

El proceso de envejecimiento y la intervención social

Rosario Paniagua Fernández*

Saber envejecer es la mayor de las sabidurías y uno de los más difíciles capítulos del arte de vivir

Enrique Federico Amiel

Resumo

Iniciamos la entrega con unas consideraciones acerca del proceso de envejecimiento, entendido como el conjunto de fases sucesivas de un fenómeno; abordamos el envejecimiento orgánico, cognitivo y social. El envejecimiento afecta cada vez a un mayor número de personas por el descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. Las personas envejecen pero el modo de hacerlo y el significado social que se les atribuye no es universal. El criterio de quién es viejo y porqué se es viejo varía a lo largo y ancho del mundo y de un momento histórico a otro, de lo que se deduce que el envejecimiento es un concepto cultural además de un proceso biológico. Los 65 años determinan hoy el comienzo de la vejez. La intervención es una serie de actividades ordenadas y dirigidas a producir cambios positivos en las personas, contando con las potencialidades de los interesados y con los recursos disponibles. Se hace necesaria una intervención dirigida a las personas mayores, que si bien par-

tipica de la misma filosofía, principios metodológicos e instrumentos que se aplican con otros grupos de edad, ha de incluir elementos diferenciadores para que se ajuste a las necesidades reales de los mayores. De ahí que sea necesaria formación gerontológica para el correcto desempeño profesional. Señalamos la comunicación, la escucha activa y la relación empática como elementos básicos en la intervención, y concluimos proponiendo algunas técnicas de gran utilidad tales como la reminiscencia, la relación de ayuda y la intervención en crisis.

Palabras-claves: Trabajo social. Intervención social. Personas mayores. Calidad de vida. Proceso de envejecimiento.

* Profesora de Trabajo Social. Departamento de Sociología y Trabajo Social. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas. Madrid.

Recebido em maio 2006 e avaliado em jan. 2007

El proceso de envejecimiento

Atendiendo a la etimología proceso es el conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno, en nuestro caso nos referimos a las etapas físicas, psicológicas y sociales que pasa una persona hasta llegar a la vejez. Para comenzar queremos poner de relieve algunos aspectos cuantitativos que nos ayudarán a centrar la reflexión. En España la población de personas de 65 y más años es de 7.276.629 lo que supone un 17% de la población. Ocupa el sexto lugar en el mundo en los años de esperanza de vida en los hombres, precedido de Japón, Canadá, Australia, Noruega e Italia. Pero en el caso de las mujeres ocupa el segundo lugar precedido sólo de Japón y seguido de Francia e Italia.

En nuestro país la esperanza de vida al nacer es de 76,6 años para los varones y 83,4 años para las mujeres. Está envejeciendo la población ya envejecida, el número de octogenarios es el que más ha aumentado, la cifra actual es de 1.756.844 y el de centenarios de 4.218. El envejecimiento hoy está teniendo lugar a lo largo y ancho del mundo, lo que sin duda constituye una novedad, pues hace unas décadas sólo envejecían los países desarrollados. En la actualidad los países en desarrollo están envejeciendo progresivamente y con insuficiencia de recursos para afrontar una situación que empieza a desbordar. En el conjunto de la geografía mundial hay 419.000.000 de personas mayores, dato sin precedente en la historia de la humanidad.¹

La psicología evolutiva se ocupa de los cambios psicológicos que tienen lugar en el hombre a través distintas edades, desde el momento del nacimiento hasta el

final de la vida. Dentro de ella se estudian los cambios relacionados con la edad y con el paso del tiempo, señalando cuáles son las causas o factores que determinan dicho cambio. Los términos evolución y desarrollo se refieren a los cambios en un sistema a partir de una situación; se trata de cambios cualitativos que afectan al ciclo vital. El término crecimiento es el que se refiere al aumento cuantitativo de las estructuras corporales.²

La situación dinámica permanente que rige el curso biológico de la vida, lleva incorporado el proceso de envejecimiento. Esta ley universal e inexorable, supone unos cambios que se traducen en pérdidas o desgaste que sufre el organismo en el transcurso de los años, por tanto la longevidad produce envejecimiento. Estas pérdidas de facultades biológicas y mentales pueden observarse a distintos niveles (celular, inmunológico, orgánico) y se deben a una disminución en la actividad enzimática dentro de cada célula, que se traduce en un proceso caracterizado por signos externos (calvicie, canas, arrugas cutáneas, caída dental, disminución de estatura...). Disminución del peso de los órganos (bazo, riñones, cerebro...). Disminución de la actividad y funciones de los órganos (capacidad respiratoria, flujo cardíaco, elasticidad arterial, acomodación visual...). Alteraciones bioquímicas orgánicas (sodio, cloro, calcio, potasio, agua intracelular, tejido conjuntivo...). Problemática especial en la emotividad (soledad, frustración, aislamiento, labilidad emotiva...).

