrían estar en la base de estos resultados.

Finalmente, no quisiéramos terminar sin aludir a una serie de limitaciones del presente estudio. En primer lugar, el procedimiento de selección muestral no nos permite generalizar los resultados obtenidos. En segundo lugar, es necesario llevar a

cabo más estudios con muestras más amplias donde también se analicen y se comparen otras tipologías de cuidadores (p.e. personas cuidadoras de niños y/o jóvenes en situación de dependencia). Si bien el presente trabajo se ha centrado en la evaluación de este colectivo, es necesario poner en marcha intervenciones destinadas a mejorar la salud biopsicosocial de los cuidadores familiares a través de la realización de cursos y programas psicoeducativos (p.e. inoculación de estrés) en los que puedan aprender estrategias para hacer frente a los cuidados del dependiente y compartir sentimientos y herramientas con otras personas cuidadoras que estén experimentando la misma situación. Futuras investigaciones tratarán de seguir profundizando en todos estos aspectos.

Referencias bibliográficas

- Brummett, B.H., Babyak, M.A., Siegler, I.C., Vitaliano, P., Ballard, E.L., Gwyther, L.P., & Williams, R.B. (2006). Associations among perceptions of social support, negative affect, and quality of sleep in caregivers and noncaregivers. *Health Psychology, 25*, 220-225.
- Cenproex, Román, M. M., Alcántara, V., Morientes, M. T., & Lorza, N. (2005). *Manual del cuidador de enfermos de Alzheimer*. Sevilla: Editorial MAD.
- Crespo, M. & López, J. (2007). *El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa "Cómo mantener su bienestar"*. Madrid: IMSERSO.
- Fernández, P., Martínez, S., Ortiz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J., & Gómez, I. (2011). Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Psicothema, 23*, 388-393.
- Goldberg, D.P. & Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*, 139-145.
- Grandón, P. & Jenaro, C. (2002). El concepto de carga en familias de personas con trastornos mentales graves. *Psiquiatría y Salud Mental, XIX*, 75-81.
- Grandón, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research, 158*, 335-343.
- Grant, J. S., Weaver, M., Elliot, T.R., Bartolucci, A.A., & Newman-Giger, J. (2004). Family caregivers of stroke survivors: characteristics of caregivers at risk for depression. *Rehabilitation Psychology, 49*, 172-179.

- Hartke, R.J., King, R.B., Heinemann, A.W., & Semik, P. (2006). Accidents in older caregivers of persons surviving stroke and their relation to caregiver stress. *Rehabilitation Psychology*, 51, 150-156.
- IMSERSO (2004). *Servicios Sociales para personas mayores en España. Enero 2003*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Li, T.C., Lee, Y.D., Lin, C.C., & Amidon, R.L. (2004). Quality of life of primary caregivers of elderly with cerebrovascular disease or diabetes hospitalized for acute care: Assessment of well-being and functioning using the SF-36 Health Questionnaire. *Quality of Life Research*, 13, 1081-1088.
- Libro Blanco. (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: IMSERSO.
- Lobo, A., Pérez, M.J., & Artal, J. (1989). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ 28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16 (1), 135-140.
- Losada, A., Montorio, I., Fernández, M. I., & Márquez, M. (2006). *Estudio e Intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. Madrid: IMSERSO.
- Perrin, P.B., Heesacker, M., Stidham, B.S., Rittman, M.R., & González-Rothi, L.J. (2008). Structural Equation Modeling of the relationship between caregiver psychosocial variables and functioning of individuals with stroke. *Rehabilitation Psychology*, 53, 54-62.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and aging*, 18, 250-267.
- Rivera, J. (2001). *Redes familiares en el cuidado del anciano con demencia. Análisis evolutivo de un estudio poblacional*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Sullivan, K. & O'Connor, F. (2001). Should a diagnosis of Alzheimer's disease be disclosed? *Aging & Mental Health*, 5, 340-348.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 646-655.

La generatividad en la vejez: Extensión y perfil de las actividades generativas en una muestra representativa de personas mayores españolas

Feliciano Villar^{*4}, Montserrat Celdrán*, Josep Fabà* y Rodrigo Serrat*

*Universitat de Barcelona

Resumen

Objetivos: Muchas personas mayores desempeñan actividades generativas como el cuidado de los nietos o familiares dependientes, el voluntariado y la participación cívica y política, pero se conoce poco sobre el número de ellas, su perfil sociodemográfico, y los beneficios que dichas actividades pueden reportarles. El objetivo de este artículo es ahondar en estas cuestiones. **Método:** Los datos analizados proceden de la Encuesta sobre Personas Mayores, realizada por el IMSERSO en el año 2010, que contó con una muestra representativa de la población mayor española (n = 2.535) obtenida mediante un muestreo aleatorio simple. **Resultados:** El 49% de la muestra estaba implicada en alguna actividad generativa en el momento del estudio, siendo la más frecuente de ellas el cuidado de nietos. El perfil de las personas involucradas en las cuatro actividades difirió en ciertas variables sociodemográficas. Sólo el voluntariado y la participación cívica se relacionaron positivamente con algunos indicadores de bienestar. **Discusión:** La mitad de las personas mayores parecen implicarse en actividades beneficiosas para la sociedad, aunque la probabilidad de hacerlo podría depender de su perfil sociodemográfico. No obstante, según los resultados obtenidos, cuidar de nietos o personas dependientes podría no incrementar su bienestar, por lo que su carácter generativo se pone en entredicho.

Palabras-clave: generatividad, cuidados, participación cívica, voluntariado, vejez

Abstract

Objectives: many older people carry out generative activities such as caring for grandchildren or dependent relatives, volunteering or civic and political participation,

⁴ Esta investigación ha sido realizada en el marco del proyecto de investigación ‘La generatividad en la vejez: tipos, determinantes y relación con el bienestar’, financiado por el Ministerio de Ciencia y Tecnología (PSI2009-10966). La correspondencia relativa al artículo debe dirigirse a Feliciano Villar, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Barcelona, Passeig de la Vall d’Hebron 171, 08035 Barcelona, España. E-mail: fvillar@ub.edu.es

but little is known of their number, their sociodemographic profile and the personal benefits associated to those activities. This article is aimed at examining these issues. **Method:** Data coming from the Survey on Older People (IMSERSO, 2010) were analyzed. Such survey includes data about a Spanish nationally representative sample made up of 2.535 people of 65 and over years old. **Results:** 49% of the sample was involved in any generative activity. The most frequent one was caring for grandchildren. The prolife of the people involved in each activity differed in some sociodemographic variables. Only volunteering and civic participation were positively related to some wellbeing indicators. **Discussion:** Half of the older people seem to be involved in activities that benefit society, although such involvement depends on their sociodemographic prolife. However, according to our results, caring activities did not increase personal wellbeing, so their generative nature is doubtful.

Keywords: generativity, care, civic participation, volunteering, older age

Introducción

El perfil de las personas mayores en los países desarrollados ha cambiado de manera sustancial en las últimas décadas. No únicamente se ha asistido a un crecimiento demográfico de las personas más mayores, paralelo a un incremento en la esperanza de vida, sino que las nuevas generaciones de mayores disfrutan de mayores niveles de salud y están mejor formadas que en el pasado (IMSERSO, 2012).

En este contexto, la investigación sobre aspectos positivos del envejecimiento y la vejez ha adquirido una gran relevancia, contradiciendo con sus resultados las visiones tradicionales de la vejez que concebían esta etapa de la vida como un periodo marcado exclusivamente por el declive y la pérdida generalizada (Thornton, 2002). Conceptos como el de envejecimiento con éxito (WHO, 2002) o el de envejecimiento satisfactorio (Baltes & Baltes, 1996; Rowe & Kahn, 1998) subrayan la capacidad de los mayores no sólo para mantener la autonomía y seguir implicados con la vida, sino también para experimentar nuevas ganancias en la última etapa del ciclo vital. Dentro de esta misma perspectiva positiva de la vejez, el concepto de generatividad pone de relieve la capacidad de las personas mayores para desarrollarse y crecer así como también su aportación a la sociedad a partir de la realización de actividades que contribuyen a la mejora de los contextos en los que viven y participan. De esta manera, la generatividad implica aunar el desarrollo personal con el desarrollo social (Villar, 2012).

La generatividad aparece en la teoría del desarrollo de Erik Erikson (1982) como el reto fundamental al que la persona se enfrenta en la mediana edad. Se define como el interés por guiar y asegurar el bienestar de las siguientes generaciones y, en último término, por dejar un legado que nos sobreviva. Supone un interés por contribuir al bien común y por el refuerzo y enriquecimiento de las instituciones sociales, de manera que se asegure la continuidad entre generaciones y el desarrollo social. Otros autores más actuales, como McAdams, han ampliado el conocimiento de la generatividad diferenciando, entre otras cuestiones, el interés de la participación generativa. La primera se define como una actitud favorable hacia cuestiones generativas, y la segunda, como la puesta en marcha y concreción de esa actitud favorable en comportamientos que suponen una contribución social y un beneficio para las generaciones venideras (McAdams, Hart, & Maruna, 1998; McAdams, & Logan, 2004).

Otro cambio que ha experimentado el concepto de generatividad propuesto inicialmente por Erikson es que, si bien este autor la vinculaba a la mediana edad, los cambios que han experimentado las personas mayores en las últimas décadas, comentados anteriormente, hacen que sea un concepto que también pueda tener cabida en la vejez (Ehlman & Ligon, 2012). De hecho fue él mismo quien, en sus últimos escritos (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986), reconoció que los mayores pueden ayudar a otros de formas diferentes (como padres, como abuelos, como cuidadores, como mentores, etc.), a la vez que aceptan ayuda y expresan su interés por transmitir conocimientos y valores a las futuras generaciones.

Lejos de quedarse en una discusión teórica, la aplicabilidad del concepto de generatividad ha recibido una cantidad de apoyo empírico más que considerable. Por ejemplo, parece ser que tras incrementar en el paso de la juventud a la mediana edad, el interés y las actividades generativas en general se mantienen en la vejez, tanto cuando se comparan transversalmente diversos grupos de edad (Sheldon & Kasser, 2001; Zucker, Ostrove, & Stewart, 2002) como cuando las personas evalúan, retrospectivamente, la generatividad en diferentes momentos de su vida (Miner-Rubino, Winter, & Stewart, 2004). Adicionalmente, estudios que analizan la experiencia de personas que envejecen de manera particularmente satisfactoria sugieren que la generatividad podría ser un componente esencial del buen envejecer (Fisher, 1995).

Según St. Aubin & McAdams (1995), mientras la preocupación generativa parece más asociada a ciertos rasgos de personalidad (y por ello puede mostrar una estabilidad

mayor en el tiempo), la probabilidad de implicarse con actividades generativas podría depender en mayor medida de factores situacionales como las oportunidades y barreras a las que se enfrentan las personas en diferentes circunstancias y momentos de su vida. Por ejemplo, la presencia de leyes que regulan las edades de jubilación obligatoria hace que el trabajo remunerado, uno de los ámbitos generativos por excelencia según Erikson, sea relativamente inaccesible para los mayores.

Pese a ello, existen otras muchas actividades potencialmente generativas en las que pueden implicarse las personas en las últimas décadas de su vida. Una de las más típicas es, por ejemplo, el cuidado auxiliar de nietos, papel que asumen muchos abuelos para que sus hijos puedan conciliar la vida familiar con la vida laboral. La investigación sobre este tema destaca como estos cuidados, si se realizan de manera voluntaria, permiten a los abuelos sentirse útiles e importantes en la familia (Budini, Gattai, & Musatti, 1999). Estos cuidados les ofrecen la oportunidad de transmitir valores e influir en el desarrollo de sus nietos, al mismo tiempo que continúan ayudando a sus hijos, aspectos todos ellos generativos (Villar, Celdrán, & Triadó, 2012). Otras investigaciones también han mostrado que el interés generativo es un importante predictor de la satisfacción de los abuelos con los cuidados a sus nietos (Thiele & Whelan, 2008).

De manera similar, el cuidado de familiares dependientes también puede ser considerado una actividad generativa. En cuanto al impacto sobre la sociedad y las futuras generaciones de esta actividad, éste podría radicar en el ahorro de importantes cantidades de recursos públicos que el Estado tendría que invertir en el caso de que el cuidado de familiares dependientes no fuera asumido principalmente por la familia y en la transmisión de valores a los más jóvenes. Por otro lado, Peacock et al. (2010) pusieron de relieve que algunos cuidadores consideran estar actuando como modelos a seguir y dando ejemplo a sus hijos sobre la forma en que creen correcto actuar ante situaciones de necesidad. En cuanto a los beneficios para el propio desarrollo que cualquier actividad generativa debería desencadenar se ha visto, por ejemplo, que aparte de consecuencias negativas (Pinquart & Sörensen, 2003; Vitaliano, Zhang, & Scanlan, 2003), cuidar de un familiar dependiente puede ser fuente de satisfacción, emociones positivas y ganancias (Fabà & Villar, en prensa; Kinney, Stephens, Franks, & Norris, 1995; Netto, Goy, & Yap, 2010). Éstas últimas han sido vinculadas a un mayor

bienestar de los cuidadores, sugiriendo, por ejemplo, que existe una relación positiva entre la cantidad de ganancias reportadas y su salud mental (Liew et al., 2010).

Más allá de estas actividades, asociadas ambas al cuidado y en general desarrolladas en contextos familiares, los mayores también pueden implicarse en comportamientos generativos en ámbitos comunitarios. La implicación en tareas de voluntariado es, en este sentido, una actividad generativa. Los estudios han asociado el voluntariado de las personas mayores con niveles altos de generatividad por la preocupación hacia la sociedad o altruismo que motiva a las personas mayores para realizar este tipo de actividades (Kahana, Bhatta, Lovegreen, Kahana, & Midlarsky, 2013). De hecho, ese sentimiento generativo podría ayudar a explicar el impacto positivo en el bienestar y en el estado afectivo que el voluntariado tiene en este colectivo mayor (Gottlieb, & Gillespie, 2008).

Finalmente, la participación cívica y política es otro ámbito en el que los mayores pueden expresarse generativamente. Warburton, McLaughlin, & Pinsker (2006) y Kleiber, & Nimrod (2008), por ejemplo, encontraron que la implicación y participación de las personas mayores en las decisiones que afectan a la comunidad en la que viven era uno de los ámbitos privilegiados para la expresión de la generatividad en la vejez. Además, esta participación podría contribuir a la creación y mantenimiento del capital social (Hodgkin, 2011; Warburton, & Stirling, 2007) a la vez que ofrecería a las personas mayores la oportunidad de sentirse útiles e importantes, incrementando de esta manera a su bienestar personal (Gruenewald, Liao, & Seeman, 2012).

Un aspecto común a todas estas actividades generativas es que, además de contribuir al bien común y al desarrollo social, implican un componente de satisfacción personal y estimulan también el desarrollo personal (Villar, 2012). De hecho, esta conexión con el desarrollo individual es lo que diferencia la generatividad en la vejez de otros conceptos similares, como el de envejecimiento productivo (Caro & Sánchez, 2005). Así, para ser generativa, una actividad debería no únicamente expresar el interés y preocupación por las nuevas generaciones, sino que también debería ayudar a dotar de sentido a la vida y facilitar vivirla de manera satisfactoria (Cheng, 2009; Fisher, 1995; Villar, López, & Celdrán, en prensa).

A pesar de la potencial importancia de las actividades generativas en la vejez y de que disponemos de algunos estudios, de orientación fundamentalmente sociológica, que estiman su frecuencia entre los mayores, todavía existe escasa investigación centrada en

hasta qué punto estas actividades son equivalentes en cuanto a las características de los mayores que se implican en ellas y a su impacto en la satisfacción. Conocer estos aspectos podría ser relevante para determinar el valor personal que se atribuye a estas actividades, las barreras a las que se enfrentan los mayores que quisieran desarrollarlas y el diseño de políticas destinadas a su fomento.

Así, nuestro estudio pretende, en primer lugar, cuantificar la presencia de cuatro actividades potencialmente generativas (cuidado de nietos, cuidado de personas dependientes, voluntariado y participación cívica) en una muestra representativa de la población española mayor de 65 años. En segundo lugar, se tratará de conocer qué tipo de mayores se implican en actividades generativas, esto es, si los participantes en cada tipo de actividad presentan un perfil sociodemográfico común o, por el contrario, específico y diferenciado del resto. Por último, se pretende explorar las diferencias en términos de satisfacción y preocupación por la vejez entre los mayores implicados en actividades generativas y los que no lo están.

Método

Participantes

Los datos analizados en el presente estudio proceden de la Encuesta sobre Personas Mayores, realizada por el IMSERSO en el año 2010 con el fin de obtener datos sobre las condiciones de vida de las personas mayores en España.

En la encuesta se recogieron datos de una muestra de 2.535 personas mayores de 65 años. Para la recogida de los datos se utilizó un muestreo aleatorio simple, utilizando para ello el listín telefónico. El resultado fue una muestra representativa de la población mayor española (excepto Ceuta y Melilla) residente en viviendas familiares que disponen de teléfono fijo.

Para asegurar la presencia de personas mayores diferentes en variables que se consideraron clave, la muestra se estratificó en función del sexo (1.279 entrevistas a hombres, 1.256 a mujeres), la edad (considerando cuatro intervalos, 60-69, 70-74, 75-79 y 80 y más, con aproximadamente 625 personas en cada uno de ellos), el tamaño de municipio (con cinco intervalos, con aproximadamente 500 personas en cada uno de ellos: hasta 5.000 habitantes, de 5.001 a 10.000, de 10.001 a 20.000, de 20.001 a 100.000 y más de 100.000 habitantes) y la Comunidad Autónoma (en este caso, el número de encuestas no fue equivalente en las diferentes comunidades, sino

proporcional a la población mayor de 65 años en cada una de ellas). En la base de datos para cada caso se proporciona un factor de ponderación que representa el peso del sexo, la edad y el tamaño del municipio dentro del conjunto de los mayores españoles.

Instrumentos

El cuestionario utilizado constaba de 50 preguntas divididas en diferentes bloques que trataban aspectos como: convivencia y relaciones personales, soledad, condiciones de la vivienda, estado de salud y autonomía, uso del tiempo, renta y consumo, ciudadanía y participación y experiencia de envejecer. La mayoría de personas contestó el cuestionario en un tiempo aproximado de entre 20 y 25 minutos.

Las variables incluidas en el presente estudio fueron de tres tipos:

- *Variables sociodemográficas*: Se seleccionaron cinco variables: sexo, edad (con cuatro valores: 65-79, 70-74, 75-79 y más de 80), estado civil (casado/a, viudo/a, soltero/a y separado/a o divorciado/a), nivel educativo (sin estudios, con estudios primarios completos o incompletos, con estudios secundarios completos o incompletos y con estudios universitarios completos o incompletos) y tamaño del municipio (con cuatro valores: menos de 5.000 habitantes, de 5.001 a 20.000, de 20.001 a 100.000 y más de 100.000 habitantes).

Para medir el estado de salud de los entrevistados, se elaboró un índice de autonomía con dos valores (autónomo vs no autónomo) a partir de la respuesta a preguntas sobre las dificultades para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. La persona era clasificada como no autónoma si manifestaba dificultades para realizar alguna de las siguientes actividades: subir y bajar escalones, utilizar la bañera o ducha, utilizar el WC, coger utensilios de los armarios, meter o sacar ropa de la lavadora y tender ropa. Si no manifestaba dificultades en ninguna de esas actividades era clasificado como autónomo.

- *Actividades generativas*: se consideraron cuatro actividades potencialmente generativas. La primera de ellas era el cuidado de nietos, que se evaluaba preguntando si en la actualidad ayudaba en alguna ocasión en el cuidado cotidiano de nietos mientras los padres trabajaban.

El cuidado a personas dependientes se evaluaba a partir de la respuesta a cuatro preguntas, en las que se pedía si en los últimos dos meses el participante había cuidado a otros debido a su estado de salud ofreciendo ayuda relativa al cuidado personal, ayuda

doméstica, trámites y gestiones o compañía. Se consideraba a la persona como cuidador si respondía afirmativamente a alguna de las cuatro preguntas.

La participación en actividades de voluntariado se evaluaba a partir de la respuesta afirmativa a la pregunta ‘¿Realiza algún tipo de actividad de voluntariado?’.

Por último, se consideraba que la persona desarrollaba actividades de participación cívica y política cuando informaba pertenecer a un partido político, a un sindicato, a un colegio profesional o a una asociación de mayores.

- *Bienestar*: El bienestar se evaluó a partir de dos indicadores. El primero de ellos era la pregunta ‘¿En qué medida está Ud. satisfecho con su situación actual?’, que contaba con cinco alternativas de respuesta (‘muy satisfecho’, ‘bastante satisfecho’, ‘regular’, ‘poco satisfecho’ y ‘nada satisfecho’), a los que se asignaron valores del 1 al 5. El segundo indicador fue la pregunta ‘¿En qué medida le preocupa su propia vejez?’, que contaba también con cinco alternativas de respuesta (de ‘mucho’ - 1, a ‘nada’ - 5).

Procedimiento y análisis de datos

Para reclutar a los participantes se llamó a los domicilios seleccionados aleatoriamente del listín telefónico, teniendo en cuenta las variables sexo, edad, tamaño del municipio y comunidad autónoma. En el número seleccionado se preguntó por las personas mayores de 65 años residentes en el hogar, para proceder a identificarse y solicitar su colaboración. Si el hogar no tenía ninguna persona de 65 años o más, ésta no se encontraba disponible o no accedía a participar, se procedía a seleccionar otro número del listín telefónico. En el caso de existir más de una persona mayor de 65 años en el hogar, se seleccionaba aleatoriamente una de ellas.

La realización de la totalidad de las encuestas se llevó a cabo en ocho semanas. Se formó un equipo de 10 entrevistadores telefónicos que trabajaron siguiendo dos turnos, uno de mañana (cinco entrevistadores trabajando de 10.00 a 15.00 horas) y uno de tarde (cinco entrevistadores trabajando de 15.30h a 20.30h).

Para alcanzar los dos primeros objetivos (cuantificar la extensión de las actividades generativas y obtener un perfil de los mayores implicados en cada tipo de actividad) se obtuvieron porcentajes, tanto directos (sobre el total de la muestra) como ponderados (teniendo en cuenta el peso en la población mayor del género, grupo de edad y tamaño del municipio). Estos últimos permiten obtener una estimación del porcentaje de participantes no en la muestra sino en la población mayor. A este

respecto, cabe decir que todos los porcentajes que aparecerán en el resto del texto son porcentajes ponderados.

En el caso del tercer objetivo, las medias en las variables satisfacción con la situación actual y preocupación con la propia vejez se compararon entre grupos de participantes y no participantes por medio de una prueba t de student para muestras independientes.