Este proceso de envejecimiento afecta cada vez a un mayor porcentaje de personas, por el descenso de natalidad y

el aumento de la esperanza de vida, pero este logro como muy bien propugna la Sociedad Americana de Gerontología, debe ir dirigido a “añadir vida a los años, no años a la vida”, llegar a un envejecimiento óptimo, en las mejores condiciones posibles a través de un estado de salud integral; lo que en 1946 definió la organización mundial de la Salud (OMS) como “completo bienestar físico, mental y social” y no sólo ausencia de enfermedades. Así entendida la salud integral, no se puede olvidar las tres vertientes: (física, psíquica y social) para conseguir una buena vida y un óptimo envejecimiento.³

Cada cultura ha atribuido a la vejez un determinado papel, en la Biblia se destaca la dignidad y sabiduría del anciano, Cicerón en su libro sobre la Vejez habla de que hay un buen envejecer y un mal envejecer dependiendo de la aceptación o no de la idea de envejecer. Hoy día al existir un notable aumento de personas incluidas en este grupo de edad se ha aumentado el interés por el tema desde instituciones, centros de investigación, sociedades gerontológicas y los poderes públicos.⁴

El envejecimiento como fenómeno y la pregunta de porqué se envejece ha estado presente en todas las generaciones y en todas las épocas desde que el hombre desarrolló la capacidad de reflexión. En la época actual se ha convertido en un asunto de gran interés, de ahí que los gerontólogos hayan descubierto una serie de factores que parecen estar respondiendo a las preguntas acerca de este notable incremento. Envejecer es parte del desarrollo biológico, todos los seres envejecen pero la forma de hacerlo y el significado so-

cial que se le atribuye no es universal, el criterio de quién es viejo y porqué se es viejo varia a lo largo y ancho del mundo y de un momento histórico a otro, de lo que se deduce que el envejecimiento es un concepto cultural además de ser un proceso biológico. La edad de 65 años ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países ha sido usada por los sistemas de pensiones para comenzar a otorgar beneficios sociales. Se diferencian los viejos-jóvenes de 60 a 75 años y los viejos – viejos de 75 años en adelante.⁵ Vamos a considerar a continuación algunos tipos de envejecimiento.

Envejecimiento orgánico y perceptivo

Cuando hablamos de este envejecimiento nos referimos a los cambios que se producen en el cuerpo con el paso del tiempo. La edad biológica está ligada al envejecimiento orgánico, a medida que pasan los años los órganos experimentan modificaciones que llevan a un mejor o peor estado físico, aunque no todos los órganos del cuerpo, ni todos los seres humanos envejecen al mismo ritmo. En algunos individuos se observa una degradación del aparato locomotor, mientras que en otros el envejecimiento afecta más al cerebro. Se ha intentado evaluar las diferencias individuales para determinar la edad biológica de los individuos, pero ninguna de las mediciones realizadas han logrado ser determinantes. Algunos se empeñan en valorar la edad funcional evaluando la cantidad de aire que se puede almacenar en los pulmones con una inspiración profunda o

midiendo el diámetro de las pupilas. Otros intentan predecir los años que pueden quedar de autonomía física o las causas que pueden provocar la muerte y para ello exploran aspectos como la presión arterial, la existencia de anticuerpos en la sangre. Otros se interesan por el envejecimiento de un grupo de órganos o la sensibilidad hacia determinadas enfermedades midiendo la tasa de colesterol, la presión arterial sistólica o los niveles de glucosa en sangre.

Todas las mediciones confirman el postulado que cada individuo es su edad cronológica, es decir la fecha de nacimiento. Pero admiten además que independientemente de la fecha, existe una variabilidad en el envejecimiento de cada persona, y que dicho envejecimiento orgánico no es un estado sino un *proceso* diferencial de cambio. Por ello es más exacto hablar de una edad biológica, de una edad psicológica y una edad social. En este proceso de cambio influyen causas endógenas, internas del organismo, y causas exógenas, ligadas a los comportamientos de las personas y de su entorno. Por causas endógenas se entiende el cromosoma como el causante del envejecimiento, que está constituido por una gran cantidad de genes que se encuentran en el núcleo de las células de los organismos. De la misma forma el ADN (ácido desoxiribonucleico) constituye la materia prima de los cromosomas, donde está la memoria biológica de una especie.

En el sistema nervioso aparecen placas seniles en el cerebro, degeneraciones neurofibrilares y disminución del volumen del cerebro entre otros cambios. Hay investigaciones que sostienen que con el transcurso de los años aparece una mortalidad neuronal especialmente lo-

calizada en el cortex cerebral y el cortex cerebeloso, y que esta pérdida neuronal se asocia a la atrofia que se produce en el cuerpo celular. El envejecimiento cerebral es complejo ya que los perfiles personales son muy diferentes, por tanto los déficits de la actividad psicológica no pueden ser abordados globalmente sino de forma diferencial, según la naturaleza de las funciones afectadas, modificaciones que llevan a un determinado estado físico pero de manera singular en los distintos órganos y los distintos individuos.

Hauw y Ceban (1983) apuntaban que a lo largo del envejecimiento se observa una disminución del número de dendritas que poseen las neuronas en el cortex prefrontal y en ciertas zonas del hipocampo. Por el contrario Flood y Buell (1987) observan que las ramificaciones dendríticas son más ricas en las personas mayores y que ciertas zonas cerebrales pueden sufrir degeneración, mientras que otras pueden estar desarrollándose hasta los 90 años y que hay decrementos reversibles.

En relación el envejecimiento perceptivo, sabemos que sólo podemos interactuar con nuestro ambiente detectando e interpretando las informaciones sensoriales para poder responder de forma adecuada. Así cualquier disfunción sensorial que sobrepase determinados límites tiene influencias negativas sobre el desarrollo de la persona mayor. Está admitido que todas las funciones sensoriales sufren decremento con el transcurso de los años, si bien varía de una persona a otra. Para muchas personas mayores, las disfunciones generadas por este decremento influyen negativamente sobre su autoestima, lo que puede repercutir en la realización de activi-

dades relacionadas con la autonomía. La percepción es definida como “el conjunto de mecanismos fisiológicos y psicológicos que tienen como función general la recogida de información del entorno o del mismo organismo” (LIEURY, 1990). En el proceso de envejecimiento las modalidades sensoriales sufren modificaciones y éstas pueden tener consecuencias psicológicas y sociales sobre la persona según la modalidad y el grado de alteración de la percepción. Los niveles perceptivos de la visión, la audición, y el equilibrio sufren cambios muy importantes en el proceso de envejecimiento, el tacto, la temperatura y el dolor experimentan modificaciones leves, el gusto y el olfato permanecen muy estables a lo largo de toda la vida del ser humano.

Las pérdidas de la visión y la audición repercuten mucho sobre la privación de autonomía en las personas mayores. La agudeza visual se ve afectada precozmente, desde los 20 años comienza a deteriorarse lentamente hasta los 60, y después de los 60 los decrementos se acentúan más. También el oído sufre decrementos aunque es raro encontrar una pérdida de audición severa antes de los 70 años. Schuknecht (1964) observó que el envejecimiento puede producir patologías en el oído interno sobre todo en el órgano de Corti. Por su parte Whitbourne (1985) achaca la pérdida de audición en las personas mayores a la degeneración de las células ciliadas. En la pérdida de audición de las personas mayores pueden influir otros factores como la exposición prolongada a ruidos durante la época laboral, infecciones, efectos nocivos de algunos antibióticos, régimen alimenticio, influencias genéticas.

El envejecimiento cognitivo

Las funciones cognitivas son todas las actividades mentales que realiza el hombre al relacionarse con el ambiente que le rodea, si hay decremento de las funciones cognitivas en la vejez no significa que sea un fenómeno homogéneo, ya que el envejecimiento intelectual de cada individuo es diferente. La psicología gerontológica intenta averiguar si la *inteligencia* y otras habilidades intelectuales sufren algunas modificaciones en el transcurso de los años (BOTWINICK, 1967). Muchos autores coinciden en describir la inteligencia como la capacidad general y global que permite al individuo adaptarse a nuevas situaciones y resolver problemas. Para otros es la capacidad de tener pensamientos abstractos y racionales. Binet la define como la capacidad general que permite tener buena comprensión, juzgar bien y tener un razonamiento adecuado.

En los años cuarenta con la aplicación masiva de test, se expandió la creencia que la inteligencia disminuye con los años, pero el envejecimiento no afecta por igual en todas las actividades intelectivas. En la aplicación de algunas baterías de tests se comprueba que los niveles verbales disminuían pero no los niveles de razonamiento. Los estudios transversales constatan un decremento general de la inteligencia en el transcurso de los años, pero no afecta por igual a todas las habilidades intelectuales. Con objeto de desterrar el estereotipo según el cual los decrementos son irreversibles y consustancial al proceso de envejecimiento, se desarrollan programas encaminados a prevenir y/o estabilizar los decrementos cognitivos de las personas mayores.

Los trabajos sobre el desarrollo de la inteligencia han permitido recoger importantes datos sobre todos los tramos de la edad adulta, y poner de manifiesto que la cognición humana disminuye con la edad. A esta conclusión llegan los resultados obtenidos tanto en los test unifactoriales como en los test multifactoriales, en los test de inteligencia general se observa una correlación negativa con la edad y los test multifactoriales indican que los niveles cognitivos disminuyen, pero no de forma igualada en todas las áreas. Así las habilidades que dependen menos del aprendizaje escolar y más de la experiencia adquirida son más resistentes al declive con el transcurso de los años: es el caso de las habilidades verbales, que no se deterioran tanto como las habilidades para la resolución de problemas.

Es cada vez más evidente la influencia que ejercen sobre la inteligencia adulta las variables culturales y la dimensión histórica; favorecen una aparición más tardía y más liviana de las deficiencias cognitivas (BALTES, 1984; CUNNINGHAM e OWENS, 1983; SCHAIK, 1956; 1980). Es fácil observar que las personas mayores que han seguido una baja escolarización o presentan problemas de salud, suelen tener un rendimiento intelectual inferior al de las personas con mayores niveles de escolarización y buen estado de salud física (BELSKY, 1990). Por otra parte se ha comprobado que el entrenamiento de las habilidades intelectuales en las personas mayores mejora sustancialmente los niveles intelectivos deteriorados y previene los decrementos, la noción de plasticidad del funcionamiento intelectual queda patente en estudios de Baltes y Willis (1982)

recogido en Baltes (1984) en el programa Adult Development and Enrichment Project. ADEPT, por medio del cual tratan de modificar las habilidades de la inteligencia fluida mediante el ejercicio, consiste en exponer a la persona mayor a un test de inteligencia dándole la oportunidad de familiarizarse con la prueba hasta que pueda realizarla correctamente. Schaie y Willis (1984, recogido en el 86) rechazan el declive universal e irreversible de los procesos cognitivos. Igualmente hay que señalar las situaciones carenciales rutinarias y poco estimulantes que sufren muchas personas mayores contribuyen a que los individuos obtengan unas bajas puntuaciones al aplicarles test de inteligencia. Es estilo de vida y la actitud general de los individuos influye de forma determinante en los decrementos cognitivos que se manifiestan.