Resultados

Frecuencia de la actividad generativa entre los mayores

De las actividades generativas estudiadas, la más frecuente resultó ser el cuidado de nietos, que desarrollaría un 31,2% de la población. A gran distancia del cuidado de nietos se encontraba el ofrecimiento de cuidados a otra persona dependiente, actividad con la que el 13,9% de las personas de más de 65 años de nuestro entorno estarían implicadas. Por último, los porcentajes de mayores involucrados en actividades de voluntariado y participación cívica y política serían algo más escasos, el 9,1% y el 8,4% respectivamente. De esta manera, algo más de la mitad de la población mayor (51,0%) no desarrollaría ninguna de las cuatro actividades generativas. De los que sí estarían implicados en alguna, el 37,4% lo estaría sólo con una, mientras que dos actividades serían desarrolladas únicamente por el 10,5% de las personas mayores. Sólo el 1,1% de ellas serían generativas de tres de las cinco distintas formas, y podría ser que nadie estuviera involucrado con estas cuatro actividades al mismo tiempo. En el caso de estar implicado en dos actividades, además, en prácticamente la mitad de ocasiones se trataría de cuidar a nietos y cuidar a algún familiar dependiente.

Perfil de las personas mayores implicadas en actividades generativas

En cuanto al perfil de las personas que desarrollan actividades potencialmente generativas, en la Tabla 1 tenemos su distribución en función de las diferentes variables consideradas. A efectos comparativos, también se presenta la distribución en esas variables de la población mayor de 65 años y de los mayores que no realizan ninguna actividad generativa.

Cuidar de los nietos parece ser una actividad llevada a cabo en proporción similar por hombres y mujeres, pero la implicación con la misma parece decrecer con la edad. Esta actividad también es más frecuente entre los casados y menos entre viudos, y

parece no relacionarse con los niveles educativos pero sí con el tamaño del municipio y los niveles de autonomía, en el sentido de que parecen haber más personas mayores en municipios de más de 100.000 habitantes y autónomas cuidando nietos.

Tabla 1. Porcentajes ponderados de personas mayores en general, que no realizan ninguna actividad generativa y que sí la realizan por variables sociodemográficas

	Total 65+	Sin actividad generativa	Cuidado de nietos	Cuidado de dependientes	Voluntariado	Participación cívica
Sexo						
Hombres	42,4	43,8	45,0	35,8	15,3	51
Mujeres	57,6	56,2	55,0	64,2	84,7	49,0
Edad						
65-70	24,7	17,3	42,6	24,8	22,4	32,8
70-74	25,8	17,5	34,2	29,1	51,7	22,5
75-79	22,2	26,6	14,7	23,1	17,8	16,9
80 y más	27,3	38,6	8,4	23,1	8,0	27,8
Estado Civil						
Casados/as	62,9	58,1	74,0	69,4	57,1	61,6
Viudos/as	28,6	34,6	20,9	17,7	29,0	22,7
Separado/a	2,9	1,9	4,3	2,3	3,5	5,8
Soltero/a	5,3	5,1	0,8	10,6	10,4	9,9
Nivel educativo						
Sin estudios	39,1	43,1	37,5	54,5	29,9	28,8
Primarios	49,6	49,6	46,6	44,8	54,0	49,5
Secundarios	6,7	4,6	9,8	6,8	8,8	10,6
Universitarios	3,4	2,2	4,6	2,6	5,0	13,0
Tamaño municipio						
<5.000	21,1	25,1	19,2	15,9	15,5	8,7
5.001-20.000	18,8	19,8	17,4	17,1	17,0	15,6
20.001-100.000	21,9	22,4	19,9	19,3	28,8	18,4
>100.000	38,2	32,7	43,4	47,7	39,8	57,3
Autonomía						
Autónomo	40,9	35,1	47,9	44,1	52,3	47,4
No autónomo	59,1	64,9	52,1	55,9	47,7	52,6

Al contrario que en el caso anterior, entre los mayores que cuidan personas dependientes se observan una mayor cantidad de mujeres pero ninguna diferencia por grupo de edad. Son proporcionalmente más frecuentes entre este grupo las personas casadas y solteras, y menos las viudas. Las tareas de cuidado destacan también por ser más frecuentes entre las personas sin estudios y pertenecientes a municipios de mayor tamaño.

El voluntariado es, a la luz de los resultados, la actividad generativa más fuertemente feminizada: apenas un 15% de los voluntarios son hombres. Los

voluntarios también son considerablemente frecuentes entre los mayores de entre 70 y 74 años, y muy poco entre los de más de 80 años. Si bien el voluntariado podría resultar una actividad menos atractiva para los casados, la proporción de solteros implicados en ella es destacable, como también lo es la escasa presencia de personas sin estudios, y la elevada proporción de habitantes de municipios de tamaño más bien grande y de personas autónomas.

Por último, la participación cívica es la actividad que cuenta con más participantes hombres, y también parece estar asociada a edades más jóvenes. La proporción de casados, separados y solteros no parece diferir de la de la población general, aunque de nuevo el número de personas viudas parece inferior. Otro dato a destacar es la elevada presencia de personas con alto nivel educativo (entre ellas se encuentran cuatro veces más universitarios que en la población general), que viven en grandes municipios y de participantes autónomos.

Respecto a los mayores que no realizan ninguna actividad generativa, destacan especialmente por ser los más mayores (un 38,6% tienen 80 años o más), ser en mayor medida viudos/as, y menos autónomos que la población general mayor de 65 años.

Actividad generativa y satisfacción y preocupación por la vejez

En general, los participantes en el estudio implicados en alguna de las cuatro actividades consideradas como generativas reportaban unas puntuaciones en satisfacción personal más elevadas que los no implicados en ninguna de las cuatro actividades, pero unos niveles de preocupación por la vejez similares.

Sin embargo, el grupo de participantes implicados en las dos actividades vinculadas al cuidado (bien de nietos, bien de personas dependientes) no mostraba unas puntuaciones medias en satisfacción personal ni en preocupación por la vejez significativamente diferentes a los participantes no implicados en estos tipos de actividades (Tabla 2). En cambio, las personas que realizaban actividades de voluntariado sí se mostraban más satisfechas con su situación actual, pero no menos preocupadas por su vejez. En el caso de las personas que participaban cívicamente, su satisfacción personal era mayor y se preocupaban menos por su vejez que las personas que no ejercían este tipo de participación.

Tabla 2. Diferencias en satisfacción y preocupación por la vejez entre personas mayores implicadas y no implicadas en actividades generativas

	Satisfacción situación actual		Preocupación por la vejez	
	<i>M (SD)</i>	<i>t student (p)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t student (p)</i>
Implicados en alguna actividad generativa				
Sí	2,51 (1,39)	2,42	2,85 (1,44)	-0,51
No	2,65 (1,47)	(<i>p</i> =0,015)	2,82 (1,47)	(<i>p</i> =0,60)
Cuidado de nietos				
Sí	2,55 (1,39)	0,85	2,83 (1,42)	0,03
No	2,60 (1,46)	(<i>p</i> =0,39)	2,83 (1,47)	(<i>p</i> =0,97)
Cuidado de dependientes				
Sí	2,54 (1,35)	0,57	2,71 (1,45)	1,56
No	2,59 (1,45)	(<i>p</i> =0,57)	2,85 (1,46)	(<i>p</i> =0,11)
Voluntariado				
Sí	2,36 (1,39)	2,31	2,69 (1,36)	1,50
No	2,61 (1,44)	(<i>p</i> =0,02)	2,85 (1,46)	(<i>p</i> =0,13)
Participación cívica				
Sí	2,26 (1,31)	3,04	3,20 (1,48)	-3,04
No	2,61 (1,45)	(<i>p</i> =0,002)	2,81 (1,45)	(<i>p</i> =0,002)

Discusión

Los resultados obtenidos sugieren que cerca de la mitad de las personas mayores españolas no desarrolla ninguna de las actividades generativas consideradas en el estudio. Además, desarrollar una de ellas parece no facilitar la implicación en otras, ya que sólo alrededor del 10% de la población mayor podría participar en más de una. Este resultado general esconde, sin embargo, amplias diferencias entre actividades. Estas diferencias se centran tanto en su frecuencia como en el perfil de personas que las desarrollan.

Así, las actividades de cuidado, que se realizan fundamentalmente dentro del ámbito familiar, son las más frecuentes. Entre ellas destaca especialmente el cuidado a nietos, del que podría ocuparse cerca de un tercio de la población mayor, lo que supone más del doble que quienes participarían en la segunda actividad generativa más frecuente, el cuidado de personas dependientes. Las actividades que se desarrollan en un ámbito comunitario, como el voluntariado o la participación cívica, serían mucho menos

frecuentes y su porcentaje de participación podría ser inferior al 10% en ambos casos. Este patrón de participación, en el que lo familiar domina por encima de lo comunitario, parece ser especialmente característico de los países del sur de Europa, donde tradicionalmente los niveles de participación voluntaria de los mayores han sido más bajos que en los países del Norte (Erlinghagen, & Hank, 2006) mientras que, por el contrario, la implicación en actividades de cuidado es más intensa (Hank, & Buber, 2009). Siguiendo la diferenciación propuesta por Agahi & Parker (2005), nuestros resultados sugieren también que las personas mayores en España realizan una contribución importante al desarrollo del capital social en el micro nivel de las relaciones familiares y de amistad, siendo aún escasa la participación de los mismos en el nivel macro de las organizaciones, asociaciones e instituciones sociales.

El segundo objetivo del estudio consistía en comparar el perfil de las personas que se implican en actividades potencialmente generativas. Esta comparación sugiere que diferentes actividades atraen a diferentes tipos de personas mayores. Únicamente hay una característica, el tamaño del municipio, que parece afectar de manera similar a las cuatro actividades, en las que participan más las personas de municipios de mayor tamaño. En este sentido, vivir en municipios medianos o grandes podría ser un facilitador para la involucración con actividades generativas. La participación cívica, en especial, parece estar muy dificultada en las poblaciones más pequeñas, quizá por una menor presencia de oportunidades de participación en forma de asociaciones. El resto de variables sociodemográficas definirían perfiles relativamente específicos.

El sexo, por ejemplo, destaca como una variable relevante en tres de las cuatro actividades generativas tenidas en cuenta. En este sentido, tanto el cuidado a dependientes como el voluntariado son actividades (especialmente esta última) fuertemente feminizadas. En cambio, hay proporcionalmente más hombres que mujeres que participan cívicamente. Si bien los resultados respecto al cuidado no sorprenden, dado que es una actividad tradicionalmente asignada a las mujeres (IMSERSO, 2005), las diferencias de género en voluntariado y participación cívica no tienen una fácil explicación, especialmente si tenemos en cuenta que ambas etiquetas (y especialmente la de voluntariado) pueden esconder una gran variedad de actividades diferentes que no han sido exploradas en el cuestionario utilizado. Quizá una mayor presencia de actividades de ayuda en el voluntariado y de organización en la participación cívica, que se corresponderían con los roles de género tradicionalmente asociados a mujeres y

hombres respectivamente –especialmente presentes en las generaciones más mayores–, podría explicar esta diferencia.

Igualmente, la edad también aparece como una variable relevante en tres actividades generativas. Así, tanto el cuidado de nietos como el voluntariado y la participación cívica parecen darse más frecuentemente entre los mayores jóvenes. Si bien en los tres casos este hecho podría estar relacionado con la mayor probabilidad de contar con niveles inferiores de salud a medida que envejecemos, que podría dificultar la implicación con las tres actividades, en el caso del cuidado de nietos cobra importancia, también, el hecho de que las necesidades de la familia sobre el cuidado de niños tiendan a producirse a edades más bien tempranas dentro de la vejez. Este descenso de la actividad generativa asociado a la edad también es coherente con las propuestas de Erikson en el sentido que quizás las personas más mayores ya han sido generativas en etapas anteriores de su vida y se encuentran en un momento en el que otras actividades, como las relacionadas con la integración del yo, podrían ser prioritarias.

El estado civil también aparece como factor influyente en las cuatro actividades pero con resultados diferentes. Por ejemplo, mientras la viudedad es un factor que inhibe la actividad generativa excepto en el caso del voluntariado, el cuidado a nietos tiene una especial presencia entre las personas mayores casadas, es decir, entre aquellas que tienen más probabilidades de tener nietos.

Los niveles de estudios y de autonomía también podrían ser elementos facilitadores para determinadas actividades generativas. Así, los elevados niveles educativos aparecen ligados a las actividades de voluntariado y participación cívica y política, y las personas involucradas en estas dos actividades y el cuidado de nietos parecen compartir, también, una capacidad funcional elevada. Ser autónomo en las actividades de la vida cotidiana es un aspecto importante de la salud. Esta salud es señalada como una barrera para realizar múltiples actividades, y entre ellas las actividades de voluntariado y participación cívica (Li & Ferraro, 2006). En el caso de los cuidadores, coherentemente con investigaciones previas, es más frecuente que cuenten niveles educativos más bien bajos (IMSERSO, 2005), y el hecho que su labor aparezca desvinculada de su edad y de su autonomía podría indicar que cuando una persona en la familia necesita del apoyo de otros, la predisposición de las personas mayores para proveerlo podría ser muy elevada, incluso cuando su capacidad para

hacerlo no sea la óptima. En cualquier caso, la vejez, pese a todo, sigue siendo una fuente de oportunidades generativas que algunos mayores aprovechan.

En cuanto al tercer objetivo, las actividades generativas deberían contribuir no sólo al bien común, sino también a la satisfacción de las personas que las realizan. Sin embargo, esto no parece ser así para las actividades de cuidado. Quien las desarrolla no presenta mayores niveles de bienestar que quien no. Ciertamente, tampoco cuidar a otros implica una menor satisfacción, como se ha argumentado desde los modelos que asocian el cuidado a la presencia de estrés, de síntomas físicos y de sentimientos de carga (Knight & Sayegh, 2010), y eso ya parece positivo. Sin embargo, la ausencia de beneficios personales (al menos en los indicadores tenidos en cuenta) pone en duda el carácter generativo de estas actividades, que quizá en muchas ocasiones se llevan a cabo a partir de motivaciones que poco tienen que ver con un interés generativo, y en un contexto más de obligatoriedad (o falta de alternativas viables) que de voluntariedad. De hecho, cuidar a otros podría en cierto sentido ser una barrera para la participación de los mayores en otras actividades generativas, especialmente en las de naturaleza comunitaria, debido a la alta carga de tiempo y recursos que se destinan al cuidado (Martinson, 2006; Morrow-Howell, 2007).

De esta manera, apelar al carácter generativo de una actividad sin tener en cuenta aquello que lo motiva, desligando el interés generativo de la acción generativa, podría llevar a confusión. En cambio, de acuerdo con los resultados presentados, la naturaleza generativa del voluntariado y la participación cívica es más clara atendiendo a sus consecuencias personales. Especialmente en esta última, su desarrollo implica tanto mayor satisfacción como una menor preocupación por la vejez.

La interpretación de los resultados del estudio, sin embargo, debe hacerse con precaución y teniendo en cuenta las limitaciones que presenta. Entre ellas, por ejemplo, cabe destacar su naturaleza transversal, que nos impide hablar de tendencias asociadas a la edad disociadas de los efectos generacionales. En algunos casos, los criterios que se han adoptado (p.e. para definir la participación como cuidador de personas dependientes) son quizá demasiado laxos, ya que el diseño del cuestionario original no permitía otros. En este mismo sentido, la presencia en el cuestionario utilizado de indicadores de actividad generativa muy básicos (en términos de participación frente a no participación), que no tienen en cuenta ni la motivación ni la intensidad o la satisfacción específica que se deriva de ellas, tampoco permite profundizar en las

circunstancias y consecuencias que rodean a las actividades generativas. Sin duda, estos aspectos son lo suficientemente interesantes para plantear nuevas investigaciones más concretas.

Pese a estas limitaciones, los resultados expuestos son relevantes porque nos hablan del gran potencial de incremento que la actividad generativa (especialmente la no vinculada a la familia y el cuidado) tiene en nuestro país. La llegada de generaciones más formadas contribuirá de manera natural a este incremento, dado que la formación es como hemos visto uno de los factores más asociados al desarrollo de actividades generativas. Sin embargo, será importante el diseño e implementación de políticas para su fomento y que ofrezcan oportunidades generativas a mayores que ahora no las tienen. Esta mayor implicación de los mayores en actividades generativas, especialmente en aquellas voluntariamente asumidas, puede contribuir no sólo a su desarrollo personal, sino también ser un valioso recurso para la sostenibilidad y una fuente de mejoras de los contextos en los que participan.

Referencias bibliográficas

- Agahi, N. & Parker, M. G. (2005). Are today's older people more active than their predecessors? Participation in leisure-time activities in Sweden in 1992 and 2002. *Ageing & Society*, 25(6), 925-941
- Baltes, M. M. & Carstensen, L. L. (1996). The process of successful aging. *Ageing and Society*, 16(4), 397-422.
- Budini Gattai, F. & Musatti, T. (1999). Grandmother's involvement in grandchildren's care: Attitudes, feelings, and emotions. *Family Relations*, 48(1), 35-42.
- Caro, F. G. & Sánchez, M. (2005). Envejecimiento productivo. Conceptos y factores explicativos. In S. Pinazo y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 457-488). Madrid: Pearson.
- Cheng, S. T. (2009). Generativity in later life: Perceived respect from younger generations as determinant of goal disengagement and psychological well-being. *Journals of Gerontology: Psychological and Social Sciences*, 64B(1), P45-P54.
- Ehlman, K. & Ligon, M. (2012). The application of a generativity model for older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 74(4), 331-344.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. Nueva York: Norton.

- Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age*. Nueva York: Norton.
- Erlinghagen, M. & Hank, K. (2006). The participation of older Europeans in volunteer work. *Aging and Society*, 26(4), 567-584.
- Fabà, J. & Villar, F. (en prensa). Ganancias asociadas al cuidado de personas con demencia: Adaptación al español de la escala GAIN. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.
- Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *International Journal of Aging & Human Development*, 41(3), 239-250.
- Gottlieb, B. & Gillespie, A. A. (2008). Volunteerism, health, and civic engagement among older adults. *Canadian Journal on Aging*, 27(4), 399-406.
- Gruenewald, T. L., Liao, D. H., & Seeman, T. E. (2012). Contributing to others, contributing to oneself: Perceptions of generativity and health in later life. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67B(6), 660-665.
- Hank, K. & Buber, I. (2009) Grandparents caring for their grandchildren: Findings from the 2004 Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Journal of Family Issues* 30(1), 53–73.
- Hodgkin, S. (2012). 'I'm older and more interested in my community': Older people's contributions to social capital. *Australasian Journal on Ageing*, 31(1), 34-39.
- IMSERSO (2005). *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- IMSERSO (2012). *Informe 2010. Las Personas Mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Kahana, E., Bhatta, T., Lovegreen, L. D., Kahana, B., & Midlarsky, E. (2013). Altruism, helping, and volunteering: Pathways to well-being in late life. *Journal of Aging and Health*, 25(1) 159-187.
- Kleiber, D. & Nimrod, G. (2008). Expressions of generativity and civic engagement in a 'learning in retirement' group. *Journal of Adult Development*, 15(2), 76-86.
- Knight, B. G. & Sayegh, P. (2010). Cultural values and caregiving: The updated Sociocultural Stress and Coping Model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B(1), 5-13.

- Li, Y. & Ferraro, K. F. (2006). Volunteering in middle and later life: Is health a benefit, barrier or both? *Social Forces*, 85(1), 497-519.
- Liew, T. M., Luo, N., Ng, W. Y., Chionh, H. L., Goh, J., & Yap, P. (2010). Predicting gains in dementia caregiving. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29(2), 115-122.
- Martinson, M. (2006). Opportunities or obligations? Civic engagement and older adults. *Generations*, 30(4), 59-65.
- McAdams, D. P., Hart, H. M., & Maruna, S. (1998). The anatomy of generativity . En D. P. McAdams y E. de St. Aubin (Eds.), *Generativity and adult development* (pp. 7-43). Washington, DC: American Psychological Association.
- McAdams, D. P. & Logan, R. L. (2004). What is generativity? In E. de St. Aubin, D. P. McAdams y T. C. Kim (Eds.), *The generative society* (pp. 15-31). Washington: American Psychological Association Press.
- Netto, R. N., Goh, J., & Yap, P. (2010). Growing and gaining through caring for a loved one with dementia. *Dementia*, 8(2), 245-261.
- Miner-Rubino, K., Winter, D. G., & Stewart, A. J. (2002). Gender, social class, and the subjective experience of aging: Self-perceived personality change from early adulthood to late midlife. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(12), 1599-1610.
- Morrow-Howell, N. (2007). A longer worklife: The new road to volunteering. *Generations*, 31(1), 63-67
- Peacock, S., Forbes, D., Markle-Reid, M., Hawranik, P., Morgan, D., Jansen, L., Leipert, B. D., & Henderson, S. R. (2010). The positive aspects of the caregiving journey with dementia: Using a strengths-based perspective to reveal opportunities. *Journal of Applied Gerontology*, 29, 640-659.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250-267
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. Nueva York: Pantheon.
- Thornton, J. E. (2002). Myths of ageing or ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28(4), 301-312.

- Sheldon, K. M. & Kasser, T. (2001). Getting older, getting better? Personal strivings and psychological maturity across the life span. *Developmental Psychology*, 37(4), 491-501.
- St Aubin, E. & McAdams, D. P. (1995). The relations of generative concern and generative action to personality traits, satisfaction/happiness with life, and ego development. *Journal of Adult Development*, 2(2), 99-112.
- Thiele, D. M. & Whelan, T. A. (2008). The relationship between grandparent satisfaction, meaning, and generativity. *International Journal of Aging and Human Development*, 66(1), 21-48.
- Villar, F. (2012). Successful ageing and development: The contribution of generativity in older age. *Ageing & Society*, 32(7), 1087-1105.
- Villar, F., Celdrán, M., & Triadó, C. (2012). Grandmothers offering regular auxiliary care for their grandchildren: An expression of generativity in later life? *Journal of Women and Aging*, 24(4), 292-312.
- Villar, F., López, O., & Celdrán, M. (en prensa). La generatividad en la vejez y su relación con el bienestar: ¿Quién más contribuye es quien más se beneficia? *Anales de Psicología*.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946-972.
- Warburton, J., McLaughlin, D., & Pinsker, D. (2006). Generative acts: Family and community involvement of older australians. *The International Journal of Aging & Human Development*, 63(2), 115-137.
- WHO (2002). *Active ageing: A policy framework*. Ginebra: World Health Organization. Recuperado el 5 de junio de 2013 de http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Zucker, A. N., Ostrove, J. M., & Stewart, A. J. (2002). College-educated women's personality development in adulthood: Perceptions and age differences. *Psychology of Aging*, 17(2), 236-244.

Modelo de atención gerontológica centrado en la persona y los cambios en la cultura de gestión económica de las residencias de mayores en España.

M^a Ángeles Tortosa Chuliá⁵*

*Departamento Economía Aplicada. Facultad de Economía. Universitat de València

Resumen

En los últimos años estamos atendiendo a un proceso de cambio a nivel internacional en la manera de cuidar a los mayores en el ámbito social. Es la atención gerontológica centrada en la persona. Este nuevo modelo de cuidado ha provocado también una revisión de los principios y métodos de gestionar los servicios sociales destinados a los mayores. En este artículo se comentan los cambios que se están produciendo a nivel de las residencias de personas mayores en España. Un enfoque más personal supone que se tengan en cuenta ahora más que antes los valores de los usuarios de estos servicios. Esto supone que hay que sustituir el habitual enfoque basado sólo en los valores del profesional. El mayor reto de esta nueva cultura es buscar el equilibrio en la convivencia de todos los valores de los participantes en el cuidado: usuarios mayores, profesionales y familiares de los mayores. Pero también implica un seguimiento personal y modificación de la toma de decisiones por gestores que serán posibles con la ayuda de la información procedente de la evaluación económica continuada de los resultados y actividades de las residencias. Solo así será posible una “buena gestión” centrada en la persona mayor.

Palabras-clave: personas mayores, atención centrada en la persona, residencias mayores, gestión.

Gerontological care model centered on the person and changes in economic management culture of the nursing homes in Spain.

Abstract

In recent years we are attending to an international process of change on how to care older people in the social field. It is called person-centered care. This new model of

⁵ La correspondencia relativa al artículo debe dirigirse a M^a Ángeles Tortosa Chuliá, Departamento Economía Aplicada. Facultad de Economía. Universitat de València, Avda. Los Naranjos, s/n. 46022 Valencia (España); e-mail: angeles.tortosa@uv.es.

care has also led to a review of the principles and methods of social services for older people management. This article discusses the changes that are occurring at the level of nursing homes in Spain. A more personal approach means that the users' values of these services have to be taken into account more now than before. This leads to replace the usual approach based only on professional values. The biggest challenge of this new culture is to seek balance in the coexistence of all the values of the participants in care: older users, professionals and elderly family. But it also involves personal monitoring and changing the taking decisions process for managers that will be possible with the information given by a continued economic evaluation of results and activities developed in nursing homes. Only then will it be possible the "good governance" older person-centered.

Keywords: older people, patient-centered care, nursing homes, management

Cambios en los modelos de atención al mayor. El viaje hacia el modelo de atención centrado en la persona

Los modelos de atención destinados a los mayores no pueden ser estáticos ni rígidos, están influenciados por las variaciones que experimenta el contexto económico, político y social (a nivel individual, familiar y grupal) en el que viven los mayores. En el caso de España la evolución de las maneras de cuidar a nuestros mayores ha pasado por diferentes etapas: sus inicios en el siglo XIV con carácter más religioso y de atención a los pobres en los asilos, parroquias y conventos; a finales del siglo XVIII con el desarrollo de la beneficencia pública; a los servicios públicos municipales en los años 70; y finalmente la expansión de estos servicios en los años 90, en especial de la ayuda a domicilio y residencias, con los planes gerontológicos (Sancho, 2002).

El modelo que ha predominado en estos momentos en España tiene como principal objetivo solucionar las necesidades de las personas mayores cuando sufren problemas de fragilidad y dependencia. Que preocupen las necesidades implica ofertar diversos tipos de servicios que las cubran, y contar con esos servicios se convierte en esencial para el sistema. En un contexto de envejecimiento de la población y con previsión de crecimiento de la demanda la principal preocupación política es la de ampliar la gama de servicios sociales para los mayores (Puga, 2002).

Eso supone que durante este período de transición (finales años 90-2007) y extensión de los servicios (2007 hasta actualidad) la búsqueda de la equidad en el

acceso ha sido notable. Tanto es así que se ha percibido que, en los últimos años, en los países del sur de Europa (Francia, España, Portugal, Italia) se han desarrollado los servicios sociales para mayores como nunca antes. En el caso de España se ha producido el traslado de unos servicios sociales asistenciales mínimos, destinados a grupos con muchas carencias y alto grado necesidad, a unos servicios sociales más generosos, que abarcan a mayor número de personas.

Se distinguen varias fases en el cambio y expansión de este modelo. En la primera fase del desarrollo de este modelo se estaba priorizando la cantidad de servicios frente a la calidad de los mismos. Desde los años 70 se había establecido una infraestructura de servicios “*básicos o tradicionales*” centrados en residencias y más tarde- ayuda domiciliaria, que con el transcurso del tiempo parecía insuficiente. Conforme crecía la demanda se observó que existía una variedad de necesidades que no eran cubiertas. Gran parte de los mayores tenían “*necesidades de tipo menor*” que debían ser satisfechas por otro nuevo tipo de servicios tales como la telealarma, los centros de día, las viviendas tuteladas, las comidas domicilio, el transporte adaptado, etc. Su incorporación al sistema estaba produciendo una “*diversificación*” de la oferta de los servicios sociales a personas mayores. De este modo el modelo resultante y que actualmente se ofrece es más diverso y abundante en servicios que antes. (Puga et al., 2011).

La mejora del acceso y generosidad del sistema tuvo un inmediato efecto en la población. Pronto creció el número de solicitantes de ayuda, más de lo que se había previsto por los expertos, y apareció rápidamente el principal problema del sistema: su financiación (López, 2011).

En los últimos años, se puede hablar de una segunda fase de avance de este modelo, y que está notándose aisladamente en algunas zonas de España. Cuando los servicios han crecido en cantidad y se han diversificado, lo siguiente a perfeccionar es la calidad de esos servicios, renovando el modo en que se producen y optimizando los resultados. Por tanto, el eje central de la modernización del modelo se sustenta ahora en satisfacer las necesidades de las personas mayores, pero atendiendo a sus valores y cumpliendo sus derechos como ciudadanos (Martínez, 2011). A esta nueva manera de afrontar el cuidado se le denomina *Modelo de atención gerontológico centrado en la persona*.

El éxito de esta fase dependerá de las consecuencias que la crisis económica pueda tener en la financiación de este sector y del grado de implicación en los cambios que los participantes quieran adoptar.

Renovación de los modos de gestionar económicamente los servicios sociales destinados a las personas mayores

Este cambio de cultura del cuidado afecta a todos los servicios sociales destinados a los mayores. Sin embargo, en este estudio se van a comentar los novedades en la gestión que afectan a las residencias de personas mayores, donde el cuidado es más intenso y requiere de más personal de atención directa y que por esos motivos pueden ser más visibles las transformaciones en la gestión económica de los servicios.

Querer cuidar mejorando la calidad del cuidado comunitario, siendo más integral y personalizando, irremediablemente conduce a modificar las maneras en que se toman las decisiones, y se organizan, planifican y ejecutan las tareas de cuidado.

No obstante, el cambio más “*revolucionario*” que afecta a la gestión es que los valores de los trabajadores dejan de ser fundamentales en la organización del trabajo y deben adaptarse y compaginarse con los valores de los mayores.

Se pueden identificar unos renovados principios en la gestión económica de los centros, algunos ya se habían planteado con anterioridad, pero gracias al modelo de atención centrada en la persona reaparecen con fuerza, y vale la pena recordarlos.

Una visión personal de la atención frente a protocolos generales de atención. Se produce un acercamiento a los valores de autonomía y libertad, y un respeto hacia los derechos de la persona mayor que indica que ya no sirven, como antes, los protocolos de actuación generales, de trato igual para el conjunto de residentes. La persona mayor expresa sus preferencias y los profesionales intentarán cumplirlas, sin que esto suponga un menoscabo de los derechos de los demás participantes en el cuidado del mayor.

Buena gobernanza de los servicios. Supone hacer transparentes las actividades prestadas mediante la generación y publicidad de la información de los recursos y resultados, y además, acompañar la toma de decisiones con una mayor ética por parte del gestor. En este caso se insiste en mejorar la ética o valores de los responsables de los servicios hacia los valores de los usuarios y profesionales del servicio (Sachs, 2011). Este principio está tomando fuerza socialmente debido al desencanto y desconfianza que sobre políticos y gestores económicos está mostrando la crisis económica y política.

De hecho, es una de las soluciones que se barajan para combatir la crisis (Meneu & Ortún, 2011). Y es un principio completamente aplicable al sector de las residencias de personas mayores, dados los reiterados casos de mala gestión y de maltratos, etc., que se denuncian en los medios.

Labor de equipo. Un cuidado integral exige trabajo en equipo y coordinación de tareas. Si parte de los trabajadores decide no colaborar se rompe el esfuerzo realizado por el resto.

Responsabilidad social o búsqueda bien común. En el desarrollo de las actividades y en la toma de decisiones también es posible crear bienestar para diversos colectivos implicados en los servicios, es decir, no sólo favorecer el bienestar del mayor sino también el de los trabajadores, la familia, los contribuyentes, y la sociedad en general. A esto se le llama generar el “bien común” (Felber, 2012).

Institucionalización de la evaluación de los servicios. Supone que la toma de decisiones se realiza en base a las prioridades establecidas a través de la evaluación continuada del trabajo realizado en el centro. La evaluación económica ayuda a tomar decisiones privadas y/o públicas sensatas. Esto es lo que recomienda la Asociación de Economistas de la Salud de España se aplique en el ámbito sanitario y social. También es una tarea a la que están obligados los oferentes de servicios sociales para mayores por la Ley SAAD (artículo 34,35, 37 y 38 Ley 39/2006, de 14 de diciembre).

Lograr que estos principios funcionen es tarea de los responsables de la administración de las residencias y también del resto de la plantilla porque conlleva la corrección de algunos de los métodos de trabajo desempeñados hasta ahora. Esas innovaciones que introduce el modelo de atención centrado en la persona en las maneras de gestionar se orientan a los siguientes campos:

Educar en valores de las personas y en ética relacionados con el trabajo a desempeñar. Sin una comprensión mínima de hacia dónde se dirigen los esfuerzos no será fácil innovar. En este caso, si el valor de trabajador ya no es el único a considerar habrá que enseñar al trabajador los valores de los usuarios mayores, y los de su familia, y hacerle entender por qué son tan importantes como los suyos. Se trata de mostrar al trabajador otras percepciones de la realidad distintas a la suya.

Incorporar nuevas rutinas tales como la anotación o registro de las actividades efectuadas y los resultados de las mismas por parte de todo el personal. Esta tarea es imprescindible para reconducir los métodos de trabajo hacia los nuevos objetivos establecidos. El registro es parte del proceso de evaluación y de generación de la

información que se va a usar en la toma de decisiones por parte de los gestores de las residencias. Permite conocer ¿cuántos recursos se usan? ¿quién los usa? ¿qué se deriva de su uso?, etc... No se trata sólo de saber las cuantías de los gastos e ingresos de los centros sino qué uso se hace de los recursos para obtener unos resultados.

Coordinar las tareas y crear equipos de trabajo en el centro. Estos equipos no deben ser una utopía. Se puede colaborar en grupos para elaborar planes individualizados de cuidado. Sólo con una visión integral y completa de todos los miembros de ese grupo de técnicos es posible generar una hoja de ruta de trabajo para cada residente y con posterioridad efectuar un reparto consensuado de las tareas entre trabajadores. Lo más inmediato que se produce son alteraciones en los horarios y organización habituales del trabajo ya que hay que aproximarlos a los horarios y preferencias de las actividades de los mayores. En ocasiones, preguntar a la persona mayor directamente es de gran ayuda.

Estos movimientos en la gestión van dirigidos a lograr unos resultados concretos que hay que destacar. Al cumplirse las preferencias de la persona mayor, se incrementa su satisfacción vital o calidad de vida y su satisfacción con el servicio. Los familiares del mayor también aumentan su satisfacción al comprobar que su pariente es tratado de manera más personalizada. Y los trabajadores, aunque inicialmente están sujetos a una carga de trabajo adicional, con posterioridad cuando las nuevas tareas se instalan con normalidad, incrementan su satisfacción personal al contar con mayor tranquilidad y seguridad en el trabajo.

Por otro lado, un mayor conocimiento de los costes y beneficios de las actividades realizadas a nivel del centro deriva en una mejor toma de decisiones. El centro puede tomar decisiones más acertadas para ajustar sus costes maximizando sus beneficios. Se incrementa el trabajo eficiente (la producción del servicio se ha acercado a las preferencias de los ciudadanos con el mínimo coste). Tal como comentan Lee, Bott, Gajewski, & Taunton (2009) el elemento más importante derivado de un cambio de metodología y planificación de las tareas en las residencias es la mejora de la eficiencia. La Fundación Matia-SIIS (2011) lo recomienda, dada la escasez de las evaluaciones en el ámbito gerontológico, y sobre todo de las residencias de mayores. Y también la OCDE y la Comisión Europea sugiere en su último estudio potenciar y estandarizar la evaluación de resultados para mejorar la calidad de los servicios de larga duración (OECD & European Commission, 2013)

Además, con este modo de gestionar se genera más información, que si se publicase, derivaría en más transparencia sobre el trabajo del oferente en este sector y más confianza en el ciudadano (potencial usuario y contribuyente actual que se queja en general de quienes toman decisiones colectivas). Y se está incrementando el conocimiento de los costes y beneficios generados a nivel social por parte de estos servicios residenciales (bien común).

En consecuencia, funcionando de este modo se espera que los costes se mantengan estables (pues no serán necesarios más recursos humanos y materiales), mientras que los beneficios sociales aumenten, tal como se acaba de mencionar. Esto implica que las actividades relacionadas con el cuidado centrado en la persona serían coste-efectivas. Así lo han constatado Fundación Matia y SIIS (2011) tras efectuar un repaso de los principales estudios de experiencias de implantación del modelo atención gerontológica centrado en la persona en diferentes países en los últimos años:

“Una extrapolación lógica de estos datos permite afirmar que la puesta en práctica de un modelo de atención basado en este tipo de intervenciones en la CAPV sería potencialmente coste-efectiva. En ese sentido, cabe pensar que el desarrollo de este tipo de intervenciones permitiría no sólo mantener o mejorar la situación de las personas atendidas en términos de calidad de vida, mejora del estatus funcional y de salud, autodeterminación, integración o satisfacción con los servicios prestados sino, además, hacerlo destinando a esos programas un nivel de recursos económicos igual o inferior”.(SIIS, 2011, pag. 179)

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se podrían derivar otras consecuencias deseables socialmente. Los responsables políticos de los departamentos de servicios sociales deberían considerar un reparto de la financiación pública y un diseño de los impuestos de forma diferente al actual. Debería tratarse favorablemente a aquellos oferentes de servicios o centros residenciales que trabajen eficientemente (frente a quienes solo ofrecen precios bajos). Y también a aquellos oferentes de servicios o centros residenciales que generen bien común (no contaminan, protegen grupos desfavorecidos, respetan la igualdad, favorecen conciliación trabajo-familia, etc.). (Felber, 2012).

Aunque la consecuencia más importante de la puesta en práctica de este modo de gestionar a través del modelo de atención personalizado es alcanzar las dos grandes metas ideales de todo tipo servicio público: ser más equitativo a la vez que eficiente.

Da la sensación todo el rato de que este modo de gestión y cuidado está lejos de la realidad. Sin embargo no es así. En España se está llevando a cabo un movimiento en el ámbito de las residencias que iría en la línea que apunta la atención centrada en la persona y que tiene como principal motor el proyecto “*Desatar al anciano con demencia*”. Hace diez años que lo promocionó CEOMA (EM, 2013) y en la actualidad un creciente número de residencias lo están implantando. A resaltar iniciativas públicas como las de los gobiernos autonómicos (Navarra) que han mejorado sus regulaciones respecto a las “*sujeciones físicas*” en los centros. O de iniciativas privadas, como la empresa Geroresidencias-La Saleta, que en 2008 implantó el programa y que en el 2013 todos sus centros ya son libres de sujeciones físicas, y además han acompañado este programa con otro denominado “Doce metas” que incide en otros aspectos como la eliminación de las sujeciones químicas y en mejorar la nutrición, la incontinencia, la imagen, las relaciones con la sociedad y la familia de los mayores.

Problemas y retos de la gestión hacia el cambio de modelo atención del mayor

Aún teniendo claros los principios y métodos que guían la gestión del nuevo modelo atención en la práctica diaria surgen diversos problemas a su implantación y son muchas las iniciativas que empiezan y no continúan con el cambio.

Los obstáculos son muy variados y reflejan el gran reto que supone el desarrollo de esta manera de gestionar.

Si los valores de los trabajadores del centro ya no cuentan como antes y están expuestos a variaciones en sus rutinas, dependiendo de las preferencias de cada usuario mayor, será necesaria la predisposición de los trabajadores hacia este cambio de metodología. Reconocer y admitir los valores de otros exige una cierta apertura de pensamiento y flexibilidad por su parte. Desafortunadamente no todos los trabajadores están dispuestos a aproximarse a los valores de otros, adaptarse y cambiar su “*cómodo*” estado.

Y es que la coexistencia de valores diferentes siempre ha sido complicada de manejar. A pesar de la formación que reciben los trabajadores sobre los valores de las personas mayores es difícil compaginar los valores individuales del trabajador con los valores individuales de los mayores. Y también primar los valores colectivos frente a los individuales. Esto es debido principalmente a la naturaleza o biología humana, las costumbres, la historia, la educación recibida que nos condiciona y que ha generado que

el objetivo personal casi siempre se superponga al objetivo social a desarrollar por el profesional (Pinker, 2012).

Si los derechos de los trabajadores también se deben respetar, se tendrán que acatar las normas laborales en vigor. En ocasiones, el cumplimiento de los derechos de los trabajadores entra en conflicto con el cumplimiento de los derechos de los mayores. Por tanto, se esperan conflictos a nivel laboral y la negociación con los sindicatos.

También es frecuente la dificultad en el trato y manejo entre los miembros de los equipos de trabajo, pues la coordinación impone una reorganización tareas y puede alterar el “*status*” de algunos trabajadores. El conflicto de roles entre profesionales, así como las jerarquías instaladas dificultan la coordinación y conducen a que determinadas preferencias individuales triunfen sobre las colectivas.

Generar información sobre actividades y resultados es costoso para el trabajador y suele adoptar una postura de rechazo. Esta nueva operación supone una carga añadida de trabajo pero puede ser aliviada con la ayuda de las nuevas tecnologías y de la coordinación.

No se cuenta con una cultura de evaluación de los servicios. Se recoge información que luego se aparca y no se usa en la toma de decisiones. Eso conduce a un efecto perverso y es que el registro de la información se considera inútil y, ante ese rechazo, se menoscaba la transparencia y la buena gobernanza que se buscaba. Estas tareas de evaluación de las residencias a menudo pasan desapercibidas para el usuario y la familia, y en muchos casos los trabajadores tampoco las aprecian pues prefieren dedicar su tiempo a la atención directa. No obstante, la evaluación, con la correspondiente toma de decisiones sensata, es la que conduce a “*la buena gestión*” y es lo que distingue a una residencia con prestaciones de “*calidad*” frente a otra.

Finalmente, en peor situación se encuentra la medición del bien común en el ámbito de las empresas y/o de las instituciones públicas en general y en el ámbito de los servicios sociales destinados a los mayores. Sólo existe una incipiente medición del bien común o responsabilidad social.

A pesar de estos problemas el modelo de atención gerontológica centrado en la persona puede encontrar soluciones para seguir en su avance y lograr los resultados que tiene previstos. Toda evolución necesita de un periodo de transición, de adaptación. Los viejos métodos de trabajo deben quedar atrás para dar paso a las “*nuevas*” maneras de entender el cuidado. Habrá que tener paciencia y seguir buscando ese mejor sistema

porque como advierten Skidelsky & Skidelsky a las personas nos guía la búsqueda de la buena vida y:

Nuestra naturaleza es tal que nunca estamos satisfechos con lo que tenemos. Así que seguimos trabajando para estimular nuestros apetitos hastiados. (2012, pág 34):

Esto conduce a aceptar que los modelos de atención a las personas mayores *siempre* estarán en cambio y sus modos de gestionarlos *también*.

Referencias bibliográficas

- Alarcón Alarcón, T. (2008). El uso adecuado de la restricción física en el anciano: una preocupación creciente. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 43(4), 197-8.
- Asociación Economía de la salud (AES). *La sanidad pública ante la crisis. Recomendación para una actuación pública sensata y responsable*. Documento de debate. Disponible en:
http://aes.es/Publicaciones/DOCUMENTO_DEBATE_SNS_AES.pdf
- Editorial Entre Mayores (2013). El programa “Desatar al anciano y al enfermo de Alzheimer” celebra su X aniversario. *Entre Mayores*, 8.
- Felber, C. (2012). *La economía del bien común*. Bilbao: Deusto Ediciones
- Fundación Matia - SIIS. (2011). *Atención comunitaria y atención centrada en la persona: revisión de estudios de coste-efectividad*. Vitoria-Gasteiz: Centro de Documentación y Estudios SIIS.
- Geroresidencias- La Saleta. *Programa 12 metas*. <http://www.lasaleta.com/innovacion-residencias-centros-dia-personas-mayores.php>
- Gracia D. (2012). Construyendo la salud. *Claves de razón práctica*, 226, 42-51
- Lee, R.H., Bott, M.J., Gajewski, B., & Taunton R.L. (2009). Modeling efficiency at the process level: an examination of the care planning process in nursing homes. *Health Services Research*, 44(1), 15-32. Doi: 10.1111/j.1475-6773.2008.00895.x.
- López Casasnovas, G. (2011). La ley de Autonomía y dependencia. Reflexiones y recomendaciones para su mejor desarrollo. *Gaceta sanitaria*, 25 (Supl. 2), 125-130
- Martínez Rodríguez, T. (2011). La atención gerontológica centrada en la persona. *Gizartea Hobetuz. Documentos de bienestar social*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del gobierno vasco.

- Meneu, R., & Ortún, V. (2011). Transparencia y buen gobierno en sanidad. También para salir de la crisis. *Gaceta Sanitaria*, 25(4), 333-338.
- OECD/European Commission. (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long-term care*. Paris: OECD Publishing.
- Pinker, S. (2012). *La tabla rasa. La negación moderna de la naturaleza humana*. Barcelona: Paidós.
- Puga, M. D. (2002). *Dependencia y necesidades asistenciales de los mayores en España. Previsión al año 2010*. Madrid: Fundación Pfizer.
- Puga, D. S., Tortosa, M. A., Malmberg, B., & Sundström, G. (2011). La diversificación y consolidación de los servicios sociales para las personas mayores en España y en Suecia. *Revista Española de Salud Pública*, 85(6), 525-539.
- Sachs, J. (2012). *El precio de la civilización*. Barcelona: Galaxia Gutemberg.
- Saizarbitoria, M. (2012). Revisión de estudios de coste efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona. *Ekania*, 51, 107-117. <http://dx.doi.org/10.5569/1134-7147/51.07>
- Sancho, M., & Rodríguez, P. (2002). Envejecimiento y protección social de la dependencia en España. Veinte años de historia y una mirada hacia el futuro. *Revista Internacional Psicosocial*, Supl. Marzo, 1-20.
- Skidelsky, R. & Skidelsky, E. (2012). *How much is enough? The love of money, and the case for good life*. London: Penguin Books.

La Historia de Vida como Método de Estudio en Psicogerontología

Emilia Serra Desfilis^{6*}

* Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología, Universitat de Valencia (España)

Resumen

En el presente trabajo se realiza una revisión teórica original acerca de la utilización del método cualitativo de la Historia de Vida, en el estudio del proceso de envejecimiento. Se parte de las bases teóricas que lo sustentan (perspectiva de Life-Span), y del procedimiento de recogida de información y del análisis de los datos siguiendo el esquema de los Conceptos Transicionales (Serra, 2000; Zacarés, 1999). Se reflexiona sobre los presupuestos teóricos del envejecimiento, entendido como proceso frente a etapa de desarrollo, así como lo que reporta para la investigación este método de análisis biográfico.