Las personas mayores se quejan frecuentemente de sufrir trastornos de *memoria*, la mayoría de los lapsus mnésicos que afloran durante la senectud, no están provocados por patologías orgánicas degenerativas, tienen su origen en los estados depresivos o en la influencia que ejercen algunos rasgos de la personalidad del sujeto. No se sabe la verdadera razón que provoca su decremento según avanza el ciclo vital. Todo parece indicar que las disfunciones mnésicas sobrevienen por causas biológicas (cambios o pérdidas de células cerebrales), bajo nivel intelectual y/o factores psicosociales (falta de hábito de recordar, escasa motivación etc.) Algunos autores indican que los déficits observados en los momentos de la recepción de la información y fijación de las impresiones, pueden ocasionar los decrementos que sufre la memoria en el transcurso de

los años. Pese a las quejas de los ancianos sobre la falta de memoria, esa función cognitiva no se deteriora completamente con la edad, y ciertas áreas donde intervienen procesos mnésicos automáticos no se ven afectadas por el envejecimiento. Para Tiberghien (1991) la memoria humana se puede definir como un sistema de tratamiento de la información compuesto por bloques primarios organizados de forma secuencial. Desde ahí los cambios que se producen en la memoria se explican con el análisis de su estructura, los procesos que operan en ella y los conocimientos que han sido almacenados. En todo proceso de memorización se dan tres fases: adquisición, elaboración y recuperación.

De forma general las personas mayores recuerdan peor que los adultos jóvenes la información previamente aprendida. La mayoría de los estudios realizados aportan poca información acerca de cómo solucionar los problemas cotidianos de memoria que sufren las personas mayores. Los resultados de algunos estudios indican que la memoria de las personas mayores está directamente influida tanto por variables propias del sujeto como por su nivel de instrucción, personalidad, actividad intelectual, apoyo social, nerviosismo, extraversión y estado de salud (VAN DER LINDEN, 1992).

Con objeto de prevenir y tratar los déficits mnésicos de las personas mayores el autor elaboró una serie de propuestas, desde la creencia que la memoria es una facultad susceptible de entrenamiento, y mientras más se ejercita más fácilmente se encuentran las técnicas adecuadas para su recuperación. También sostiene que la distracción y la sobrecarga de información

repercuten negativamente sobre los procesos de memoria, las instrucciones ayudan a las personas mayores a concentrarse y prepararse mejor para el recuerdo. Una información relacionada con el entorno y el ámbito familiar es más fácil de recordar, al tiempo que la precipitación y la ansiedad disminuyen la concentración y la memoria se ve debilitada. El apoyo social y los refuerzos positivos son variables que repercuten positivamente en la reeducación de la memoria.

Envejecimiento social

Desde la perspectiva de la psicología social el hombre es concebido como un ser que tiene sus propias peculiaridades y que pertenece a un grupo social complejo y heterogéneo. Entre los hombres y su grupo de pertenencia se desarrolla un sistema de interacción más o menos directo (relaciones afectivas) o mediatizado (rol y estatus) susceptibles de propiciar el buen funcionamiento global del individuo (satisfacción vital). Desde este punto de vista se intenta explicar cómo el proceso de envejecimiento en la persona no se produce de forma aislado, sino que se desarrolla dentro de un contexto social donde las creencias, valores, actitudes, pensamientos influyen en el comportamiento y adaptación de los individuos.

Se han presentado varias teorías que pretenden dar a conocer la adaptación de las personas al proceso de envejecimiento, y aunque cada una tiene su forma de valorar la incidencia de los factores culturales, sociales y biológicos, todas procuran explicar cómo se desarrollan las relaciones sociales entre las personas mayores y el sistema social.⁶

La teoría de la *desvinculación* fue una de las primeras que intentó estructurar de una manera comprensiva la posición de los mayores en la sociedad (CUMMING e HENRY, 1961). Se considera que durante de envejecimiento las personas experimentan una separación gradual de la sociedad, un decrecimiento de interacciones entre la persona y su medio. Este retraimiento se manifiesta sobre todo en el momento de la jubilación, como referente fundamental en el alejamiento de la vida productiva.

La teoría de la *modernización* pretende explicar los cambios en el estatus de las personas mayores, a partir de las modificaciones de los sistemas sociales en función del grado de industrialización que alcanzan las distintas sociedades. Se argumenta que el nivel de estatus de los mayores es inversamente proporcional al grado de industrialización. Conlleva la nostalgia de períodos anteriores, donde se supone que los mayores gozaron de una “edad de oro”. Por el contrario una revisión histórica muestra como el trato recibido por el anciano ha sido ambivalente y no se puede establecer una relación incuestionable entre la modernización y sus estatus, puesto que las transformaciones sociales derivadas de la evolución económica constituyen un proceso complejo que no ha tenido siempre las mismas consecuencias en la calidad de vida de la población de más edad (ACHEMBAUM, 1978; CRANDALL, 1991; FISHER, 1978).

Teoría de la *actividad* (NEUGARTEN, 1968-1970; NEUGARTEN e HAGESTAD, 1990) constituye el polo opuesto de la teoría de la desvinculación, puesto que argumentan que cuantas más actividades

se realizan más posibilidades se tienen de estar satisfechos con la vida. Una de las bases de esta teoría es considerar que los seres humanos desarrollan sus valores, significados y modos de actuar a partir de un proceso de comunicación social (BLUMER, 1982). Mucha gente mayor procura continuar con las mismas actividades de su juventud, ya que mantienen las mismas necesidades psico-sociales de etapas anteriores.

Según la teoría de la *continuidad* el descenso en las cuotas de realización de las actividades se explica en función de la salud empobrecida o en minusvalías adquiridas, y no en una necesidad de desvincularse sentida por las personas mayores. Esta teoría predice que las personas en sus elecciones mostraran una inclinación hacia lo que perciben como continuidad. Así pues el éxito y la satisfacción pueden ser el resultado de esas decisiones, pero no siempre. Las personas – según la teoría – tenderán más a continuar que a cambiar, eso no significa que la continuidad sea ausencia de cambio, sino que a lo largo del tiempo se da una consistencia de los modelos de ideas y comportamientos.

Teoría de la *competencia* pretende explicar la interdependencia entre la persona mayores y su mundo social como un movimiento circular que estimula la visión negativa que los mayores tienen de sí mismos, por la imagen que les envían los demás. Este círculo es difícil de romper, puesto que las enfermedades y problemas propios de la edad incrementan esta mala imagen (KUYPERS e BENGTON, 1973) sugieren que se puede descomponer esta espiral desarrollando grupos de apoyo que permitan reconstruir la imagen de

enfermedad e incompetencia, aunque los resultados de esta intervención resultan difíciles de medir empíricamente.

La teoría de la *subcultura* (ROSE, 1968) considera que las personas mayores conforman una subcultura propia que se plasma en la organización de importantes grupos como las Panteras Grises en Alemania o la Asociación Americana de Personas Jubiladas. Hay estereotipos negativos vinculados a las personas mayores, el edadismo o prejuicio sobre el envejecimiento, da prioridad a los factores de tipo biológico, y deja en segundo plano los factores derivados de la clase social, historia de vida o políticas sociales que aportan una variación considerable al proceso del envejecimiento.

La teoría de la *estratificación por edades* (RILEY, 1986-1988) esta teoría asume que la sociedad se compone de generaciones sucesivas de personas que van envejeciendo de manera distinta y que, continuamente, fuerzan a sus predecesores a abandonar roles sociales. Las personas que nacen en fechas cercanas experimentan el proceso de envejecimiento de forma similar, de tal manera, que cada generación debe afrontar un conjunto de acontecimientos y cambios relacionados con su fecha de afiliación. Puesto que la sociedad cambia, la población de distintas cohortes envejece de manera distinta.⁷

La intervención social

El Trabajo Social se sitúa en el conjunto de profesiones de ayuda, en las que la *persona* constituye el núcleo de toda intervención, cuando se produce una ruptura entre ésta y el medio social de referencia.

Esta ruptura puede estar ocasionada por déficit económico, de empleo, de salud, de cultura, de convivencia etc. Para incidir sobre las situaciones se cuenta con una serie de instrumentos, técnicas y métodos que posibilitan el conocimiento de la realidad sobre la que se va a actuar y cómo hacerlo. Sus núcleos de trabajo son: el individuo, los grupos y las comunidades en situaciones carenciales. El Trabajo Social tiene en cuenta la prevención, la detección precoz de las problemáticas, y la evaluación para medir los resultados conseguidos tras el proceso de trabajo. Pero es la *intervención* lo nuclear de la profesión, entendida ésta como una serie de actividades ordenadas y encaminadas a producir un *cambio* positivo en las personas. El profesional cuenta con una serie de recursos sociales para la mejora o resolución de la situación-problema, pero el gran recurso de la profesión es la persona para la que y con quien se trabaja. Hay que hacer surgir el potencial humano: las capacidades, las habilidades, las zonas inexploradas para que se produzca un cambio, una normalización de dentro a fuera. Para ello la relación de ayuda, la situación dialogal y la escucha activa se hacen necesarias e imprescindibles.