Palabras-clave: Metodología Cualitativa, Historias de Vida, Conceptos Transicionales, Proceso de Envejecimiento, Análisis Biográfico, Ego Narrativo

Life Story as Study Method in Psychogerontology

Abstract

In this paper we review the original theory about the use of the qualitative methods of the Life Story in the study of the ageing process. We look for the theoretical basis that supports it (Life-Span perspective), and for the process of collecting information and data analysis, following the scheme of the Transitional Concepts (Serra, 2000; Zacarés, 1999). We reflect about the theoretical assumptions about ageing regarding it as a developmental process, as well as its biographical analysis method in what concerns research.

Keywords: Qualitative methodology, Life story, Transitional concepts, Ageing processes, Biographical analysis, Narrative Ego

⁶ Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Facultad de Psicología, Universitat de Valencia (España)

Dirección Postal: Avda. Blasco Ibáñez 21, 46010 Valencia (España)

Dirección electrónica: Emilia.serra@uv.es

Introducción

El método tradicional de las *Historias de Vida* (McAdams, 2001), entendido como el relato retrospectivo de la experiencia vital de un sujeto, aparece dentro del seno de las ciencias antropológicas durante los años 20 del siglo pasado. Desde entonces, ha sido utilizado como instrumento de investigación en Psicogerontología, en la Psicología del Desarrollo, en general (Developmental Psychology) y, en ocasiones, como método o instrumento terapéutico.

La Psicología del Desarrollo ha aprovechado las bases de los primeros autores, provenientes de la Sociología, pero ha configurado cambios en el procedimiento y en el método de análisis, que se presentan como originales en el presente artículo.

Se considera Historia de Vida aquello que contamos sobre nosotros mismos, en las que el protagonista de la misma es el propio sujeto.

En Villar & Triadó (2006) se enmarca como tal la que está narrada oralmente y, citando a Linde (1993), señalan que sólo forma parte de la historia vital aquella narración cuyo tema principal es uno mismo.

Se admiten asimismo, dentro de la Historia de Vida, dos tipos de enfoque: narrativo y cognitivo. Nosotros partimos de un enfoque narrativo, en cuanto que las historias son exclusivamente la reconstrucción oral de experiencias personales y para Linde (1993), esa reconstrucción es más que una historia particular y única sino que es la suma o el resumen de las diferentes historias que contamos sobre nosotros mismos a lo largo de nuestra vida. Por ello la historia es contada de forma diferente según el momento evolutivo del sujeto, dentro de su curso vital.

Desde el punto de vista metodológico, la Historia de Vida (a partir de ahora HV), es considerada como método idiográfico, cualitativo y evolutivo.

Desde una perspectiva *idiográfica*, la investigación sobre la propia vida debe centrarse en la persona y su trayectoria personal como objeto de estudio, es decir, en sus propias y únicas características (curso vital).

El enfoque idiográfico (Silva, 1989, in Ballesteros, 1989) se caracteriza por tres peculiaridades: 1) el proceso de evaluación y su correspondiente instrumentación se diseñan o eligen para cada caso, 2) las variables que se estudian surgen de la persona misma y de su entorno, no le son impuestas desde fuera (a través de instrumentos de medida), 3) la percepción del sujeto se toma en consideración como la variable más importante, más allá de la objetividad de los hechos vividos, y 4) se trata de descubrir y

explorar el patrón de variables biográficas y de desarrollo típico y único de cada persona.

Si bien lo idiográfico se opone a la perspectiva nomotética, en cuanto que ésta centra su objetivo en la búsqueda de leyes, en este caso, sobre el transcurrir de las vidas, en general (Ciclo de la Vida), hay que señalar que las historias de vida, en plural, no adoptan siempre una perspectiva idiográfica “sensu stricto”, ya que, a partir de ellas, podemos obtener algunos datos normativos sobre el desarrollo (trayectorias de vida, sucesos evolutivos...).

Es una metodología *cualitativa* en cuanto que el lenguaje y la narración del propio sujeto, en cuanto discurso personal, la subjetividad acerca de lo que ocurrió, cuándo, cómo influyó sobre los propios cambios o los del entorno, son más relevantes para el investigador que la exactitud de las fechas o la veracidad objetiva, comprobable con fuentes externas, tal como proponían los sociólogos. Asimismo el número de sujetos participantes no está determinado por ningún tipo de muestreo sino por la “saturación” de contenidos (Iborra, Zacarés & Serra, 2008) y la presentación de resultados, si bien puede ser representada gráficamente, debe utilizar el lenguaje narrativo propio del sujeto (sus propias expresiones verbales, matices culturales y/o generacionales...).

Por último, aunque no menos importante, es, tal como aquí se presenta, un método *evolutivo*, puesto que concibe el desarrollo como un proceso, como un “curso de vida”, contando como instrumento con la memoria autobiográfica y partiendo de que el recuerdo de los hechos, lejos de permanecer “intacto” a lo largo de la vida, se modifica, se construye (Fivush, 1991; Krampen, Fahse, & Gross, 1993; Neimeyer, 2007; Serra, Gonzalez, & Oller, 1989; Wallace, 1992; Whitbourne & Powers, 1994), y es esa “construcción” la que nos permite acceder más claramente al desarrollo de ese ser humano, en concreto.

La HV, por tanto, que comenzó siendo un método etnográfico propio de la sociología, y cuyo objetivo era fundamentalmente el estudio de sujetos “supervivientes” – resilientes, emigrantes, ..., excepcionales en todo caso - es, tal como aquí se presenta, desde nuestra perspectiva, un método psicológico, evolutivo, y cuyo objeto de estudio es el desarrollo, a través de los diferentes acontecimientos y transiciones más o menos normativas, en un sujeto concreto y desde cuya visión y discurso narrativo se analiza su propia vida.

Pero además el método que se presenta como cualitativo e idiográfico, no lo es estrictamente tal como ahora lo concebimos, puesto que analiza el curso de la vida

desde las transiciones y sucesos por los que transcurre ese desarrollo, constituyéndose así en una constatación de dicha elaboración teórica (conceptos transicionales) y adquiriendo o pudiendo adquirir un cierto matiz nomotético.

Procedimiento

La HV puede ser registrada a través o con la ayuda de algún instrumento (Villar, 2004), entrevista semi o estructurada, si bien con ello, a nuestro juicio, se pierde la riqueza más importante del método de HV, a saber, la propia narración espontánea de los hechos, la expresión del estilo narrativo personal, el análisis del discurso, la búsqueda de coherencia en el mismo...elementos clave para el análisis del curso de la vida del sujeto.

Frente al enfoque clínico – proveniente de los estudios de Holmes y Rahe a finales de los sesenta, con su conocida Life's Events Scale (1968) - que ponía el énfasis en el grado de estrés que producen en el sujeto los acontecimientos más comunes como productores de patología más o menos grave, el enfoque evolutivo (Serra, 2000; Serra, Gonzalez, & Oller, 1998) pone el énfasis en el cambio/los cambios acontecidos en el sujeto a partir de determinados acontecimientos que deben ser evaluados en “clave evolutiva”, cuestión que analizaremos más adelante.

Las diferencias de ambos enfoques no residen únicamente en el punto donde se sitúa el énfasis (estrés o cambios respectivamente), sino en otras cuestiones no menos relevantes, como son: a) el tipo de sujetos estudiados – pacientes o sujetos de población normativa, la amplitud de edad - de 15 a 85 años, frente a adultos jóvenes, medios y tardíos, sin discriminación de la variable grupo de edad en los resultados, b) la asociación o falta de información acerca del tiempo de ocurrencia de los hechos, c) los diferentes contextos, norteamericano y español, lo que confiere al enfoque evolutivo una mayor validez ecológica, d) el registro abierto de hechos – frente al estructurado a partir de un listado de acontecimientos - lo que permite que aparezcan los llamados “no eventos esperados” como hechos importantes (ej. *No haberse casado nunca, no haber trabajado fuera de casa, no haber tenido hijos...*) y e) lo que hemos denominado “sutileza” en la percepción de hechos vividos de modo subjetivo y no siempre visibles para el entorno (ej. *Sentirse enamorado, verse viejo, no encontrar sentido a la vida...*).

Todo lo anterior justifica que propongamos, desde el enfoque evolutivo, el procedimiento con el que se deben obtener los datos acerca de los hechos vividos por el

sujeto, tal como los recuerda ahora y que han sido productores de cambios, a su juicio, a lo largo de su curso vital.

Es obvia la necesidad de preparación del entrevistador/a en psicología del desarrollo, aspectos de psicología clínica imprescindibles en el manejo de una entrevista, así como una preparación psicogerontológica, en el caso de adultos mayores y de investigación específica en la recogida de datos de HV, para poder gestionar de forma adecuada las emociones derivadas del recuerdo o reminiscencia – fundamentalmente de los acontecimientos traumáticos o dolorosos. Por parte del propio sujeto y del entrevistador/a. Sin dicha preparación, sería difícil discernir entre lo relatado por el sujeto y lo interpretado por el entrevistador/a a partir de sus propios esquemas, prejuicios (de género, cultura, edad cronológica, generación...). Dicha preparación implica un autoconocimiento así como el conocimiento de códigos lingüísticos no compartidos necesariamente, con el fin de analizar los datos con lucidez y veracidad.

De toda esta complejidad metodológica, cultural, profesional y personal del entrevistador, se deriva la riqueza del método de HV de modo que, excepto en casos de práctica o entrenamiento bajo supervisión, hay que advertir acerca de la utilización *ingenua*” de un sujeto no formado suficientemente, como un peligro que debe ser considerado con sumo cuidado por los investigadores que trabajen con esta metodología.

Por otra parte, y dado que necesitaremos grabar el discurso narrativo del sujeto acerca del curso de su vida, para realizar, posteriormente, la transcripción del mismo, el análisis y clasificación de los hechos y la distribución temporal de los mismos en dicho curso, se hace necesario un *consentimiento informado* previo al relato, por parte del sujeto, y constatando que nuestras instrucciones acerca de los objetivos de investigación con la metodología de HV, quedan suficientemente claras para el sujeto entrevistado, objeto de la HV.

Se realizarán dos entrevistas, espaciadas en el tiempo en un plazo máximo de 10 días y no menor de 5 días entre la primera y la segunda.

En la primera, que se realizará, al igual que la siguiente, en un lugar relajado para el sujeto - su propio domicilio, la residencia, un parque o jardín, un despacho,... si bien evitando una saturación de estímulos que evoquen algunas áreas de reminiscencia más que otras, por el tipo de objetos presentes; se comenzará comunicando al sujeto la siguiente instrucción:

“Cuénteme los acontecimientos por los que ha pasado a lo largo de su vida, que usted considere importantes y que hayan supuesto o supusieron en su día cambios importantes para su vida o los de su entorno”.

Habiendo solicitado el permiso para grabar sus palabras, previamente, el entrevistador/a estará dotado de algún registro, sea electrónico o de “papel y lápiz” para registrar, durante el discurso, los cambios en los tonos de voz, las emociones, los gestos, la postura corporal, los silencios...

El tiempo máximo no debe sobrepasar el límite de 2 horas de duración.

Ante esta instrucción, el sujeto comienza a hablar, con mayor o menor respeto al orden cronológico, siguiendo un orden o secuenciación por nivel de importancia o repercusión en el cambio en sus vidas, por áreas de contenido (familiar, afectivo, laboral, salud...), nacimientos/fallecimientos, ... de forma pausada, con muchos silencios, con gran fluidez, siguiendo un orden, pasando por alto épocas y volviendo sobre ellas, detallando minuciosamente aspectos internos o externos o narrando asépticamente hechos con un orden cronológico casi perfecto...

Todo ello nos muestra el “estilo narrativo” del sujeto, que expresa una construcción del yo como “yo narrativo” (McAdams & Olson, 2010), características de personalidad, nivel de concienzación o autoconocimiento, reflexividad o espontaneidad en el relato..., que muestra el sujeto en esta tarea concreta que utiliza como recuerdo autobiográfico.

Numerosos estudios han demostrado la relación entre el modo de narrar los sujetos, es decir, cómo el sujeto analiza, revisa, evalúa, narra y valora su vida (Aparisi, 1993) y determinadas variables psicológicas tales como el ajuste, el bienestar psicológico en mayores, la depresión, la integridad del yo y la ansiedad ante la muerte en sujetos mayores. Así, Luborsky (1993) investigó entre la diferencia en el estilo narrativo de sujetos depresivos y no depresivos, entre los 71 y los 99 años, encontrando que los últimos poseen un estilo más flexible y suelen construir sus historias sobre un modelo de tiempo lineal basado fundamentalmente en el curso de la vida (de la niñez a la vejez). En la misma línea, Fishman (1992) intenta demostrar la relación entre la forma de narrar y analizar la propia vida, la integridad del yo y la ansiedad ante la muerte, en sujetos de 65 a 93 años. Si bien sus resultados no corroboran la profundidad del análisis de la propia vida con la integridad del yo, si demostraron una relación entre una revisión de vida más profunda y una menor ansiedad ante la muerte.

Una vez finalizada la primera entrevista, se solicita al sujeto que, durante el espacio de tiempo entre la primera y la segunda, intente recordar algunos hechos de su vida, que no hayan surgido en la primera y que considere importantes para su desarrollo. Se le sugiere que puede anotarlos en algún cuaderno, a medida que vaya recordando algún hecho y se le proporciona algún ejemplo acerca de cómo es habitual evocar nombres, situaciones olvidadas – a veces gratas y otras dolorosas - cuando ha comenzado la revisión de los hechos pasados. Le transmitimos que existe un proceso de incubación latente que puede despertarse con la reminiscencia de la primera entrevista.

Finalizada la primera entrevista, por tanto y, a la espera de la segunda y última, el entrevistador deberá situar los sucesos relatados en fechas siguiendo el curso temporal de la vida, desde el primer recuerdo infantil hasta la actualidad. Con este registro, el entrevistador será consciente visualmente de los vacíos de registro en el tiempo, en fechas determinadas, en períodos más o menos largos y asociados o no con lugares, hechos históricos, traumáticos, etc. Estos vacíos serán objeto de investigación en la segunda entrevista.

Trascurrido el tiempo entre ambas (entre 5 y 10 días), comenzaremos preguntando al sujeto acerca de qué recuerdos han surgido en este tiempo de los que no había tenido constancia en la entrevista anterior. Las respuestas pueden dar lugar a estilos narrativos muy fructíferos, que nos ayudarán a completar los vacíos del curso de la vida o, por el contrario a una cerrazón acerca de ese período de incubación, no aportando datos significativos o, en algunos casos, no habiendo registrado ningún recuerdo más de los surgidos en la primera ocasión.

En todo caso, y, una vez escuchado el entrevistado, en un tiempo siempre más breve que en el primer encuentro, se insistirá sobre los vacíos que quedan en el curso de la vida, ayudando, acompañando, no forzando, a recordar, si es posible algún dato más que nos ilumine acerca de todo el proceso de desarrollo del sujeto. Con ello, se dará fin al registro de datos sobre la HV.

Ante los datos obtenidos cabe preguntarse, si el sujeto ha relatado todo lo importante, si ha ocultado algo importante o trascendente, si ha dicho la verdad, si ha mentado conscientemente diciendo que no recuerda algo de lo que sí que es consciente que ha influido de modo importante en su curso vital.

Ante estas dudas, acerca de la “veracidad objetiva” del sujeto debemos recordar que la HV no es una técnica terapéutica, al menos tal como en este trabajo la

presentamos, ni siquiera diagnóstica, y su enfoque y análisis no es clínico ni responde a una orientación psicodinámica, sino una técnica de investigación evolutiva.

Villar & Triadó (2006) señalan que puede existir una versión objetiva de los hechos vividos fuera de la interpretación personal. Establecen como conceptos de “verdad” de la HV, dos aspectos: la *autenticidad*, en cuanto que el narrador cree en lo que nos relata como importante en su vida y la *verosimilitud*, de tal modo que los datos que aporta el entrevistado sobre los hechos de su vida, sean lo suficientemente coherentes como para que haya podido ser verdad.

Desde este punto de vista, lo que nos aporta la revisión bibliográfica sobre HV es:

- a) que el sujeto habitualmente cuenta la verdad sobre lo que le ha ocurrido, b) que el sujeto cuenta la historia que desea contar de sí mismo/a, c) que el sujeto “se dice” a sí mismo lo que quiere y puede oír(se) sin excesivo daño psicológico y d) que el sujeto busca coherencia respecto a una *gestalt* propia que va fraguando y consolidando al final de la misma.

Es decir, cuando alguien cuenta su historia no sabe lo que vá a contar, pero, a medida que se produce el discurso va construyendo, resaltando y aminorando aquellos acontecimientos que, en su construcción personal, concuerdan o desentonan con una *gestalt* básica y fundamental, que es real, aquí y ahora. Coles (1970), en el libro dedicado a Erikson, cita las palabras de éste acerca de su visión del joven Lutero, en cuanto esta necesidad de coherencia en el relato. Refiriéndose al divorcio – entendido como enfrentamiento entre éste y la Iglesia - “*Todo lo que termina en divorcio pierde su claridad retrospectiva, porque un divorcio rompe la Gestalt de un amor en Gestalt de dos odios*” (p. 280).

Serra (2010) señala, como ejemplos, que nadie que nos da la imagen de persona entregada y generosa nos relatará que está peleado con su hermano por una herencia o cuando queremos dar una imagen de sacrificio y sufrimiento, resaltaremos cada detalle de nuestra vida que lo confirme y ocultaremos nuestras situaciones de disfute, de alegría, de descanso...

Por tanto, llegados a este punto, podemos añadir una perspectiva más al método de HV, tal como lo concebimos nosotros. Es un método idiográfico, cualitativo, evolutivo y *constructivista*.

Por último, para proceder al análisis de las HV, se transcribirán las entrevistas, y se situarán temporalmente los hechos en un cronograma.

Análisis de los datos de la historia de vida

El análisis que proponemos se asienta, en primer término, sobre las influencias en el desarrollo según la perspectiva de Life-Span, desde sus primeros trabajos (Baltes, Reese, & Lipsitt, 1980). A dichas influencias aportaremos algunas matizaciones que nos parecen relevantes, no sólo para el tema que nos ocupa, el análisis de las HV, sino como para la explicación más integral del Desarrollo Humano.

En segundo término, se sustenta sobre el enfoque evolutivo de los Sucesos Vitales, Transiciones y lo que hemos dado en llamar, ampliando el modelo clásico “Conceptos Transicionales”. Este enfoque de análisis, posee una doble vertiente, por un lado sirve para analizar el Curso de la Vida y, por otra, el Curso de la Vida es explicado a partir de estos conceptos transicionales. Es decir, de algún modo, sirve para unir teoría y práctica en una nueva propuesta que vá más allá de las Influencias en el Desarrollo propuestas por los primeros autores del enfoque o perspectiva del Ciclo Vital (Life-Span).

En un tercer nivel, menos desarrollado por nosotros, pero que, a partir de Erikson (2000), proponemos y que, promete enriquecer aún más el análisis del curso de la vida en sujetos mayores, es la aplicación al análisis de los datos de las tareas psicosociales, fundamentalmente de las propias de las edades de la adultez (Intimidad-Aislamiento, Generatividad-Estancamiento y Integridad-Desesperación). A ello se añadiría en personas de mediana edad y hasta la ancianidad la posibilidad de explicar desde la formulación de Tornstam (2005) de los años 90, la Gerotrascendencia, ante la pérdida de fuerzas físicas y la cercanía de la muerte, propias de la ancianidad pero aplicables al sujeto más joven, que sabe que va a morir en un período relativamente cercano en el tiempo.

Por último nuestra propuesta de análisis de los datos, incluye - desde la perspectiva constructivista - el intento de hacer una síntesis, a partir de un *guión narrativo*, tal como ha propuesto McAdams, en relación con el “guión generativo” de cada curso de vida, que exprese , a través de una *Gestalt* el hilo conductor, la conexión entre los diferentes acontecimientos, que nos ayude a integrarlos y a devolverlo al sujeto “con sentido” (Frankl, 1991), como un primer paso de un trabajo preventivo o terapéutico en la última etapa de la vida, a partir de los datos de las HV.

1) Análisis a partir de las Influencias en el Desarrollo

Todos los acontecimientos relatados por el sujeto en su HV pueden ser agrupados en el esquema, ya clásico de las Influencias Normativas de Edad e Históricas e Influencias No normativas.

El agrupamiento en estas tres categorías nos dará la imagen de un mapa acerca de la normatividad en el curso de la vida, en unas etapas más que en otras, en cada individuo o en la mayoría de ellos, pertenecientes a un modelo occidental de sociedad. Asimismo nos podrá ofrecer una imagen de la no normatividad que ha marcado el curso vital de la persona, dejando más patente los recursos de afrontamiento, la capacidad de resiliencia, la madurez con que se ha enfrentado al impacto de los hechos, las heridas vitales-curadas o no, los hechos azarosos, el destino, la repetición de un guión de vida, la ruptura del mismo guión familiar vivida como una trayectoria no-normativa...

Consideraremos INE aquellas influencias que ha recibido el sujeto a lo largo de su vida que han influido en la mayoría de los sujetos y en un período evolutivo común para todos ellos, pudiendo ser de origen biológico o social, madurativo o fruto de los aprendizajes propios de una cultura o de la interacción de ambos. Estas, según el modelo de influencias a lo largo del curso de la vida (Baltes et al., 1980) poseerán mayor impacto al principio (infancia) y final (ancianidad) del ciclo vital, descendiendo su relevancia para explicar el desarrollo en las etapas intermedias de la vida. Este modelo teórico, a partir de las HV debería quedar confirmado desde la perspectiva del adulto mayor, sin embargo, pensamos que debe ser contrastado con la investigación en diferentes contextos y generaciones.

Las INH son consideradas aquellas que concurren como influencias en el desarrollo en una determinada cohorte o generación. Poseen el carácter de normatividad, no en tanto suceden como algo esperable en el tiempo sino porque afectan a la mayoría de las personas que viven en un mismo tiempo histórico. Sin embargo, a nuestro juicio, queda por explicar, a través de la contrastación del modelo en la investigación, si, a pesar de su normatividad, las edades de los sujetos, en ese tiempo (ej., comienzo de una guerra, uso generalizado de nuevas tecnologías en comunicación,...) son variables importantes a considerar como para modificar sus efectos sobre el cambio en el curso de la vida. Son la HV las que confirman o no el carácter normativo de dichos cambios históricos en edades tempranas, en la adolescencia, o en la vejez... Incluso la denominación de *normativas* les confiere un carácter de predicción sobre el desarrollo que sólo puede aplicarse a posteriori

(catástrofes naturales, crisis económica, transiciones políticas, modernización de la sociedad, cambios familiares...).