Según Yangüas intervenir significa establecer una serie de elementos nuevos sobre una situación con el fin de modificarla; la intervención comporta un proceso que siempre persigue un *cambio*. La idea de cambio supone una alteración en la situación inicial de una persona pero sin modificar el conjunto, es lo que se viene en llamar cambio de primer orden. Pero si éste afecta a las relaciones grupales y/o comunitarias se está hablando de cambio

de segundo orden. “Una intervención se realiza siempre para alcanzar unos objetivos concretos, pero a su vez debe estar enmarcada en todo un proceso de ayuda, debe ser un eslabón más en la cadena de recursos a movilizar y cuyo objetivo final es proporcionar bienestar, crecimiento, y calidad de vida a las personas.”⁸

Para Barlett: “La intervención es la acción profesional que va dirigida hacia alguna parte del sistema o proceso social con la intencionalidad de producir un cambio.” Esta intervención está guiada por unos valores, propósitos y conocimientos. La profesión de Trabajo Social se ha significado históricamente por una atención hacia los intereses de las personas en dificultad utilizando los servicios disponibles. Le corresponde al Trabajo Social de hoy armonizar lo *viejo* (los fundamentos de la profesión, valores, principios etc.) con lo *nuevo* (las problemáticas emergentes, entre las que queremos señalar el envejecimiento de la población y las necesidades surgidas de dicho envejecimiento en las sociedades actuales). La intervención con las personas tiene el propósito de mejorar las condiciones *objetivas* (aspectos sociales visibles: vivienda, prestaciones) y las *subjetivas* (sentimientos, vivencias, estima). Será una buena intervención aquella que persiga el cambio en la doble dirección, de lo contrario se limitará a la mera gestión de recursos.⁹

El Trabajo Social dispone de una metodología, unas técnicas, unos instrumentos, como herramientas básicas para el quehacer profesional, y que se han ido legitimando en el transcurso del tiempo. El acierto está en seleccionar el modelo

adecuado, en el momento adecuado, en función de la persona/grupo o la situación sobre la que se deba incidir. Desde ahí planteamos la intervención con las personas mayores teniendo en cuenta las circunstancias derivadas de: haber vivido muchos años, contar con una larga historia, poseer múltiples experiencias, tener una biografía plagada de acontecimientos más o menos lejanos en el tiempo, y haber crecido en un pasado con otros patrones culturales.

Los actores de la intervención

Con relación a la imagen social de los mayores hay una serie de ideas preconcebidas que pueden influir en las actitudes y comportamientos hacia ese sector de población, de las que no escapa el profesional de ayuda. La percepción que se tenga va a ser decisiva a la hora de trabajar con ellos; se emiten mensajes positivos o negativos aun sin palabras que son percibidos por el mayor de forma muy clara. En la relación de intervención hay dos actores *la persona mayor y el profesional*, ambos en relación dialogal ejerciendo influencias mutuas. Le cabe al profesional la doble tarea de *conocer y conocerse* para poder desempeñar un trabajo de calidad con los mayores.

Socialmente, y en un corto espacio de tiempo, se ha pasado de la “gerontocracia” – valor y estima hacia el mayor – a la “gerontofobia” – desprecio y molestia hacia el mayor – pasando por el “edadismo” – minusvaloración de la persona en función exclusivamente de la edad, lo que sin duda constituye una seria discriminación. Las personas mayores son vistas como: rígidas, caprichosas, lentas, reacias

al cambio; en la medida que se establece una relación de proximidad, las visiones preconcebidas pueden modificarse, lo que favorecerá sin duda la visión real y la desaparición de los estereotipos.

De idéntica forma habrá que distinguir la senescencia (como modo saludable de envejecer) de la senectud (deterioro generalizado producido por la edad). Estas precisiones conceptuales y terminológicas tienen el propósito de ayudar a conocer a los mayores y a adoptar un correcto posicionamiento profesional ante las personas con las que ha de intervenir, ya que se puede incurrir en imprecisiones y generalizaciones que van a imposibilitar un abordaje individualizado con personas de edad. El otro actor de la intervención es el profesional. Por el creciente envejecimiento poblacional muchos profesionales están desarrollando, o van a desarrollar su trabajo con personas mayores o muy mayores. Este grupo social en la actualidad está suponiendo un gran yacimiento de empleo para las jóvenes generaciones de profesionales, lo que se ha venido en llamar el “euro gris” en todos los países occidentales.

Pero puede suceder que pese a las posibilidades de empleo que ofrece este grupo social, por encima de cualquier otro, no se esté excesivamente motivado ni preparado para trabajar con ellos. De ahí que sea pertinente conocerse y cuales son las vivencias positivas o negativas para afrontar con éxito el trabajo con mayores en una práctica directa. La imagen que se tenga hacia los mayores tiene que ver con la historia personal: recuerdos, afectos, elementos culturales y axiológicos que sitúan de una determinada manera, y el

ser profesional no exime de tener estos sentimientos positivos o negativos. En líneas generales ante los mayores caben posturas que van desde: la ignorancia, el desconocimiento, la indiferencia, la sublimación, la sobreprotección, la desprotección, el rechazo etc.

De la consideración de todo ello, se podrán sacar conclusiones muy válidas de cuales son los sentimientos hacia los mayores, y si se está capacitado para trabajar con ellos, la motivación, las aptitudes y la formación van a marcar una buena práctica profesional que redundará en beneficio de todos.