Y aún más, los psicólogos del desarrollo debemos discernir, a través de la investigación, con la ayuda de las HV, si hechos no normativos en épocas históricas no tan lejanas, deberían considerarse dentro de la normatividad histórica, y qué criterios más allá de la frecuencia de ocurrencia, nos permiten clasificarlos en una u otra categoría. Es evidente que el contexto en el que aumenta su frecuencia es un criterio fundamental pero asimismo, consideramos importante el tipo de cambios que produce en las generaciones y la normatividad de dichos cambios (ej. la dificultad de entrar en la vida laboral en la juventud, la convivencia previa al matrimonio, los divorcios y reconstitución de las familias con patrones de convivencia padres-hijos, excónyuges, abuelos-nietos, patrones de envejecimiento activo-educación permanente, ocio, voluntariado, estilos de vida...).

Creemos que un criterio fundamental para ser considerados con carácter normativo histórico es que los cambios que se derivan de estos acontecimientos no normativos, deben tener algún tipo de comunalidad madurativa o involutiva en la mayoría de los sujetos en los que acontecen dichos cambios.

Por último las INN cuyo patrón en el modelo de Baltes et al. (1980) es un aumento progresivo del impacto de las mismas a lo largo del curso vital, debe ser asimismo contrastado con las investigaciones que utilizan la metodología de HV, ya que con el envejecimiento de la población y las mejores condiciones de salud y estilos de vida, relaciones sociales, etc., no es tan evidente que los relatos autobiográficos y la construcción de *ego narrativo* en las generaciones mayores actuales este referido o construido, fundamentalmente, por influencias no normativas. La adaptación a la no normatividad parece haberse trasladado a las generaciones de adultos medios y tardíos e incluso, por razones históricas económicas de crisis a nivel global y sus consiguientes efectos en todos los ámbitos del desarrollo, puede estar muy presente en los adultos jóvenes (Santos & Ferreira, 2012).

La aparición de un nuevo período transicional, la adultez emergente, descrito a finales de los años 90 por Arnett (2000), período en el que venimos trabajando nuestro grupo de investigación, tanto en España como en regiones de Latinoamérica (Perú...) invita a la reflexión respecto a cómo el modelo de influencias en el desarrollo y su impacto en las diferentes etapas, debe ser revisado desde la investigación. Para ello las HV son instrumento cualitativo imprescindible.

A nuestro juicio, la presentación del modelo de Baltes et al. (1980) como influencias nítidamente diferenciadas y con expresiones a lo largo del curso vital tan distintas, debe ser revisado.

Nosotros aportamos a esta trilogía de influencias sobre el desarrollo, y a la vista de los resultados de las HV de hombres y mujeres, la necesidad de diferenciar, en base al género, el carácter de normatividad/no normatividad, constatando un envejecimiento diferencial y la construcción de la identidad a través de trayectorias laborales, afectivas, familiares, que actúan como marco de delimitación de normatividad y no normatividad en función del género del sujeto en quien concurren los acontecimientos.

2) Análisis a partir de los Conceptos Transicionales

En un segundo nivel de análisis son los *Conceptos Transicionales* el elemento de clasificación de los hechos acontecidos y relatados por el propio sujeto en su HV.

Este análisis proviene de nuestras investigaciones (Serra et al., 1989) sobre los Sucesos Evolutivos, y que ha ido ampliándose a una serie de conceptos que tienen en común el actuar como “marcadores” en el desarrollo, configurando el curso de vida individual (Zacarés, 1999). Conceptos como transiciones, trayectorias, puntos de giro (*turning points*), tareas, crisis, traumas, microtransiciones... han debido ser generados para explicar el curso de vida de los sujetos a lo largo del desarrollo. En este sentido se cierra el círculo entre la teoría y la investigación, de tal manera que, lo que fue objeto de investigación sobre el desarrollo adulto en el intento de hallar variables complementarias y/o alternativas a la edad cronológica, adquiere significado a través de las HV y, a su vez, la HV es analizada desde estos parámetros teóricos.

Zacarés (1999) propone como marcadores del desarrollo diferentes niveles de análisis, que irían desde conceptos más amplios, como Curso Vital (e incluso Ciclo Vital) hasta niveles inferiores, específicos y más subjetivos, como las Microtransiciones. Básicamente la estructura que propuso Zacarés en 1999, se basa en 4 niveles:

a) Nivel 1: en el que entrarían los conceptos de Ciclo Vital y Curso Vital.

b) Nivel 2: donde se ubican las Trayectorias Evolutivas, como esquemas más permanentes en el tiempo que re-interpretarían las transiciones y sucesos vitales y evolutivos como tales, y los Períodos Transicionales, como períodos de varios años de duración en los que se producen cambios en la estructura de vida.

c) Nivel 3: Donde se sitúan las Transiciones en sus diferentes tipos, así como los puntos de giro (*turning points*) que posibilitan los cambios dentro de las trayectorias o de una trayectoria a otra, en algunas ocasiones.

d) Nivel 4: en que se enmarcan los Sucesos (Eventos o Acontecimientos), las Microtransiciones y las posibles Crisis cuando no se resuelven de forma adecuada en un momento determinado los acontecimientos o las diferentes transiciones, como explicaremos más adelante, a partir del trabajo de Kalish (1968) y Slaikeu (1988).

Nosotros añadimos el concepto de *Trauma*, como uno de los conceptos transicionales a tener en cuenta, y que, a nuestro juicio, podría quedar situado entre los niveles 3 y 4, ya que puede producir un punto de giro en la propia trayectoria y posee, a su vez, el carácter de suceso vital de gran impacto y con mayor permanencia en el tiempo. Es importante señalar aquí, frente a otras concepciones del “trauma” más específicamente clínicas (unidas a la sintomatología del estrés postraumático), que nuestro punto de vista es evolutivo, entendido como marcador del desarrollo, como concepto transicional, que representa una experiencia y que produce emociones extremas, caos, confusión, desconcierto, desamparo o pérdida de control sobre la propia vida (Pérez Sales et al. in Perez Blasco, 2013). Una característica, a nuestro juicio, diferencial frente al suceso vital traumático, por su impacto en el curso de la vida, es la continuidad en el tiempo (meses, años...). Ejemplos, desde esta perspectiva serían, por ej., abusos sexuales continuados en la infancia, encarcelamientos, torturas, secuestros, (por terrorismo, ideas políticas, persecución...), pérdidas en situaciones extremas (como la tragedia de los Andes, en 1972...).

Comenzaremos diferenciando entre los dos conceptos que aparecen en el Nivel 1: *Ciclo Vital* y *Curso Vital*.

Los acontecimientos que el sujeto nos relata, a través de su HV, debemos analizarlos desde la perspectiva de su Curso Vital, que es lo individual, lo personal, la experiencia única de cada sujeto.

Si observamos el comportamiento de los animales, como especies, desde un punto de vista etológico, nos ilustrará la diferencia entre Ciclo de la Vida y Curso Vital. En el primero, se trata de conseguir o mostrar un conocimiento nomotético vs. idiográfico, ya que interesa encontrar “leyes” (de reproducción, de comportamientos en función del sexo...), que se repite de generación en generación.

Asimismo no se utiliza el lenguaje (elemento imprescindible en la HV) como medio de conocimiento, no se nos muestra el yo narrativo - para el que es

imprescindible el lenguaje - de tal manera que es imprescindible un narrador externo que nos interprete esos comportamientos que se repiten de generación en generación.

Y describe su Ciclo de Vida, en cuanto que muestra la totalidad de comportamientos que se dan en todo ser vivo, de esa especie, desde el principio de su vida hasta el final de la misma, con la muerte.

En el caso del Curso Vital, se describen los cambios que en un ser humano desde el comienzo de su vida hasta el momento actual, es decir, utilizando la metáfora del “*curso del río*”, la HV recoge ese curso con los accidentes, sus cambios de contexto, sus períodos de abundancia o escasez de lluvias, el cambio en dicho curso, debido a la naturaleza o a la mano del hombre o tecnología... es decir, los ríos nacen todos ellos en regiones más elevadas que el nivel del mar y desembocan en lugares más cercanos al mar o a lugares que desembocan en él, sin embargo el “curso”, el caudal, la longitud, la trayectoria es distinto para cada uno de ellos. Ese es el objetivo de la HV. La descripción de dicho curso en cada sujeto.

Novel 2: Se consideran *Trayectorias Evolutivas* aquellos patrones de cambio estructurado a través del tiempo que podrían incorporar varias transiciones para un individuo concreto o grupo de individuos (Hombres y Mujeres, Trayectorias Laborales, Afectivas, Familiares, Vida Religiosa, Empresariado, Educación, Sanidad, Periodismo, Ejército, etc). Estas trayectorias tienen la peculiaridad de enmarcar en el curso de la vida los diferentes conceptos transicionales, el sentido normativo o no normativo de las circunstancias que acontecen al sujeto, cómo interpretarlas, etc.

De tal manera que, una transición puede ser considerada evolutiva o circunstancial, en relación con la trayectoria seguida por el sujeto, además de la época histórica en que esta acontezca en la vida del sujeto. Así, una transición como el contacto y gestión de los sentimientos de pérdida por enfermedad o muerte, pueden ser considerados normativos en la trayectoria de un sujeto que ejerce en el ámbito la Sanidad, no así en el curso de vida de un empresario...

Los *Períodos Transicionales* formarían parte de este segundo nivel en cuanto que, al igual que las trayectorias, nos enmarcan lo normativo, lo no normativo y lo normativo histórico (Ej. En el nuevo período de “*Adulthood Emergente*”, hay acontecimientos normativos de edad, históricos o no normativos que se han visto influidos a partir de la existencia y/definición de este período transicional).

Nivel 3: En este nivel se encuadran las *Transiciones* y los Puntos de Giro (*Turning Points*).

Las Transiciones se refieren a los procesos de cambio integrados en las trayectorias evolutivas y que conllevan un esfuerzo adaptativo para el sujeto. Con las Transiciones suelen emerger nuevas conductas adaptativas, se suprimen o disminuyen conductas que estaban presentes antes de pasar por la transición y, en algunos casos, pueden aparecer alteraciones de conductas más o menos graves, que pueden conllevar crisis en el curso del desarrollo (la jubilación es un ejemplo claro de Transición, de la situación laboral a una situación social claramente distinta). Pueden ser delimitadas como períodos de cambio de una situación A a una situación B (en la transición de la primera maternidad, se pasa de la situación de no tener hijos a tener que ejercer como madre de un ser humano que depende de nosotros).

La imagen que se suele utilizar para explicar las transiciones es la del trapecista que se encuentra en un *pódium* o plataforma y que debe pasarse - necesariamente atravesando el espacio, con los temores, la descarga de energía... - a la plataforma del lado opuesto.

Por ello se considera que toda Transición implica: a) pérdidas y ganancias, b) una mayor o menor reconfiguración de nuestra existencia diaria, c) una redefinición de nuestros roles, d) una reconceptualización de nuestra imagen, e) un replanteamiento de cómo reconducir nuestra propia vida y f) la incorporación de cambios desafiantes de pequeña y gran magnitud en nuestra vida.

Las transiciones pueden ser más o menos esperables en el curso de la vida, con una cronología asimismo previsible, o ser inesperadas y no normativas ni en cronología ni en cuanto a la normatividad de su ocurrencia dentro de una cultura. A las primeras, las denominaremos *Transiciones Evolutivas*, mientras que las segundas constituyen las *Transiciones Circunstanciales de la Vida*.

Ambas quedan completadas con aquellas transiciones que, dependientes de las influencias Normativas Históricas, son propias de generaciones o cohortes determinadas y que, por cambios históricos, han podido estar presentes en unas épocas (ej. Servicio Militar obligatorio en España para los varones), y han servido de marcadores del desarrollo en sujetos mayores: las *Transiciones Históricas*.

En relación a los Puntos de Giro (*Turning Points*) suponen cambios, básicamente internos, discontinuidades en las trayectorias evolutivas, debidos a algún elemento externo (medios de comunicación, lecturas, educación, apertura a experiencias nuevas, información...) o interno (cambios evolutivos, tareas psicosociales - identidad, intimidad, generatividad, integridad, cambios en la salud,...). Estos estímulos, tanto

externos como internos, originan un proceso de “toma de conciencia”, de “darse cuenta”, de “conectar” entre hechos aparentemente dispares en una cadena cronológica o de contigüidad... que llevan al sujeto al cambio de trayectoria.

A veces estos cambios no van acompañados de un cambio en la conducta observable pero son relatados por el sujeto como un marcador de cambio evolutivo importante.

(Valorar una conducta como injusta con uno mismo o los demás, sentir la necesidad de romper con situaciones comunes habituales – tradiciones - necesidad de cambio respecto a aspectos físicos... serían ejemplos de este concepto).

Nivel 4: *Sucesos, Crisis y Microtransiciones*.

Situados en este cuarto nivel, debemos detenernos en algunas cuestiones referentes a nuestra investigación, que comenzó a finales de los años 80 (Serra, González, & Oller, 1989) acerca de los Sucesos o Eventos Vitales (Life Events).

Haciendo un breve recorrido histórico, nos situamos a finales de los años 60 del siglo XX, con la clásica investigación de Holmes & Rahe (1968) sobre los Sucesos Vitales como estresores que pueden producir, por acumulación en el tiempo sobre un sujeto, una patología que el propio individuo asume como contingente al hecho o hechos desencadenante/s (los *Life-Events*). A esta perspectiva la denominamos “enfoque Clínico” acerca de los acontecimientos que pueden explicar el cambio en el curso del desarrollo.

A finales de los 70, aparece la corriente dentro de la Psicología del Desarrollo del Life-Span o Ciclo Vital, que, entre otras muchas aportaciones, otorga tres tipos de influencias al Curso completo de la vida, las INE, las INH y las INN. Asimismo presenta un modelo (teórico) respecto al grado de impacto que dichas influencias poseen en el desarrollo a lo largo del curso vital (desde la infancia hasta la vejez, en sentido amplio, puesto que incluye la ancianidad como última etapa del curso normativo de la vida...). En él se plantea que las influencias normativas de edad, si bien poseen un impacto importante en el comienzo de dicho curso (infancia) y final (vejez/ancianidad), descienden el grado de influencia en las etapas de adolescencia y vida adulta.

De dicho modelo, lo que aquí nos interesa resaltar es la disminución, como variable explicativa del desarrollo más potente, de la importancia de la edad cronológica frente a otras variables que acontecen en esas etapas de la vida.

De ahí se deriva nuestra investigación de finales de los 80, en el intento de encontrar variables *temporales* distintas a la edad cronológica pero que nos ayuden a explicar el cambio en el curso de la vida de la mayoría de sujetos en desarrollo.

Para ello diseñamos una investigación con población de 15 a 85 años, un total de participantes de 2000 sujetos, en el contexto de nuestro país, a los que se entrevistó brevemente intentando buscar aquellos acontecimientos importantes que, a su juicio, hubieran producido cambios importantes en sus vidas. La indagación continuaba solicitando a los sujetos, la edad a la que les había acontecido dicho suceso, con el fin de encontrar una relación con el tiempo de vida del sujeto (edad, etapa,...). Comenzamos en la adolescencia, tal como proponen actualmente McAdams & Olson (2010), después de realizar una investigación previa en la que, de los 10 a los 15 años, había una progresiva y significativa aparición y constancia de la identidad narrativa (Serra et al., 1989).

De todos los acontecimientos relatados, algunos de ellos coincidían con la investigación pionera en el campo clínico sobre Acontecimientos Vitales (*muerte del cónyuge, accidentes, nacimiento de un hijo, pérdidas o ganancias económicas, jubilación...*) pero otros muchos no presentaban total coincidencia, entendemos que por diferentes razones: a) su carácter normativo y esperable (*entrada en la escuela, menarquia, embarazos...*), b) por su contextualización en nuestro país, y no en el contexto norteamericano (*servicio militar obligatorio, ser “reina de las fiestas” e las comunidades o poblaciones...*), lo cual aumentaba la validez ecológica de nuestra investigación, c) por la importancia otorgada a la “no ocurrencia” de un hecho esperable en el reloj biológico de una generación, género, cultura... (*No haber sido madre, no haber trabajado nunca, no haberse casado...*) y d) por la sutileza del relato, más allá de sucesos o eventos, refiriéndose a sentimientos, pensamientos, desilusiones... (*crisis de fe, sentirse enamorado, no encontrar sentido a la propia vida, sentirse viejo/a...*).

De todos los acontecimientos relatados como productores de cambio, se halló una relación con la edad cronológica y, en investigaciones siguientes (Serra, Dato, & Leal, 1980) se constató que algunos (jubilación y nido vacío) predecían más el cambio que la edad cronológica y explicaban mayor varianza de cambio que la edad cronológica, pudiéndolos situar en el tiempo, en el curso de la vida, en períodos de edad que los convertían en esperados, normativos por estar presentes en la mayoría de los sujetos. Estos fueron calificados como *Sucesos Evolutivos*, siempre que ocurran en los períodos de edad señalados:

- Primeras acampadas o viajes en grupo de coetáneos, menarquia y cambio de centro escolar, en la pubertad y la adolescencia.
- Primer enamoramiento, noviazgo y ruptura, servicio militar - en varones - e inicio de la carrera universitaria, en la juventud.
- Matrimonio, primera paternidad y primer empleo, en la juventud y la mediana edad.
- Estructuración de la vida laboral y consolidación económica en la mediana edad.
- Jubilación, nido vacío y ser abuelo/a en los mayores jóvenes (de 65 a 75 años).
- Muerte del cónyuge, de amigos y familiares en los mayores mayores (de 76 a 90 años).

Además de estos sucesos evolutivos, aparece un mayor número de acontecimientos no normativos, no ligados a períodos de tiempo concretos, no secuenciales en el tiempo, que calificamos como *Sucesos Vitales no normativos* (accidentes de tráfico, muerte de un amigo en la juventud, cambio obligado de domicilio, enfermedad crónica, suerte en un juego de azar...).

El sujeto, a lo largo de su vida, por tanto, debe esperar que le ocurran la mayoría de los sucesos evolutivos y debe estar preparado para afrontar algunos de los acontecimientos vitales no normativos en algún momento de su vida.

Los sucesos evolutivos, por tanto, se configuran como variables normativas de edad, distintas y/o complementarias a la edad cronológica, y nuestra propuesta es que deben servir como marcadores del desarrollo en la evaluación de la normatividad de las HV así como elementos de optimización evolutiva, para disminuir su impacto en la gestión de las transiciones, según el modelo de intervención en crisis (Slaikau, 1988) y de crisis de Kalish (1968).

Desde la teoría de Slaikau, cuando una transición o un acontecimiento son muy difíciles de superar, cuando la adaptación y afrontamiento ante la nueva situación desborda al individuo, puede producirse una *Crisis*, definida como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Analizando brevemente los componentes de la definición, podemos resaltar que:

- a) la crisis es un estado agudo, de corta duración, no crónico.

b) el sujeto experimenta un trastorno emocional grave, un desequilibrio, una desorganización, confusión y trastorno que puede afectar los sentimientos, los pensamientos, la conducta, las relaciones sociales y el estado físico del sujeto.

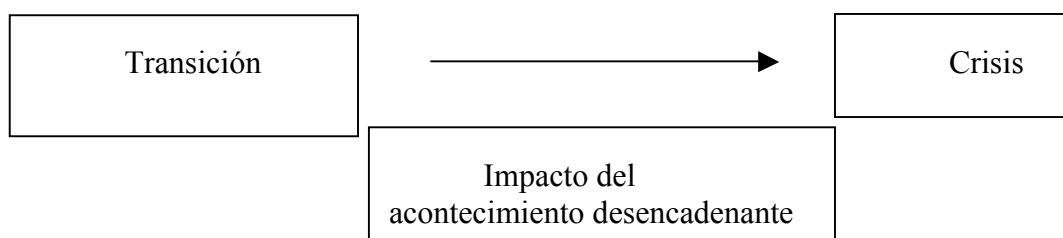
De tal manera que existe una mayor vulnerabilidad - facilidad para sentirse herido, hundido, ofendido, abatido... - sugestionabilidad y la reducción de los mecanismos de defensa.

c) el individuo es incapaz de resolver el reto que le plantea la situación actual, se siente atado e impotente para abordar las circunstancias nuevas e inestables que comporta la situación origen de la crisis.

Caplan (1964) considera que el sujeto que es capaz de un afrontamiento eficaz ante este reto, debe explorar activamente los resultados de sus acciones y solicitar información, ser capaz de expresar sentimientos positivos y negativos y tolerar la frustración, poder pedir ayuda, abatir los problemas y hacerlos más manejables, tratándolos de uno en uno y no globalmente, ser consciente de la fatiga y las tendencias que propician la desorganización, tratar de controlar los sentimientos, siendo flexible y permaneciendo abierto a los cambios y tener un optimismo básico sobre los resultados, manteniendo la confianza en uno mismo y en los demás.

Todos estos mecanismos propuestos por Caplan, no estarían presentes o bien gestionados por la persona en crisis que fracasa al intentar solucionar el objeto de cambio (suceso o transición) que ha provocado la Crisis.

Por último, Slaikeu señala potencialidad de obtener a partir del hecho (suceso o transición) que ha provocado la crisis, de obtener, a partir de ella un resultado radicalmente positivo - crecimiento, desarrollo - o potencialmente negativo - enfermedad, deterioro, incapacidad, daño... (Ver esquema nº 1)



Variables objetivas

Variables subjetivas

-Compromisos

-Creencias

-Temporalidad

Recursos personales

A partir de Slaikeu (1979) Esquema nº1

Recursos sociales

La pregunta que podemos hacernos, a la vista del relato de acontecimientos en las HV es por qué, a pesar de que algunos relatos presentan un número importante o significativo de acontecimientos vitales no normativos y transiciones circunstanciales de la vida, los sujetos no han pasado por esos estados de desorganización estructural, que denominamos “crisis”. Slaikeu plantea en su trabajo la consideración, en toda transición o acontecimiento en el curso de la vida, los siguientes aspectos:

a) El impacto del acontecimiento o acontecimientos desencadenante/s, cuyo grado sería delimitado tanto por variables objetivas como subjetivas.

Dentro de las primeras (objetivas) se encontrarían la normatividad temporal, duración, posible reversibilidad de las consecuencias, fuente o causa, extensión..., mientras que, entre las segundas (subjetivas), señala como más relevantes, los compromisos, las creencias y la temporalidad.

Por su mayor complejidad nos detenemos en la explicación de dichas variables:

En cuanto al *compromiso*, se refiere al grado en que las áreas que comporta el acontecimiento están implicadas en las metas e intereses, valores, etc. del sujeto (así, por ejemplo, en un atleta, lo que afecte a las áreas físicas, conllevará un alto grado de compromiso).

Se entiende por *creencias* el sistema cognitivo-actitudinal y de valores que sirve de cosmovisión a un sujeto acerca del cambio, del sufrimiento, del azar, de la providencia divina... (los individuos que entiendan la vida como cambio, afrontarán de manera distinta los acontecimientos vitales y transiciones que aquellos que necesiten para su equilibrio la estabilidad de las situaciones, y la permanencia de los seres y objetos que les rodean).

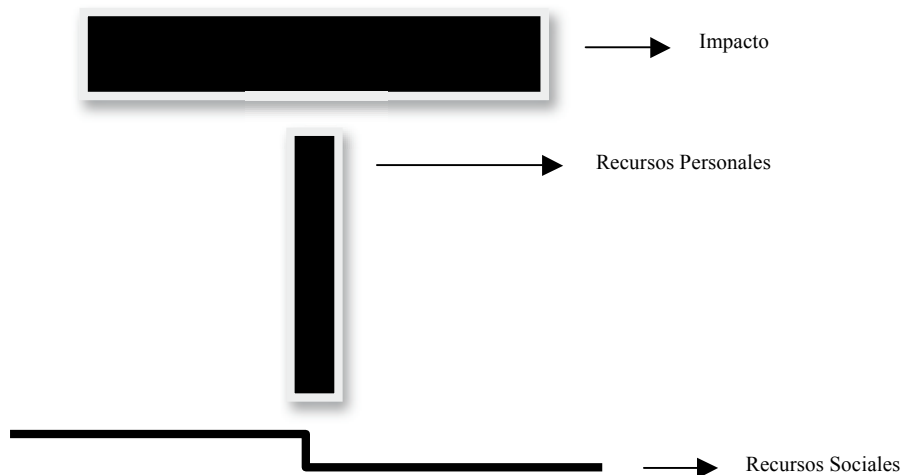
En cuanto a la *temporalidad*, debemos preguntarnos cuándo se presenta el acontecimiento que inicia el proceso de cambio transicional, relación con el “reloj mental” del sujeto en una determinada cultura así como oportunidad del acontecimiento y acumulación de varios en el tiempo. Aquí adoptaríamos una postura diferente a la clásica que, desde la clínica, considera la acumulación de sucesos impactantes como

“suma” de estresores, ya que, desde nuestro punto de vista, unos acontecimientos pueden disminuir el nivel de estrés cuando aparecen en el tiempo concomitantemente con otros, de tal manera que el tiempo actúa - o puede actuar - , cuando los hechos se producen simultánea o secuencialmente como amortiguador de impacto de unos en relación a otros (ej. perder el empleo y un fallecimiento repentino, simultáneamente, disminuyen el impacto del acontecimiento laboral...).

Si este panorama es ya lo suficientemente complejo para delimitar las consecuencias de una transición y su potencialidad para que se convierta en crisis, se añaden a él, la relevancia de los *recursos personales* con los que cuenta el sujeto para superar, vivir y afrontar los cambios propios de la transición (inteligencia, habilidades cognitivas, de comunicación, emocionales, sociales, salud, estilo de vida, equilibrio y madurez personal). De todos estos recursos, entendemos que la madurez psicológica es *el recurso* por excelencia para afrontar y sacar el mayor provecho personal y de desarrollo del paso por las transiciones evolutivas (Serra & Zacarés, 1991; Zacarés & Serra, 1998). En 2010, Mc Adams & Olson defienden el llamado “Principio de de Madurez” (*Maturity principle*) como “*la tendencia normativa para el sujeto a manifestar un incremento sobre los rasgos de la perseverancia y afabilidad y una disminución del neuroticismo, desde la adolescencia hasta la adultez tardía*” (p. 523).

Por último, se encuentran los *recursos sociales* de los que dispone el sujeto y las posibilidades de incrementarlos en los períodos de transición (redes, vínculos significativos, comunidades, familia, amigos, grupos de apoyo formales e informales...).

Modelo T de Kalish (1968) (Figura nº 1)



El modelo de T de Kalish (1968) (ver Figura 1) supone una aportación muy valiosa a esta visión multidimensional y dialéctica de las transiciones y sucesos y su potencialidad de convertirse en crisis.

Tomando como metáfora la letra T del alfabeto, como la más “inestable”, tal como se presenta gráficamente en la figura, la relación entre el impacto de los acontecimientos y los recursos personales de los que dispone el sujeto, pueden hacer “tambalearse” el soporte psicológico del mismo en algunos momentos de la vida. Sin embargo, la base la constituyen los recursos sociales, que darían soporte para que una transición no se convirtiera en una crisis de la que fuera difícil o imposible salir fortalecido.

Desde este modelo, nosotros asumimos que los recursos personales que se ponen en marcha a lo largo de la vida para afrontar las transiciones, poseen un valor dialéctico y generalizable, ya que ayudarían a afrontar las transiciones posteriores y, a su vez, se pueden ver acrecentados por el estilo de afrontamiento de transiciones anteriores. Es decir, los recursos personales equilibran el impacto de los acontecimientos, minimizándolo o incrementándolo, y la búsqueda y utilización de los recursos sociales, puestos en marcha durante una transición no son específicos para aquella sino que se generalizan a otras puesto que repercuten en el conocimiento general del mundo y en la madurez psicológica del sujeto para afrontar las diferentes etapas en el curso de la vida. El análisis de estos parámetros, aportados por Slaikeu & Kalish, deben ser objeto de análisis en las HV para mejor comprender la interpretación del *ego narrativo* (Mc Adams & Olson, 2010).

Por último, en las HV aparecerán lo que se ha denominado *Microtransiciones*, es decir acontecimientos considerados importantes por el sujeto pero que no tienen un valor de impacto generalizable en el Curso de la vida. El análisis de las causas de la valoración como importantes por el propio sujeto es el foco más relevante dentro de las trayectorias de cada sujeto en particular.

3) Análisis a partir de las tareas psicosociales evolutivas de E. Erikson

Al finalizar el análisis de la HV a través de las Influencias (NE, NH y NN) y de los Conceptos Transicionales, aparece como último punto de reflexión sobre el curso de la vida, el análisis, a partir de los datos de las tareas psicosociales eriksonianas que, a nuestro juicio, desde la perspectiva del envejecimiento, deberían tener más relevancia las propias de la adolescencia y hasta la vejez (Identidad, Intimidad, Generatividad e

Integridad). La tarea de análisis supone un nivel de profundización más allá de los datos que nos ofrezca una visión de la fortaleza del yo y del desarrollo ante las diferentes tareas que una cultura determinada va demandando de los sujetos en los diferentes períodos de la vida.

Es decir, el análisis de la coherencia en la identidad que quiere mostrársenos, a través de la HV, el desarrollo de la intimidad, a través de las relaciones amorosas y de amistad, fidelidad, compromiso o aislamiento, el desarrollo generativo a través de las trayectorias laborales y familiares y desarrollo de la creatividad, así como el logro de la búsqueda de sentido a través de la integridad en los últimos períodos de vida, pueden ayudarnos a tener una visión más completa del Curso de la Vida de un sujeto a través del método que proponemos: Las Historias de Vida.

Conclusión

Las HV pueden ser utilizadas como instrumento de investigación, como hemos hecho en este trabajo de síntesis, en la investigación en la Psicología del Desarrollo, en general y en Psicogerontología, en particular, y como Método terapéutico, aunque en el campo del envejecimiento, a veces ambos aspectos pueden confundirse.

El relato de los hechos importantes de su vida por un sujeto mayor de 60 años, conlleva la búsqueda de una coherencia narrativa, enmarcada en la cultura del sujeto y dándole un significado que lo convierta en verosímil y auténtico y que pueda ser contado a uno mismo y a los demás sin daños importantes - “Somos lo que contamos” (Serra, 2008 in Sanz, 2008) expresa, a través de una sentencia la identidad narrativa, el *yo como autor*, tan importante para Mc Adams & Olson (2010) como la *persona como actor* y la *persona como agente*.

Como método de investigación en el ámbito de la Psicogerontología, uno de los temas que más atención ha merecido ha sido el de intentar identificar las principales áreas o temas que surgen cuando un sujeto revisa su vida a través de la HV. El trabajo de Connor (1994), con sujetos mayores residentes en Londres, dieron como temas más relevantes los relacionados con las *pérdidas: separaciones, salud, finanzas* y pérdida de control. En nuestra investigación (Serra, Gonzalez, & Oller, 1989) también encontramos las pérdidas - enmascaradas a veces en sentimientos más amplios - como el tema más relevante cuando un sujeto mayor analiza, recuerda y revisa su historia personal. El trabajo de Hargrave (1994) demostró también las relaciones personales y el dolor emocional como temas destacables en las revisiones de vida en mayores. Y el estudio de

Magee (1991) encuentra como tema relevante la trascendencia del sentido personal en las revisiones de la propia vida desde la vejez.

Otro tipo de estudios ha dirigido su atención a evaluar la posible relación entre cómo el sujeto analiza, revisa, evalúa, narra y valora su vida y determinadas variables psicológicas, tales como el ajuste, el bienestar psicológico en la vejez, la depresión, la integridad del yo y la ansiedad ante la muerte (Luborsky, 1993).

Fishman (1992) intenta demostrar la existencia de una relación entre la forma en cómo una persona analiza su vida, la integridad del yo y la ansiedad ante la muerte. De las hipótesis planteadas sólo corroboró la existencia de una correlación negativa entre una revisión de vida más profunda y la ansiedad ante la muerte. Aparecen también las variables de religiosidad como moduladoras de dicho temor o ansiedad, aunque no existe una relación clara en las investigaciones posteriores.

Un estudio llevado a cabo por Martin (1991) y Martin (2002), analiza la relación entre rasgos y estilos de personalidad y las experiencias relatadas por los sujetos como importantes en su curso de vida. En sujetos de 60 a 90 años, concluye el hallazgo de tres tipos de estilos de vida en función de tres variables: los contactos sociales, el compromiso en actividades y el énfasis en los problemas físicos.

En la línea de la búsqueda de variables a lo largo de la vida que pueden predecir el ajuste y la satisfacción en la vejez, Whitbourne & Powers (1994) encontraron relación entre un mayor ajuste positivo en mujeres entre 63 y 92 años y que habían mantenido un locus de control externo, habían estado orientadas hacia el futuro y habían definido su vida en términos de familia. La importancia de los factores generacionales nos hace tomar con cautela los resultados, tal como señala Luborsky (1993) puesto que las fuerzas históricas y culturales moldean e influyen en las historias de vida personales.

Por último, DeGenova (1993), en un estudio con sujetos de 54 a 91 años, midió la satisfacción con la vida y el análisis de su historia personal, mostrando que la salud, la actividad social, los ingresos y el arrepentimiento eran variables relacionadas con la satisfacción con la vida. Asimismo demostró la importancia del momento en que se realice la HV, ya que el momento evolutivo (en su caso, estar las mujeres viudas o no en el momento de analizar sus recuerdos y la satisfacción vital), influyó en resultados incluso contradictorios acerca de sus recuerdos y el nivel de satisfacción.

Y para concluir, podemos señalar la existencia de defensores de la HV como de detractores, afirmando estos últimos que su utilidad en el ámbito de la gerontología ha sido un objeto de idealización más que de resultados reales (Luborsky, 1990). En la

misma línea, Burnside (1990) pone en cuestión los resultados que aporta la investigación frente a la teoría.

Quienes han defendido su uso, afirman que las HV son una fuente de conocimiento para valorar los efectos de determinados hechos históricos y sociales que han tenido lugar en la vida particular de los sujetos en una determinada cohorte o generación (Newbern, 1992). Autores como Wacks (1989) añaden que el acercamiento biográfico, desde una perspectiva gerontológica, no es sólo un proceso histórico o psicológico sino un instrumento de autoconocimiento.

En nuestra opinión, si bien los efectos sobre la construcción de la integridad y el alcance de la sabiduría a través de las HV no son tan prometedores como se pensó hace algunos años, consideramos que el sujeto, a través del relato autobiográfico no queda inmune a una reflexión y revisión que ayudan a *construir el sentido*. Todo proceso de recuerdo autobiográfico conlleva un proceso de reconstrucción, en donde los sucesos de vida son vistos desde la perspectiva de lo que uno es en el aquí y ahora y es analizado desde lo que ha supuesto para la historia personal de cada uno, en este caso, esa reconstrucción al final del curso de la vida nos dá perspectivas del desarrollo y del proceso de envejecimiento a su vez.

Lo que proponemos en este trabajo de revisión es la utilidad de la propuesta de un análisis original acerca de las HV, que une teoría e investigación, desde una perspectiva de conceptos e influencias de la Psicología del Ciclo Vital (Life-Span), en el proceso de envejecimiento y que es válido para cualquier etapa del desarrollo, desde la adolescencia hasta la vejez.

Referencias bibliográficas

- Aparisi, M. D. (1993). *Viaje a través de la memoria Autobiográfica*. Valencia (España): Set & Set.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: a theory of development from late teens through the twenties. *American Psychology*, 55, 469-480.
- Baltes, P. B., Reese, H. W. & Lipsitt, L. P. (1980). Life Span Developmental Psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Caplan, G. (1964). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires (Argentina): Paidós.
- Coles, R. (1970). *Erik H. Erikson. La evolución de su obra (trad.)*. Méjico: Fondo de Cultura Económica.

- Erikson, E. (2000). *El Ciclo de la Vida completado* (trad.). Barcelona (España): Paidós
- Fishman, S. (1992). Relationships among an older adult's life review, ego integrity and death anxiety. *International Psychogeriatrics*, 4(Suppl.2), 266-277.
- Fivush, R. (1991). The Social construction of personal narratives. *Merril Palmer Quarterly*, 37(1), 59-91.
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca del sentido* (trad.). Barcelona (España): Herder.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Iborra, A., Zacarés, & Serra, E. (2008). Cambios de identidad asociados a la vivencia de una transición ritualizada: aprobar una oposición. *Estudios de Psicología*, 29 (3), 301-318.
- Kalish, R. A. (1983). *La vejez. Perspectivas desde el desarrollo humano*. Madrid (España): Pirámide.
- Krampen, G., Fashe, D., & Gross, S. (1993). Biographical reconstruction and wellbeing in the aged. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie*, 6 (4), 229-240.
- Linde, C. (1993). *Life stories: The creation of coherence*. Nueva York: Oxford University press.
- Luborsky, M. (1993). The romance with personal meaning in Gerontology. Cultural aspects of life themes. *Gerontologist*, 33(4), 445-452.
- Martin, P. (1991). Life patterns and age styles in older adults. *International Journal of Aging and Human Development*, 32 (4), 289-302.
- Martin, P., Long, M. V., & Poon, L. W. (2002). Age Changes and differences in personality traits and states of the old and very old. *Journal Gerontology Psychology Sci.* 57B, 144-152.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of general Psychology* 5,100-122.
- McAdams, D. P. & Olson, B. D. (2010). Personality Development: Continuity and Change Over the Life Course. *Annual Review of Psychology*, 61, 517-542.
- Neimeyer, R. A. (2007). *Aprender de la pérdida* (trad.). Barcelona (España): Paidós.
- Pérez Blasco, J. (2013). *Aprendiendo de los grandes cambios vitales*. Valencia (España): Ediciones Universitarias.U.V.
- Santos, E. & Ferreira, J. A. (2012). *Mudanças e Transições. Pessoas em Contextos* Viseu (Portugal): Psicossoma.

- Serra, E., Dato, C., & Leal, M. C. (1980). *Jubilación y Nido vacío: ¿Principio o fin?* Valencia (España): Nau Llibres.
- Serra, E., González, A., & Oller, A. (1989). *Desarrollo Adulto: Sucesos Evolutivos a lo largo de la vida*. Valencia (España): Grupo Editor Universitario S.L.
- Serra, E. (1990). El Proceso de Envejecimiento. *Revista de Psicología e la Educación*, 2 (41), 7-13.
- Serra, E., Abengózar, M. C., & Zacarés, J. J. (1993). Personalidad en el envejecimiento. *Investigaciones Psicológicas. Monográfico Psicología de la vejez*. Madrid, U.C.M.(España)
- Serra, E. (2000). Transiciones evolutivas en el marco de la orientación educativa. Ponencia. *Congreso Nacional de Psicología*. Brasilia (Brasil).
- Serra, E. (2008). Somos lo que contamos: La Historia de Vida como método evolutivo. In F. Sanz (2008). *La Fotobiografía: Imágenes e Historias del pasado para vivir con plenitud el presente*. Barcelona (España): Kairós.
- Silva, F. (1989). Algunas observaciones en torno a lo idiográfico. In F. Ballesteros (1989), *Evaluación conductual. Metodología y Aplicaciones*. Madrid (España): Pirámide.
- Slaikew, K. A. (1998). *Intervención en crisis* (trad.). México: Manual Moderno.
- Tornstam, L. (2005). *Gerotranscendence. A Developmental theory of Positive Aging*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Villar, F. & Triadó, C (2006). *El estudio del Ciclo Vital a partir de Historias de Vida: Una propuesta práctica*. Barcelona (España): Publicacions & Edicions U.B.
- Wallace, J. (1992). Reconsidering the life review: The social construction of talk about the past. *Gerontologist*, 32(1), 120-125.
- Whitbourne, S. & Powers, Ch. (1994). Older women's constructs of their lives: A quantitative and qualitative exploration. *International Journal of Aging and Human development*, 1, 38 (4), 293-306.
- Zacarés, J. J. (1999). *Proyecto Docente en Psicología del Desarrollo* (no publicado). U.V., Valencia (España).

Envelhecer Precário: Notas sobre Trajectórias Precarizantes de Envelhecimento

Eduardo J. R. Santos^{7*}, Ana Alves Silva^{**}, Joana Gomes Almeida^{***} & Ricardo Pocinho^{****}

* Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Coordenador científico do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra.

** Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra.

*** Centro de Estudos Sociais / Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

**** União Geral dos Trabalhadores – Coimbra / Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra.

Resumo

O presente artigo pretende suscitar uma reflexão sobre as tendências verificadas no mundo do trabalho e relacioná-las com o fenómeno do envelhecimento. Passando em revista as transformações decorrentes da quebra do modelo de regulação fordista e do crescente avanço de um modelo de flexibilização laboral, o texto foca os impactos e desafios que tais transformações comportam ao nível do processo de envelhecimento individual e demográfico. Porque não se tratam apenas de fenómenos concernentes ao indivíduo, isolado, o processo de flexibilização e de envelhecimento do mercado de trabalho tem impactos significativos ao nível macro, comprometendo a sustentabilidade dos sistemas de regulação e proteção social e pondo em causa a própria sustentabilidade económica e demográfica das sociedades – questões estas que, não tomadas exaustivamente, constituem a preocupação central desta reflexão.

Palavras-chave: Trabalho, Envelhecimento, Precariedade

Abstract

This article aims to evoke a debate about the trends in the world of work and relate them to the aging phenomenon. Reviewing the changes resulting from the breaking of the Fordist model of regulation as well as the growing advance of a labor flexibility model, the text focuses on the impacts and challenges that such transformations involve in terms of the process of individual and demographic aging. Because it is not concerning only with phenomena related to an individual, isolated, the flexibilization and the labor market aging process has significant impacts at the macro level, compromising the sustainability of regulation and social protection systems, and

⁷ O presente artigo resulta, embora com alterações significativas, da comunicação realizada pelos autores no 3º Congresso Internacional de Gerontologia Social, à data de 15 de Maio de 2013. Contactos deverão ser efetuados para Eduardo Santos, através do endereço: eduardosantos@fpce.uc.pt

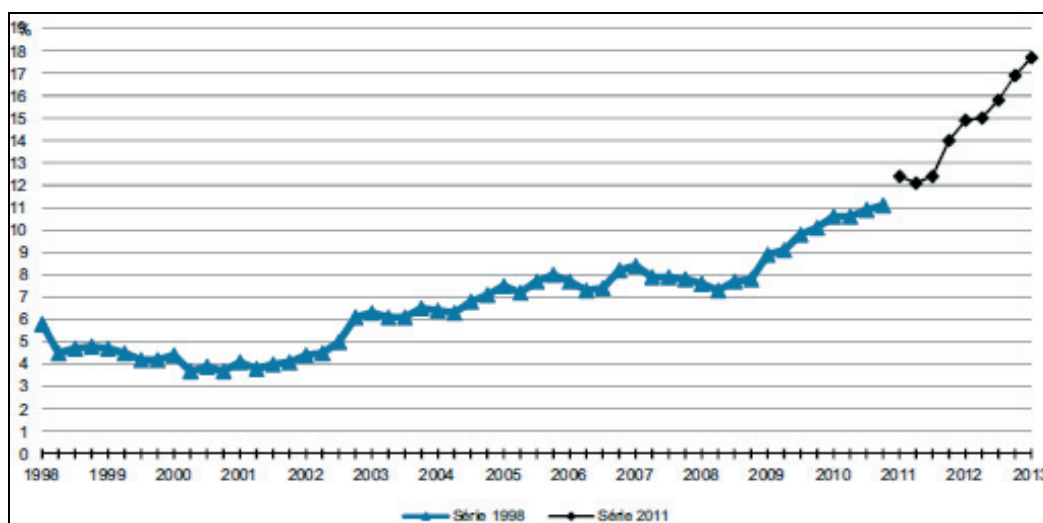
questioning the societies' economic and demographic sustainability - these issues, that we do not take exhaustively, are the central concern of this reflection.

Keywords: Work, Aging, Precariousness

Introdução

Portugal tem feito história no que respeita aos números sobre desemprego e precaridade laboral. Em abril de 2013, a taxa de desemprego atingiu os 17,7% “tendo aumentado 2,8 pontos percentuais em relação ao trimestre homólogo de 2012” (INE, 2013a, 2). Conforme se verifica na Figura 1, o comportamento da taxa de desemprego vinca um padrão ascendente muito significativo desde 2009, que acentua a tendência já crescente desde o ano 2002. A crise económica e financeira da zona Euro, associada a padrões de governação austeritária, têm provocado efeitos significativos na economia real, retraindo a atividade produtiva, impactando a dinâmica empresarial e produzindo desemprego em massa por toda a Europa do Sul (OIT, 2012)⁸, com a Grécia e a Espanha a atingir taxas de desemprego máximas de 26,8% e 27,7%, respetivamente, no último mês de Março (segundo dados do Eurostat, 2013).

Figura 1. Evolução da taxa de desemprego.



Fonte: (INE, 2013a)

⁸ Observe-se, a título de exemplo, a evolução dos Indicadores de Síntese Económica revelados pelo Instituto Nacional de Estatística (2013d) e o marco de viragem no ano de 2009, que assinala o desvelar da crise financeira da zona Euro.

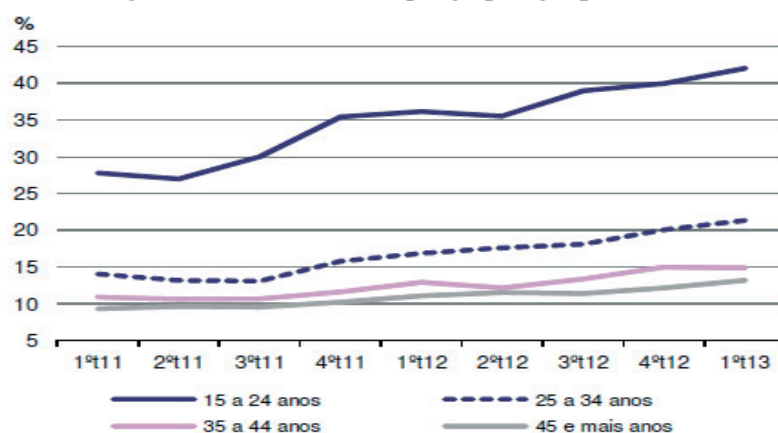
De facto, é no quadro de um modelo de gestão austeritária que as taxas de desemprego reais ultrapassam em larga medida as taxas de desemprego esperadas sob influência desse mesmo modelo. De acordo com a OIT (2012), quer na Grécia quer em Portugal, essa discrepância entre a taxa de desemprego real e a taxa de desemprego esperada no âmbito dos programas de austeridade é bastante evidente, atingindo diferenciais na ordem dos 3% (para Portugal) e os quase 15% (no caso da Grécia) (OIT, 2012, 20). Em Portugal, apesar das estatísticas oficiais apresentarem uma taxa de desemprego na ordem dos 17,7%, a taxa de inatividade ronda já os 39,9% (INE, 2013a, 2). O diferencial entre valores da taxa de inatividade e a taxa de desemprego aponta para a existência de 22,2% de população ativa não inserida no mercado de trabalho que, porém, não é também considerada nas estatísticas do desemprego, pese embora os dados apontarem para o facto de, entre estes 39,9%, apenas 0,9% não se encontrarem disponíveis para trabalhar (INE, 2013b, 9).