Importancia de la comunicación

El uso exclusivo de las técnicas no garantiza una intervención de calidad; ésta se teje de elementos relacionales imprescindibles, un rostro, una presencia, un caminar juntos, todo lo que tiene que ver con hacerse cargo del otro, con la creación de una situación de reciprocidad como elemento constitutivo de la práctica profesional. Una de las grandezas de las profesiones de ayuda le viene de su capacidad de indagar, de sondear, hacer *única* cada situación y descubrir preguntas antes de que se formulen. Será una profesión despierta si se deja interrogar por las nuevas necesidades sociales y la vulnerabilidad de la existencia humana. La acción social no se ejerce desde la *certeza* sino desde la *incertidumbre* y la novedad. Todo lo que está representando el envejecimiento y las problemáticas derivadas de éste constituyen una nueva pregunta para el Trabajo Social a la que habrá que responder con políticas creativas y generosas e intervenciones de calidad.

En la intervención profesional una persona o varias entran en *conexión* con otra/otras, y de las interacciones e influencias mutuas se va a instaurar una nueva “relación” interpersonal, de la que las dos partes se verán influenciadas. Se trata pues de un campo de influencias en la que las partes se están mandando mensajes positivos o negativos para que se dé una buena *comunicación* y por ende se pueda desarrollar una buena intervención. Las personas para las se trabaja refuerzan o desmotivan a los profesionales con su actitud, pero también los profesionales están influyendo positiva o negativamente desde el talante, la competencia y la responsabilidad demostradas en el curso del trabajo.

El desarrollo del profesional está en relación con el desarrollo que alcance la persona/las personas objetos de intervención, por tanto el crecimiento es mutuo si todos han vivido una experiencia positiva y única. El encuentro profesional puede ser entendido como el “nacimiento de un nuevo sistema relacional”, en el que cada parte asume su rol, y sus responsabilidades mutuas que van más allá de los mensajes explícitos. Hay demandas surgidas por una situación de crisis momentánea y localizada en la historia de la persona. Y demandas reiterativas fruto de situaciones complejas y persistentes y que requieren de la colaboración coordinada de varias instituciones. La intervención profesional ha de irse adaptando a las situaciones concretas de cada caso.¹⁰

Sólo desde ese paradigma comunicativo se puede comprender lo que es el Trabajo Social y su especificidad: descifrar los mensajes de alguien que está

diciendo, o queriendo decir algo a otro. Hay que saber diferenciar el “rumor”, lo que se solicita, del “mensaje”, que es el sentimiento que acompaña a esa solicitud, en la intervención social hay que pasar al plano de los significados. Desde ahí se está construyendo una sólida relación profesional, en nuestro caso con el grupo de mayores, personas que pueden tener especiales dificultades en formular el problema que les está hiriendo por estar, entre otras cosas, muy acostumbrados al silencio. Hay que adecuar el lenguaje verbal, el ritmo, el momento, el ambiente, los gestos, el tacto, la mirada, todo ello completa el acto comunicativo, que constituye el pilar de toda intervención. Unido a lo que se expresa y a lo que no se expresa la capacidad de escucha del profesional promoverá la creación del espacio óptimo de relación y de ayuda.

Pamela Trevithich, profesora de Trabajo Social en la Universidad de Bristol considera la comunicación como el eje de toda intervención, existen abundantes razones por las cuales como personas y como profesionales escuchamos a los demás para obtener información, establecer lazos de empatía, estimar, evaluar. Propone estrategias comunicativas muy oportunas que facilitan la intervención en general y con mayores en particular, da algunas orientaciones muy válidas para la escucha: ser abierto, intuitivo y empático, sostener la mirada, adoptar una postura corporal que manifieste interés y receptividad, atención a las formas no verbales, evitar comentarios improcedentes y descalificadores, dar tiempo a que la persona exprese, no interrumpir, cuidar el ambiente, adaptar las preguntas con flexibilidad,

entender los sentimientos, cuidar el tono de voz, huir de estereotipos y valoraciones negativas, usar un lenguaje inteligible, ser natural y mostrarse, relajado, escuchar en silencio, y escuchar los silencios de las personas. Para Egan (1990) la escucha activa supone estar presente psicológica, social y emocionalmente, por tanto este tipo de escucha exige una especial viveza y esfuerzo por parte del oyente. El objetivo es escuchar atentamente los detalles de lo que se está transmitiendo y asegurar que la persona atendida sea consciente de ello dirá Lishman (1994). Es lo que Feltham y Dryden (1993) denominan la escucha crédula, se trata de creer y hacer creer a nuestro interlocutor que lo que se comunica es cierto.¹¹

La reminiscencia

Ya Aristóteles en la *Retórica* reconoce el valor de la reminiscencia, no sólo como fuente de placer, sino como ayuda a la que acude la persona mayor para afrontar la cercanía del final de la vida. La reminiscencia ha tenido una consideración muy positiva a lo largo de la historia si es vivida equilibradamente, pero si cobra un valor absoluto, cierra el horizonte del presente y del futuro, lo que sitúa al mayor sólo en el pasado, fuera de la realidad, fuera de la vida. Puede entenderse como el acto de recordar experiencias del pasado, a través del cual la persona reflexiona sobre las mismas para reconstruir y encontrar significados a su vida actual.