Não obstante as dinâmicas que as estatísticas oficiais possam ajudar a ocultar, pelo uso de critérios que excluem do seu esforço de mensuração um conjunto vasto de cidadãos que vivenciam, de facto, uma realidade de não-emprego não voluntário, importa perceber, para efeitos da reflexão que se seguirá, que mesmo nas estatísticas oficiais se revelam dinâmicas preocupantes para o futuro das sociedades ocidentais, especialmente daquelas, como Portugal, cujas dinâmicas demográficas apontam para o acelerado e intenso processo de envelhecimento da população (INE, 2013c).

Em primeiro lugar, atente-se ao facto de os números de desemprego afetarem alguns escalões etários em particular, nomeadamente dos 45 ou mais anos e dos 15 aos 24 anos idade. Todavia, e apesar da taxa de desemprego ser mais elevada nestes grupos, não se deve descurar o facto do escalão etário dos 25 aos 34 anos ser um dos mais afetados pela redução da taxa de emprego. De acordo com dados recentes do Instituto Nacional de Estatística (2013b, 6) “a população empregada de todos os grupos etários, mas sobretudo dos 25 aos 34 anos, registou um decréscimo de 10,5% (116,6 mil) e explicou 50,9% da variação da população empregada total”. Este fenómeno, pese embora aparente ser mais afeto à população ativa mais jovem - afetando cerca de 42,5% do da população ativa com idade entre os 15 e os 24 anos (que, devemos recordar, é ainda uma idade predominantemente escolar) - , constitui essencialmente um fenómeno que abarca boa parte dos jovens adultos (24 a 35 anos), cujos projetos e trajetos de vida estarão a iniciar-se, e dos adultos mais velhos, com mais de 45 anos, cujos projetos e

trajetos de vida são postos em causa perante o espectro do desemprego (veja-se a Figura 2)

Figura 2. Taxa de desemprego por grupo etário.



Fonte. (INE, 2013b: 7)

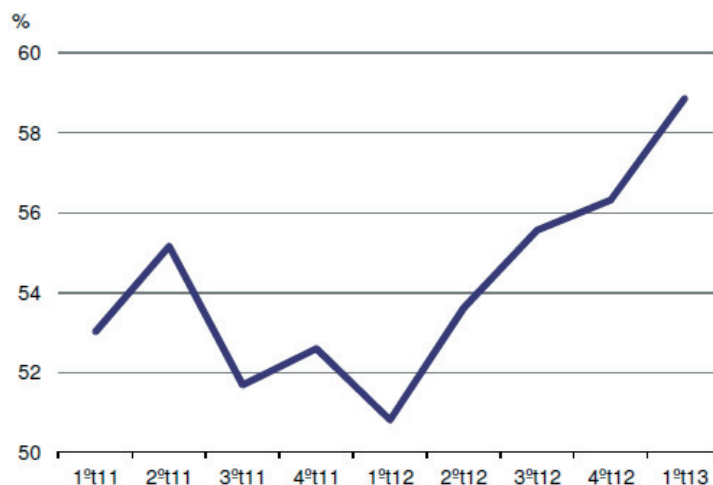
Repare-se ainda que, de acordo com os dados do INE (2013b, 6), é da redução dos contratos sem termo que parte significativa do comportamento negativo da taxa de emprego se explica. O efetivo de trabalhadores por conta de outrem diminuiu, entre o 1º trimestre de 2012 e o 1º trimestre de 2013, em cerca de 4,9%, sendo que, nesta situação na profissão em particular, “diminuiu essencialmente o número daqueles/as que tinham um contrato de trabalho sem termo (6,3%; 183,3 mil)” (*idem*). Os movimentos de flexibilização do mercado de trabalho estão em linha com estes dados, verificando-se uma intensificação da diminuição dos contratos sem termo e um paulatino acréscimo das formas atípicas de emprego, especialmente do trabalho a tempo parcial e do subemprego. A precarização das relações laborais tem caminhado a par do aumento do desemprego, refletindo-se no potencial que os indicadores de precarização do mercado trabalho detém na explicação do desemprego estrutural e conjuntural. Se em 2011 o subemprego abrangia 219,7 mil pessoas em idade ativa, no 1º trimestre de 2013 o seu efetivo cresce para 257,9 mil pessoas (INE, 2012), ou seja, 5,8% do total de população empregada (INE, 2013b).

Os reflexos da conjuntura politocoeconómica no emprego são de tal ordem que, a partir do 1º trimestre de 2012, cerca de um ano após a assinatura do Programa de Assistência Financeira a Portugal, a proporção de desempregados de longa duração (à procura de emprego há 12 e mais meses) dispara. Situando-se nesse trimestre já acima dos 50% da população desempregada, atinge quase os 60% no 1º trimestre de 2013

(Figura 3), estando boa parte deste contingente a entrar ainda na categoria de população inativa (14,5%) (INE, 2013b, 8-9).

Ora, a preocupação que estes números nos suscitam prende-se, exatamente, com o facto de comprometerem o próprio sistema de proteção social e de este deixar, potencialmente, boa parte da população desempregada e inativa fora do seu sistema de proteção. Por um lado, repare-se que, se em 2011 o total de população desempregada rondava os 706,1 mil pessoas, “o número de beneficiárias/os do subsídio de desemprego foi contabilizado em 553 mil pessoas” (INE, 2012, 224-245), estando, portanto, cerca de 150 mil pessoas abstdidas do usufruto deste instrumento de proteção social. Por outro lado, repare-se que, no mesmo ano, e “à semelhança do ano anterior, as/os beneficiárias/os do subsídio de desemprego foram sobretudo pessoas com idades compreendidas entre 30 e 39 anos (28,2% do total)” (*idem*, 246).

Figura 3. Proporção de desempregados há procura de emprego há 12 e mais meses.



Fonte: INE (2013b: 8)

A idade relativamente jovem dos beneficiários do subsídio de desemprego em 2011, a par de um desemprego jovem na ordem dos 42% em 2013, e de um decréscimo significativo do emprego no escalão etário dos 24 aos 35 anos, levam-nos a questionar o modelo de regulação laboral atual, não apenas, como é mais usual, quanto às suas limitações na supressão das necessidades básicas da vida humana ou na promoção de bem-estar social, mas principalmente quanto aos impactos que traz para uma população e sociedade em processo de envelhecimento demográfico. Como será, por exemplo, o futuro dos sistemas de segurança social se o modelo de regulação laboral flexível não permite a construção e sedimentação de uma carreira contributiva? Como envelhecerão

os indivíduos e as famílias se o seu percurso laboral é intermitente e precário? Estas são algumas das questões que gostaríamos de colocar em seguida.

Do Modelo de Regulação Fordista ao Modelo de (Des)Regulação do Capitalismo Flexível

Uma reflexão sobre estes dados conduz-nos inevitavelmente a um questionamento dos esquemas de classificação que o atual estado do conhecimento, comum e científico, nos disponibiliza para pensar o fenómeno do envelhecimento num contexto socioeconómico pautado por uma crescente e cada vez mais complexa precarização da vida.

O cruzamento de análises teóricas que inere a uma tal reflexão, focando os fenómenos do desemprego, da precarização (enquanto processo) e do envelhecimento, levar-nos-ão à questão das desigualdades sociais e ao modo como estas, sendo categoriais (Tilly, 2005), se manifestam no domínio mais micro e interacional da vida social e se traduzem e sedimentam num processo de institucionalização e culturação mais ou menos duradouro (Costa, 2012; Massey, 2007). Estas desigualdades categoriais, apesar de poderem sofrer alterações e atenuarem-se, tendem, com efeito, a (re)produzir-se através diversos processos (Tilly, 2005) que afetam, de maneira mais ou menos estável, a formação dialética da identidade social, comprometendo de forma distinta as diversas fases do ciclo de vida dos indivíduos. Mais, elas tendem não só a incrustar-se no processo de construção das identidades pessoais, mas também a sedimentar-se na dinâmica cognitiva dos mais diversos campos do espaço social, assim concorrendo para um *processo antroponómico* (Bertaux, 1978; Pinto, 1991) fundado no jogo de constante (re)construção, aproximação e demarcação às categorias de classificação social (o que não está nada longe das considerações da psicologia sobre as dinâmicas de atribuição social e de relação pessoal do que se designa por *estereótipo* [Pereira, 2002]).

Esta reflexão não dispensará, portanto, uma aproximação ao conceito de *carreira* no modelo social contemporâneo. Carreira no capitalismo flexível (Kovács, 2005; Sennett, 1998, 2006), no capitalismo de consumo (Baudrillard, 2010), na sociedade pós-fordista (Esping-Andersen, 1993)...? Será possível ainda, nas sociedades contemporâneas, pensarmos as trajetórias profissionais em termos de carreira?

O modelo fordista de capitalismo social (Sennett, 2006) proporcionava uma organização estável da vida dos indivíduos, apresentando um modelo de regulação

social assente numa temporalidade longa (um *tempo de longa duração*) em que as regras do jogo social se apresentavam claras para os diferentes atores sociais e, em especial, para as classes trabalhadoras. Tratou-se de um período histórico (que agora podemos perceber ter sido muito curto) que permitia aos trabalhadores organizar as suas narrativas pessoais, familiares e profissionais em torno da construção de uma identidade socioprofissional decorrente da inserção durável num dado contexto de produção de bens e de serviços. Esta inserção, que era simultaneamente uma integração no *trabalho* pelo *emprego*⁹, não apenas permitia aos indivíduos um certo sentido de utilidade social, como também ocasionava os espaços de sociabilidade e construção de laços sociais, estruturando os tempos de trabalho (produção económica) e de não-trabalho (lazer) e, a longo prazo, ia definindo de forma clara uma *carreira* pessoal e profissional.

Todavia, e como nos relembra Guy Standing (2000 *apud* Casaca, 2005, 3) nesse modelo, “a reivindicação essencial era a do direito ao trabalho, consagrado na expressão *pleno emprego*.” Ora, essa reivindicação implicaria “(...) garantir um trabalho assalariado a tempo inteiro a todos os homens das classes trabalhadoras”, traduzindo, assim, uma ilusão “cómoda e sexista” das noções de trabalho e de emprego, que desconsidera todos os restantes tipos de trabalho: o trabalho não-pago prestado pelas mulheres no contexto doméstico, o trabalho voluntário desenvolvido nas e pelas organizações do terceiro setor e, ainda, o trabalho informal.

Ora, o mundo do trabalho nas sociedades contemporâneas está em ebulição. A sociedade portuguesa, palco privilegiado das mudanças estruturais que o modelo de desenvolvimento neoliberal prescreve, é o exemplo prático de que as classes trabalhadoras experienciam “na pele” o fervilhar de mudanças que questionam, ultrapassam e desmoronam os alicerces da arquitetura do estado de bem-estar social europeu, construído com base no modelo fordista do pós-guerra. Portugal nunca foi um exemplo bem alicerçado deste modelo, é certo! No entanto, as expectativas que hoje revelam os discursos reivindicativos dos portugueses nas diversas manifestações populares a que assistimos são a expressão clara de uma exigência cidadã por um modelo de bem-estar social no qual os direitos sociais, cívicos e políticos dos trabalhadores sejam reconhecidos na sua plenitude. As reestruturações que vêm pautando a sociedade, fundadas no argumento da flexibilização do modelo de emprego, caminham a par de um processo de precarização que se estende bem para lá do campo

⁹ Distinção facilmente compreendida em Casaca (2005).

laboral e profissional num efeito multiplicador que se reflete em todos os domínios da vida individual e social.

Assim, a uma leitura puramente androcêntrica, economicista e produtivista do trabalho - herança do modelo de regulação fordista – acresce atualmente a apologia da flexibilidade no modelo de regulação social pós-fordista (Bourdieu, 1998; Pollert, 1988; Sennett, 2008; Standing, 2011). Para Sennett (2006), o capitalismo flexível representou o corte definitivo com esse passado, transmutando os constrangimentos dos cenários de vivência social, pautando-os de incerteza e de insegurança, fazendo dos horizontes de possibilidade algo apenas avistável no curto prazo. Não devemos, neste contexto, deixar de assumir a flexibilidade como um fenómeno proteíforme (e.g., Boyer, 1986; Casaca, 2005; Kovács, 2005), já que alude a realidades diversas e irreduzíveis, em bom rigor conceptual, ao seu agrupamento na própria noção de *flexibilidade*. As várias realidades empíricas que autoriza, bem como os diversos universos epistémicos que lhe vêm sendo associados no campo académico, obrigar-nos-iam a um escrutínio pormenorizado do termo¹⁰. No entanto, o que por agora devemos reter sobre a *flexibilidade no emprego* (que não é sinónimo de *flexibilidade no trabalho*, embora a ela se lhe associe) é uma certa regularidade de associação (não apenas estatística, mas também substantiva) entre flexibilidade e precaridade.

Nesta linha, vários autores (e.g., Bourdieu, 1998; Kovács, 2005; Sennett, 2006) associam o *emprego flexível* a um trabalho vazio de sentido, desmotivador, mal remunerado e de fraco ou nulo reconhecimento social, que tende a incutir no trabalhador um sentimento de inutilidade. Ele é, deste modo, desestruturador dos próprios elementos de estruturação da experiência social. Pauta de precaridade quer a situação na profissão, quer a condição perante o trabalho, fazendo da relação com o emprego uma realidade totalizante de insegurança, indefinição e instabilidade, de ausência de horizontes a médio ou longo prazo, de vulnerabilidade económica, de restrição dos direitos sociais e de forte ameaça de situação de desemprego (Kovács, 2002, 2005). Como Bourdieu coloca (1998, 120), “ela [a precaridade] nunca se deixa esquecer”, já que à sua experiência inere a constante (e não somente tácita, mas frequentemente manifesta) iminência do desemprego. O movimento de precarização a que assistimos hoje não é, portanto, um fenómeno transitório no ciclo de vida de um indivíduo. Ele está, com efeito, a repercutir-se no *continuum* do percurso de vida e a incrustar-se na

¹⁰ Para uma análise conceptual detalhada das várias significações a que o termo flexibilidade pode ser reportado, atender a Casaca (2005, pp. 5-15).

construção subjetiva das trajetórias profissionais que, (des)reguladas pela qualidade intermitente do emprego, se traduzem, por conseguinte, na permanente descontinuidade dos trajetos laborais, na alternância, sempre mutável, entre estatutos de emprego, de tempos de trabalho e de relações laborais, tornando a fragmentação na talvez única característica imutável da experiência vivida (Casaca, 2005; Kovács, 2002; Sennett, 2006; Standing, 2011, 2012). Repare-se como, neste contexto de apogeu à flexibilidade, a intermitência pauta, não apenas a relação com o trabalho e o emprego, mas com os elementos estruturadores da vida individual, familiar e social que do emprego e do trabalho dependem: o direito a condições básicas de vida material, sempre colocado em questão pela irregularidade de um salário; a sedimentação de laços contratuais, sempre dissolvidos pelo termo incerto dos contratos de trabalho ou pela desvinculação inerente ao trabalho não dependente; a construção de laços sociais no contexto de trabalho, sempre quebrados pela constante entrada e saída do emprego (no plural) e do desemprego; da definição de papéis sociofamiliares estáveis, sempre questionados pela ausência de uma identidade profissional durável que impede a organização da identidade familiar; e por aí em diante... A carreira profissional, nesta medida, não existe, já que ela pressupõe sempre algum tipo de regularidade ao nível da profissão exercida bem como a delimitação de um campo de ação e identificação relativamente estável que permita a projeção profissional no futuro e a construção de aspirações e de memórias sociais (Standing, 2012). Neste sentido, há muito que se clama por uma nova psicologia do desenvolvimento, seja ele de carreira, vocacional, profissional, ou outros, mas uma psicologia crítica e emancipatória (Burman, 1994).

É esta multidimensionalidade de uma *trajetória precarizante* (Kovács, 2005), que nos deve levar a uma reflexão sobre a emergência de *trajetórias precarizantes de envelhecimento*. Deixando por ora de parte a questão da fragilidade eminente do sistema nacional de segurança social, foquemo-nos apenas nos potenciais efeitos que um predomínio de trajetórias precarizantes tem na construção (que é contínua) de uma trajetória de envelhecimento.

A Transição para a reforma – Precariedade Laboral e Vulnerabilidade à Pobreza

A transição para a reforma implica, ela própria, uma transição de contornos complexos no *continuum* que pauta a construção das identidades pessoais e sociais dos indivíduos (Fonseca, 2012). *Reforma* é um termo composto que deriva da palavra *re-*

formar que, por sua vez, significa o ato ou efeito de formar algo de novo, dar uma nova forma, reestruturar... Por referência ao mundo do trabalho, o termo é usado para descrever o processo da passagem da participação ativa no contexto das relações produtivas formais para um estado de inatividade e, portanto, de não participação. Ela implica, tipicamente¹¹, uma relação de reciprocidade entre o indivíduo e o aparelho estatal, conferindo ao primeiro a oportunidade de usufruir de uma fase da vida auferindo um rendimento que, em virtude de um trajeto de contribuições pecuniárias para o sistema de providência social nacional, lhe é garantido pela instituição Estatal (através do Sistema de Segurança Social). A imagem associada a este processo, pelo menos em teoria, é positiva, representando um processo evolutivo no ciclo de vida em que o indivíduo terá, assim, oportunidade de se dedicar ao ócio, ao lazer e às atividades conferentes de prazer e de cultivo cultural, asseguradas que estão as suas condições materiais de vida por via do usufruto de uma prestação social (Mauritti, 2004).

Ora, um estudo já não muito recente apontava, em 2001, o facto de a precarização ao longo dos percursos de vida ser “um dos aspectos-chave da transição para a reforma” (Baptista, Cardoso, & Perista, 2001, 67). Em Portugal, é entre os reformados que se encontram as maiores taxas de pobreza e de privação (*idem*, 58) e, em boa medida, não nos parece que a realidade se transformará quando, no topo da pirâmide etária, ocorrer uma segunda ou terceira renovação de gerações... Se a precaridade é um elemento central para compreender hoje os ciclos de pobreza, já que não contempla a garantia de níveis materiais de existência estáveis e obsta a produção de uma trajetória social ascendente durável, poderemos conceber, de algum modo, que uma fase de vida ativa por si caracterizada possa originar um processo de envelhecimento que ultrapasse a qualidade de *precário*? Se a precaridade marca a juventude e a adultês¹², se ela é sinónimo de baixos salários, se ela compromete a estabilidade das - ou mesmo o direito de efetuar - contribuições para o sistema de segurança social, se ela corrompe o direito ao usufruto de proteção social, tornando, assim, os indivíduos mais vulneráveis a situações de pobreza e de privação, de doença, de que modo poderá uma vida precária fugir dos principais determinantes da pobreza no mundo atual? E, no caso dos *precários de longa duração* que se tornam, numa situação limite, desempregados de longa duração quando, depois dos 40 anos de idade, se vêm privados da consagração do seu

¹¹ Ou, pelo menos, desde a implantação da 1ª Lei de Bases da Segurança Social de 1984.

¹² Havendo, aliás, quem sugira que a precaridade eterniza essa condição de jovem para lá dos limites etários e cronológicos do que se pode considerar por juventude...

direito ao trabalho, como se caracterizará a transição para a reforma e a entrada progressiva nessa categoria de idoso...?

Por norma, a saída do mercado de trabalho (que pressupõe, note-se, que nele se está inserido) é tendencialmente vista de forma dicotomizada (Fonseca, 2012): ela pode significar um alívio do fardo laboral para o trabalhador, mesmo se reconhecendo que a esta transição implica um desfasamento ao nível do rendimento disponível. Ela pode, por outro lado, implicar uma vivência ambivalente quando o trabalhador retira da sua atividade profissional grande parte das fontes de gratificação pessoal e social. Num ou noutro caso, e na medida em que estamos perante um momento da vida em que a pessoa deixa de fazer depender o seus sustento material da auferição de um salário para passar a depender do direito a uma prestação social, por definição, dá-se uma perda, mais ou menos significativa - dependendo dos casos - do rendimento disponível, (Baptista et al., 2001). As modalidades e efeitos que esta transição comporta são múltiplos e complexos (Fonseca, 2012). Mas assumindo uma visão esquematizada dos cenários possíveis, há uma terceira possibilidade que se nos afigura mais ajustada à realidade atual e que não parece ter vindo a merecer a sua justa importância. Como se processará a transição para a reforma, e de uma forma mais lata, para a categoria de idoso, de todo o conjunto de pessoas que tiveram as suas trajetórias marcadas pela precariedade da relação com o mundo laboral e, por consequência, com o sistema de segurança social? Não estará o risco de pobreza acrescido nesse cenário?

Trajectórias Precarizantes de Envelhecimento – Hipótese Plausível?

O que se nos afigura como razoável problematizar neste momento é, de facto, a maior vulnerabilidade deste conjunto da população - que Standing (2011, 2012) designa como o *precariado* (por oposição histórica ao assalariado, classe típica do modelo de regulação fordista que tende a desaparecer no modelo de regulação flexível) - aos três tipos de desigualdades identificadas por Therborn (2006, 2011) - nomeadamente desigualdades *vitais*, *existenciais* e *de recursos* - ao longo do seu percurso de envelhecimento. É nesta medida que compreendemos a heurística de uma análise nos termos de *trajetórias precarizantes de envelhecimento*. Sugerimos, assim, que se atenda a um questionamento do incremento das *desigualdades vitais* entre o *precariado*, ou seja, um incremento das desigualdades perante a vida, a saúde e até mesmo a morte, de tal modo que a esperança de vida saudável (*healthy life expectancy*) seja influenciada por fatores relacionados com a condição precária da experiência do trabalho, do

emprego, da vida material, condicionando tipos de privação variados que influenciam a experiência da, e a relação com a, saúde (Baptista et al., 2001). Todavia, e porque há sempre um certo grau de interdependência entre tipos de desigualdades experienciadas, não podemos conceber este tipo de desigualdade dissociando-o dos restantes (Costa, 2012).

Propomos, assim, que reflitamos com Therborn (2006, 2011) e Standing (2011, 2012) sobre as desigualdades existenciais a que estão afetos os (milhões de) indivíduos que experienciam trajetórias de vida precarizantes. Standing propõe, inclusive, que concebamos esta população, não enquanto cidadãos, mas como *denizens*, conceito que, na sua aceção, reflete precisamente a desigualdade existencial a que estes indivíduos, expostos a carreiras de precaridade, estão sujeitos. *Denizen* é o indivíduo que, ao ser remetido a um trajeto de vida precário, se vê privado de usufruto e exercício de um conjunto vasto de direitos de várias ordens: cívicos, políticos, culturais, sociais... O *denizen* não tem direito ao exercício prático de uma ocupação vocacional, pese embora possa deter as qualificações técnicas especializadas para o fazer; ele/a tem sempre um direito limitado à participação política, cultural ou social, já que se vê despojado do exercício pleno desses direitos pelo jogo e trânsito interno da própria precaridade; ele/ela não tem direitos sociais, já que os aparelhos estatais e organizacionais que os consagram foram desenhados à luz de uma realidade fordista onde a transitoriedade permanente da experiência precária não é merecedora de consagração do direito à integração (*idem*, 2012, pp. 590-591). Deste modo, aquele/a que vive na precaridade parece ter sempre um estatuto existencial relativamente limitado, que o empurra para uma alocação desigual de autonomia pessoal, de reconhecimento social, de respeito em e pela sociedade (Therborn, 2011, 21).

Por último, mas de modo nenhum menos importante, vemos estas trajetórias precárias como vulneráveis a uma incremental *desigualdade de recursos* (*idem*, 22). Ironicamente, é numa sociedade de consumo e de informação, onde os níveis de escolaridade sobem e criam abismos de literacia entre grupos etários, que a desigualdade de recursos que afeta o *precariado* se afigura como mais resistente ao próprio efeito da escolarização, mostrando a clara ineficácia do sistema escolar no esbatimento das desigualdades e da reprodução de situações de privação (Baptista et al., 2001). A condição precária de vida aponta, não apenas para o domínio da privação de recursos materiais – refletida na redução generalizada de um *social income* (Standing, 2012) por via da já referida redução de salários que lhe está associada, da desproteção

social, da não integração dos mecanismos de proteção ou de salários indiretos da organização empresarial -, mas também para a privação de recursos de outros tipos, como fragilização das redes de capital social, de consumo cultural, de capital simbólico e, claro está, de poder social.

As *condições de possibilidade* são, assim, limitadas, reduzidas, atrofiadas pela condição de se ser e estar *precário* ao longo de diversas fases do ciclo de vida, gerando-se um efeito retroativo da condição de desvantagem à medida que a idade avança, os riscos de saúde se incrementam e se avizinha a hora de saída do mercado de trabalho ou, dito de outro modo, a hora da reforma. Nesta condição, os principais fatores de vulnerabilidade à pobreza identificados por Baptista et al. (2001) parecem potencialmente aumentados, ocasionando, por consequência, também condições de precaridade acrescida ao longo do período de envelhecimento numa terceira e quarta idades (Mauritti, 2004), já *per si* mais vulneráveis a situações de pobreza, de privação e de exclusão multidimensional.

Considerações Finais

Como efeito, neste cenário, talvez a recomendação europeia para a construção de um *envelhecimento ativo* (OMS, 2002) nos pareça estar eufemisticamente bem ajustada à realidade de quem, hoje, está a tentar singrar no mercado de trabalho. O termo ativo, embora tendencialmente reduzido à sua relação com a dimensão da saúde, não nos parece de forma nenhuma desinteressado ou negligente na consideração do que será uma trajetória de envelhecimento precarizante no contexto do capitalismo flexível. Mais do que com a saúde, ele relaciona-se com o campo da produção, com a necessidade de uma participação mais alongada nas esferas de produção económica, cultural e social, com a necessidade de começar, desde a juventude, a preparar o terreno de possibilidades de segurança e de autonomia para uma fase mais tardia da vida. Este preceito pressupõe, portanto, que se construa uma alternativa – uma alternativa ao que se conhece como factual, uma alternativa ao que se conhece como tendencial. Ele pressupõe, assim, a noção de *risco do envelhecimento* (Capucha, 2005) e, inerentemente, o reconhecimento de uma visão de *velhice negativa* (Mauritti, 2004) como a vivência predominante da velhice, ainda sujeita aos efeitos futuros que a hegemonia da precaridade está por fazer notar. Ele não esquece, por conseguinte, que tal como a juventude é só uma palavra (como Bourdieu uma vez disse), também a velhice é um constructo social, um reflexo de uma trajetória que é estruturalmente condicionada por diversos tipos de propriedades

estruturais (e estruturantes) que enquadram o campo da ação e da cognição individual e coletiva e, de forma mais ou menos determinante, condicionam a produção dos passados, presentes e futuros biográficos. E fazem-no de forma que, não sendo só diferenciada, é essencialmente desigual.

Dito tudo isto, relembramos que talvez nos caiba a nós – enquanto investigadores do social, interventores, ou mesmo como cidadãos, como membros de redes de cuidado informal, como potencialmente alvos de uma trajetória precarizante de envelhecimento – questionar os projetos político-ideológicos que legitimam, reproduzem e naturalizam estruturas de desigualdade tão complexas como a que estamos aqui a discutir. Pensaremos que esta será uma visão muito sombria e obscura da realidade que inere ao processo de envelhecimento? Sim, uma vez que a pensamos em termos de desigualdades estruturais de classe, de género, de estatuto social, de oportunidades para obter recursos e de recursos para obter oportunidades. Sim, porque reconhecemos que a precaridade, que se inscreve num novo modo de dominação social, “fundado na instituição de uma situação generalizada de insegurança” (Bourdieu, 1998, 124), não produz a realidade politicamente panfletada da *flexigurança*, mas antes um novo tipo de sujeição social, de *flexploração* (*idem*, 125).

É neste sentido que, para fecharmos esta reflexão, sugerimos que a análise da velhice deva contemplar um questionamento dos esquemas de classificação disponíveis para pensar a realidade e as tendências que se nos apresentam no momento atual... É altura de sublinhar a necessidade de um olhar crítico sobre os postulados normativos, sobre os juízos – que são de tipo político, mas cientificamente legitimados – acerca da experiência da velhice e do processo de envelhecimento. De evidenciar que só esse olhar nos permitirá ver além do óbvio e do prescrito, tomando a velhice, não como sendo uma categoria social indiferenciada e homogênea, mas como parte integrante de uma trajetória, decerto com regularidades observáveis, funcionando como um espelho de todo o percurso de vida e trajeto biográfico que a precede. É esse processo, de (des)construção de pré-conceitos, de questionamento, de dismantelamento do quadro político-ideológico em que o nosso conhecimento gravita, que se afigura como desafiante aos olhares psicossociológicos e nos permitirá, eventualmente, compreender os diversos modos de experienciar o envelhecimento enquanto processo e refletir sobre o que o futuro reserva a este nível. Esse é um trabalho, julgamos, que cabe à ciência, mas essencialmente a uma ciência *transdisciplinar*, capaz de ultrapassar fronteiras

fictícias entre os seus objetos de estudo, capaz de endereçar questões e de construir respostas sobre fenómenos tão complexos como este.

Referências Bibliográficas

- Baptista, I., Cardoso, A., & Perista, P. (2001). Pobreza, Exclusão Social e Transições em Ciclo de Vida: (Re)Traçando Trajectórias (In)comuns em Contexto Europeu. *Cidades – Comunidades e Territórios*, 2, 57-71.
- Baudrillard, J. (2010 [1970]). *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70.
- Bertaux, D. (1978). *Destinos Pessoais e Estruturas de Classe*. Lisboa: Moraes Editores.
- Bourdieu, P. (1998). *Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Boyer, R. (dir.) (1986). *La Flexibilité du Travail en Europe – Une étude comparative des transformations du rapport salarial dans sept pays de 1973 à 1985*. Paris: Éditions La Découverte.
- Burman, E. (1994). *Deconstructing Developmental Psychology*. London: Routledge.
- Capucha, L. (2005). Envelhecimento e políticas sociais: novos desafios aos sistemas de protecção. Protecção contra o «risco de velhice»: que risco? *Sociologia*, XV, 337-348.
- Casaca, S. F. (2005). Flexibilidade, trabalho e emprego: ensaio de conceptualização. *SOCIUS Working Papers*, n.º. 10. Consultado em 1 de Abril de 2013 em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/2025/1/wp200510.pdf>
- Costa, A. F. (2012). *Desigualdades Sociais Contemporâneas*. Lisboa: Editora Mundos Sociais.
- Esping-Andersen, G. (org.) (1993). *Changing Classes: Stratification and Mobility in Post-Industrial Societies*. Londres: Sage Publications.
- EUROSTAT (2013). *Unemployment rate*. Consultado em Junho de 2013 em <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=teilm020&tableSelection=1&plugin=1>
- INE (2012). *Anuário Estatístico de Portugal, 2011*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- INE (2013a). *Boletim Mensal de Estatística*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- INE (2013b). *Estatísticas do Emprego – 1º trimestre, 2013*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- INE (2013c). *Estatísticas demográficas, 2011*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.

- INE (2013d). *Síntese económica de conjuntura- Fevereiro de 2013*. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Kovács, I. (2002). *As Metamorfoses do Emprego – Ilusões e Problemas da Sociedade de Informação*. Oeiras: Celta Editora.
- Kovács, I. (org.) (2005). *Flexibilidade de Emprego: Riscos e Oportunidades*. Oeiras: Celta Editora.
- Massey, D. S. (2007). *Categorically unequal: The American Stratification*. Nova Iorque: Russel Sage Foundation.
- Mauritti, R. (2004). Padrões de vida na velhice. *Análise Social*, vol. XXXIX (171), 339-363.
- OMS (2002). *Active Ageing: A policy framework*. Organização Mundial de Saúde. Consultado a 11 de Abril de 2013 em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf
- Pereira, M. E. (2002). *Psicologia social dos estereótipos*. São Paulo, SP: EPU.
- Pinto, J. M. (1991). Escolarização, relação com o trabalho e práticas sociais. In Stephen Stoer (org.), *Educação, ciências sociais e realidade portuguesa: uma abordagem interdisciplinar*. Porto: Edições Afrontamento.
- Pollert, A. (1988). Dismantling flexibility. *Capital and Class*, 34, 42-75.
- Sennett, R. (1998). *A Corrosão do Carácter: as consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Lisboa: Terramar.
- Sennett, R. (2006). *A cultura do novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record.
- Standing, G. (2011). *The precariat. The new dangerous class*. Londres: Bloomsbury Academic.
- Standing, G. (2012). The Precariat: From Denizens to Citizens? *Polity*, 44 (4), 588-608.
- Therborn, G. (2006). *Inequalities of the world. New theoretical frameworks, multiple empirical approaches*. Londres: Verso.
- Therborn, G. (2011). Inequalities and Latin America: From the Enlightenment to the 21st Century. *desiguALdades.net Working Papers Series*, nº. 1, 1-37. Consultado a 9 de Abril de 2013 em: http://edocs.fu-berlin.de/docs/servlets/MCRFileNodeServlet/FUDOCs_derivate_000000001967/1_WP_Therborn_Online.pdf?hosts
- Tilly, C. (2005). Historical perspectives on inequality. In Mary Romero & Eric Margolis (orgs.), *The Blackwell Companion to Social Inequalities* (pp.15-30). Malden: Blackwell.

Normas para os Autores

Tipos de manuscritos

A Revista Ibero-Americana de Gerontologia (RIAG) publica artigos originais relacionados com as diversas áreas da Gerontologia e adota as normas de publicação da Sexta Edição do Manual de Publicação da *American Psychological Association* (APA, 2010). Os autores interessados em submeter manuscritos à RIAG devem seguir rigorosamente as normas descritas no manual da APA, salvaguardando-se especificidades linguísticas ou de área científica.

No concernente aos tipos de contribuição, conforme as normas da APA, a RIAG aceita manuscritos que se enquadrem nas seguintes categorias:

1. Estudos Empíricos: Trata-se de relatos de pesquisa original com fontes de dados primários ou secundários. Sua estrutura típica consiste em diferentes seções que refletem os estágios do processo de investigação e que aparecem na seguinte ordem: introdução (desenvolvimento do problema com revisão da literatura empírica concernente ao problema e apresentação dos propósitos de investigação); método (descrição dos participantes/sujeitos, instrumentos, materiais/equipamentos e procedimentos utilizados para condução da pesquisa); resultados (relato dos achados e análises); e discussão (sumário, interpretação e implicações dos resultados). Este tipo de contribuição está limitado a 20 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 100 palavras.

2. Revisão da Literatura: Trata-se de sínteses de pesquisa ou meta-análises e consistem em avaliação crítica de material já publicado. O propósito deste tipo de contribuição é que os autores integrem e avaliem material previamente publicado, considerando o progresso da pesquisa e buscando clarificar um problema específico. É esperado que os autores: (a) definam claramente um problema; (b) sumarizem investigações prévias para informar o leitor sobre o estado da pesquisa; (c) identifiquem relações, contradições, lacunas e/ou inconsistências na literatura; e (d) sugiram próximos passos de investigação para a resolução dos problemas identificados. Não há uma estrutura de seções pré-definida para este tipo de contribuição, de forma que os autores devem buscar um formato coerente para o texto. É fundamental que haja um argumento organizador e não somente uma compilação de pesquisas já realizadas. Este tipo de contribuição está limitado a 25 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 120 palavras.

3. Artigos Teóricos: Trata-se de trabalhos baseados na literatura empírica vigente para propor avanços teóricos. Espera-se que os autores apresentem o desenvolvimento de uma

teoria para expandir ou refinar construtos teóricos, apresentem uma nova teoria ou analisem uma teoria existente, apresentando suas fraquezas ou demonstrem a vantagem de uma teoria sobre outra. Usualmente os autores de contribuições desta natureza analisam a consistência interna de uma teoria, bem como sua validade externa. As seções podem variar como forma de busca de consistência. É fundamental que haja um elemento propositivo no texto. Este tipo de contribuição está limitado a 30 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 150 palavras.

4. Artigos Metodológicos: Trata-se da apresentação de novas abordagens metodológicas, modificação de métodos existentes ou discussões sobre abordagens analíticas de dados para a comunidade científica. O uso de dados empíricos, neste caso, serve unicamente como ilustração da técnica de análise de dados. Este tipo de contribuição está limitado a 15 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 90 palavras.

A critério do Editor também serão apreciadas para publicação as seguintes categorias de contribuições:

5. Relato de Experiência Profissional: Estudo de caso, contendo análise de implicações conceituais, ou descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, contendo evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia, de interesse para a atuação de psicólogos em diferentes áreas. Este tipo de contribuição está limitado a 15 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 80 palavras.

6. Comunicação Breve: Relato de pesquisa sucinto, mas completo, de uma investigação específica (ver modelo geral definido para estudos empíricos). Este tipo de contribuição está limitado a 10 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 70 palavras.

7. Carta ao Editor: Avaliação crítica de artigo publicado em Revista Ibero-Americana de Gerontologia ou resposta de autores a crítica formulada a artigo de sua autoria. Este tipo de contribuição está limitado a 6 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.

8. Nota Técnica: Descrição de instrumentos e técnicas originais de pesquisa Este tipo de contribuição está limitado a 10 páginas, incluindo resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras-clabe, key-words, figuras, tabelas e referências. O resumo, resumen e abstract devem ter, cada um, no máximo 70 palavras.

9. **Resenha:** Revisão crítica de obra recém publicada, orientando o leitor quanto a suas características e usos potenciais. É fundamental que não se trate apenas de um sumário ou revisão dos capítulos da obra, mas efetivamente uma crítica. Este tipo de contribuição está limitado a 6 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.

10. **Notícia:** Divulgação de fato ou evento de conteúdo relacionado à Gerontologia, não sendo exigidas originalidade e exclusividade na publicação. Este tipo de contribuição está limitado a 3 páginas incluindo todos os seus elementos. Não há Resumo.

Apreciação pelo Conselho Editorial

O manuscrito que se enquadra nas categorias 1 a 10 acima descritas é aceito para análise pressupondo-se que: (a) o mesmo trabalho não foi publicado e nem está sendo submetido para publicação em outro periódico; (b) todas as pessoas listadas como autores aprovaram o seu encaminhamento com vistas à publicação na revista **Revista Ibero-Americana de Gerontologia**; (c) qualquer pessoa citada como fonte de comunicação pessoal aprovou a citação; (d) os autores seguiram todos os procedimentos éticos recomendados pelos padrões adotados pela Revista.

A primeira avaliação do trabalho é realizada pela Direção da *Revista Ibero-Americana de Gerontologia* e consiste na análise rigorosa da adequação do manuscrito às normas da Revista, considerando, especialmente, dois aspectos: tipo de contribuição (suas características principais, definidas neste documento e no manual da APA) e as normas de redação e formatação do manual da APA. Os manuscritos que forem considerados como não aderentes às normas terão sua tramitação interrompida e os autores informados da decisão.

Os trabalhos que atenderem às normas serão enviados para apreciação do Conselho Editorial, que poderá fazer uso de consultores *ad hoc* a seu critério. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus manuscritos.

Pequenas modificações no texto poderão ser feitas pela Direção ou pelo Conselho Editorial da Revista. Quando este julgar necessárias modificações substanciais, o autor será notificado e encarregado de fazê-las, devolvendo o trabalho reformulado no prazo estipulado.

Direitos Autorais

1. Artigos publicados em Revista Ibero-Americana de Gerontologia

Os direitos autorais dos artigos publicados pertencem à **Revista Ibero-Americana de Gerontologia**. A reprodução total dos artigos desta Revista em outras publicações, ou para qualquer outra utilidade, está condicionada à autorização escrita do Editor da **Revista Ibero-Americana de Gerontologia**. Pessoas interessadas em reproduzir parcialmente os artigos desta Revista (partes do texto que excederem 500 palavras, tabelas, figuras e outras ilustrações) deverão ter permissão escrita do(s) autor(es).

No caso de aceite para publicação de um manuscrito a Revista enviará aos autores carta

de cessão de direitos de publicação que deverá ser devolvida assinada em formato digital.

2. Reprodução parcial de outras publicações

Manuscritos submetidos que contiverem partes de texto extraídas de outras publicações deverão obedecer aos limites especificados para garantir originalidade do trabalho submetido. O manuscrito que contiver reprodução de uma ou mais figuras, tabelas, desenhos e instrumentos extraídos de outras publicações só será encaminhado para análise se vier acompanhado de permissão escrita do detentor do direito autoral do trabalho original para a reprodução especificada em **Revista Ibero-Americana de Gerontologia**. A permissão deve ser endereçada ao autor do trabalho submetido. Em nenhuma circunstância **Revista Ibero-Americana de Gerontologia** e os autores dos trabalhos publicados nesta Revista repassarão direitos assim obtidos.

Normas para publicação

Forma de Apresentação dos Manuscritos

A **Revista Ibero-Americana de Gerontologia** adota integralmente as normas de publicação do *Publication Manual of the American Psychological Association* (6a edição, 2010). Os manuscritos devem ser redigidos em português, inglês ou espanhol ou, ainda, em outra língua a critério do conselho editorial.

A submissão dos manuscritos deve ser feita unicamente de forma eletrônica por meio da plataforma **xxxxx** no seguinte endereço: **yyyyy**

No momento da submissão os autores deverão realizar o *upload* no sistema da revista de dois arquivos no formato do processador de texto WORD 2003 ou posterior. O primeiro é o manuscrito propriamente dito, sem nenhum tipo de identificação dos autores e contendo todos os seus elementos, a saber: título, título abreviado para cabeçalho, resumo, resumen, abstract, palavras-chave, palabras clave, key-words, texto propriamente dito, referências, tabelas (uma por página) e figuras (uma por página). O segundo arquivo é uma carta de encaminhamento (*cover letter*) que deverá conter todos os elementos pertinentes indicados no manual da APA, assinada por todos os autores do manuscrito. Apenas devem ser enviados arquivos suplementares se estritamente essenciais para a avaliação do manuscrito.

A apresentação de informações numéricas e estatísticas deverá seguir o preconizado no manual da APA. Para os manuscritos redigidos em língua portuguesa solicita-se a normalização das informações numéricas e estatísticas conforme recomendações de Carzola, Silva e Vendramini (2009), que pode ser acessado gratuitamente no seguinte endereço

eletrônico:

<http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicar-em-Psicologia.pdf>

A formatação do arquivo do manuscrito bem como a elaboração de tabelas, figuras e demais elementos deverão seguir rigorosamente o que está preconizado no manual da APA. Recomenda-se que os autores, antes da submissão, avaliem se o manuscrito está em acordo com check-list apresentado nas páginas 241-243 do manual da APA. Ressalta-se que esses elementos podem constituir motivo de rejeição sumária do manuscrito pela Direção da Revista caso não sejam cumpridos conforme as normas especificadas.

Como fonte complementar aos autores recomenda-se a consulta à informação on-line sobre o manual de publicação da APA nos seguintes endereços:

<http://www.apastyle.org/>

<http://owl.english.purdue.edu/owl/section/2/10/>

Referências

APA. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: APA.

Carzola, I. M., Silva, C. B. da, & Vendramini, C. M. M. (2009). Normas para a apresentação de informações estatísticas no estilo editorial APA. In A. A. Z. P. Sabadini, M. I. C. Sampaio, & S. H. Koller (Eds.), *Publicar em psicologia: Um enfoque para a revista científica* (pp. 171-188). São Paulo: Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia; Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Retirado de <http://www.ip.usp.br/portal/images/stories/biblioteca/Publicar-em-Psicologia.pdf>

[adaptado de Psicologia: Teoria e Pesquisa]

Editorial: a arte de Envelhecer, Eduardo J. R. Santos, Ricardo Pocinho, Junia de Vilhena, Esperanza Navarro-Pardo & Ana Alves da Silva

La experiencia de cuidar en primera persona: Vivencias de cuidadores informales de enfermos de Alzheimer, Cristina Jenaro, Aída Grueso, Noelia Flores, Esperanza Navarro-Pardo y Andrea Vázquez-Martínez

Programas de Exercício e Prevenção de Quedas: Um estudo piloto para identificar necessidades dos idosos a residir na comunidade

Salud biopsicosocial y relación con la carga experimentada por cuidadores familiares de personas mayores dependientes, Noelia Flores, Cristina Jenaro, Esperanza Navarro-Pardo, Vanessa Vega y Andrea Vázquez-Martínez

La generatividad en la vejez: Extensión y perfil de las actividades generativas en una muestra representativa de personas mayores españolas, Feliciano Villar, Montserrat Celdrán, Josep Fabà y Rodrigo Serrat

Modelo de atención gerontológica centrado en la persona y los cambios en la cultura de gestión económica de las residencias de mayores en España, M^a Ángeles Tortosa Chuliá

La Historia de Vida como Método de Estudio en Psicogerontología, Emilia Serra Desfilis

Envelhecer Precário: Notas sobre Trajectórias Precarizantes de Envelhecimento, Eduardo Santos, Ana Alves Silva, Joana Gomes Almeida & Ricardo Pocinho

Este número teve o apoio do Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade de Coimbra/FCT (unidade 192), e enquadra-se nas comemorações dos 18 anos da sua existência.