Los trabajos de Erikson (1950) hacen referencia al sentido de satisfacción derivado de la revisión del pasado en la etapa de la vejez. En gerontología, el concepto de reminiscencia, se le acredita a Butler

(1963) según él los adultos, a medida que envejecen, se involucran en un proceso de revisión de vida y de reinterpretación del pasado guiados por la aceptación del final próximo, y la dificultad de mantenerse fuertes ante la creciente vulnerabilidad. Pero en la reminiscencia se da también el resurgimiento de conflictos no resueltos, que pueden volver a mirarse, si se logra la reintegración con los eventos pasados, se da un nuevo significado a la vida actual, y la persona está más preparada para afrontar la vejez y el final de la vida al haberse mitigado en gran manera ansiedades y temores. Mediante la reminiscencia las personas repasan sus años pasados intentando ver que sus vidas han tenido un valor. Ayuda a reevaluar episodios vividos, y al hacer referencia a acontecimientos se establece un sentido de continuidad entre el pasado y el presente. Puede ayudar a la persona mayor a mantener su autoestima, la cual puede estar disminuida por las situaciones que tiene que enfrentar en esta etapa.

Los beneficios de la técnica han sido documentados en numerosos estudios: Lewis (1971), Lázarus (1976), Burnside (1986) y ha sido utilizada en forma muy efectiva particularmente en personas institucionalizadas. Se ha comprobado que es beneficiosa contra la depresión, el aislamiento y la desmotivación. En el trabajo de grupo la reminiscencia se ha visto como una manera de potenciar las fortalezas de mayor. Se han identificado varias razones para promover grupos de reminiscencia, éstas se pueden resumir en: desarrollo de afiliaciones con grupos de pares, aumento de las oportunidades de socialización, la promoción de intercambio de ideas, desarrollo de la habilidad de relación,

entendimiento y relación entre generaciones, y aumento de la autorrealización y creatividad.¹²

La relación de ayuda

Rogers (1986) entiende por relación de ayuda “aquella que intenta hacer surgir una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo y un uso más funcional de los mismos”. Se trata pues de poner en marcha los recursos de las personas, de activarlos, acompañar a las personas a asumir el protagonismo de la situación y a usar las propias facultades. Se sustenta en el arte de la comunicación de la relación intensa, hecha de aceptación, respeto y empatía, evitando toda tendencia a moralizar. La persona es ayudada a encontrar sus propios recursos para afrontar sus propios problemas, sin paternalismos ni autoritarismos. La tarea del ayudante consiste en estimular, liberar y reorganizar los contenidos de la experiencia del ayudado. Se trata de impulsar al sujeto, de remitirle alternativas y posibilidades desatendidas. Si se quieren provocar cambios positivos en otra persona, la ayuda consiste en inducirle a buscar el cambio por razones que sean importantes para ella.

En el caso del mayor, el cambio puede concretarse en una actitud positiva ante la vejez, que ayude a integrarla en el complejo mundo de la experiencia, aceptando los propios límites, aclarando aquellas situaciones que le hacen sufrir en su ancianidad, resolviendo los conflictos impuestos por la misma edad o acentuados con ocasión de ésta, y consiguiendo fuerzas para luchar contra la situación y no abandonarse en las manos del destino.

En este sentido la relación de ayuda es elemento de gran significación para los profesionales que trabajan con grupos de mayores.

La persona necesitada de ayuda se encuentra en una dinámica que se puede sintetizar así. Está viviendo una *situación* que le supone una dificultad concreta y de la que es el protagonista. La dificultad le genera *sufrimiento*, el ayudante es interpelado por ese sufrimiento. Dicho sufrimiento se expresa por medio de *sentimientos* de inseguridad, miedo, ansiedad, culpabilidad, confusión. Lo que espera la persona que está viviendo una situación como la descrita, es un proceso de recorrido inverso es decir. Espera que el ayudante comprenda, ante todo, los sentimientos que está viviendo, que acepte su confusión, su incertidumbre, su miedo, su inquietud. Espera que el ayudante se ponga en su lugar, con una actitud empática y que vibre con él, el sufrimiento es menor si es compartido. Espera que el ayudante examine con él las dificultades y que busque el sentido de su problema sin juzgar. Espera que el ayudante le facilite la búsqueda de pistas vitales para salir de la situación, para tomar una decisión o para vivir de otra forma aquello que no tenga visos de solución.

En síntesis para comprender a la persona con la que se trabaja se requiere una labor previa sobre sí mismo, realizar un camino de integración de las propias emociones, aprender a darles nombre, aceptarlas; ser dueños de todo ello es un proceso necesario para comprender el mundo emotivo del otro, en el caso que nos ocupa el de las personas mayores.¹³

La intervención en crisis

Los trabajos del psiquiatra Erich Lindemann (1944) constituyen la piedra angular de la intervención en crisis y la base de conocimientos sobre lo que necesitan los profesionales de ayuda ante las personas que han sufrido una crisis. Las personas disponen de una gran cantidad de recursos internos con los que pueden enfrentar una situación de crisis evolutiva o súbita en su vida. A pesar de las potencialidades, la resistencia de cualquier individuo al estrés es finita y cualquier persona, ante circunstancias adversas, puede ser incapaz de afrontarla, sin que ello signifique patología. Algunas personas no necesitarán ninguna ayuda externa, mientras que para otras una intervención mínima apropiada puede ser muy valiosa. Se entienden por crisis una alteración en el equilibrio cuando se fracasa en una aproximación tradicional de resolución de problemas que genera desorganización, desesperanza, tristeza, confusión y pánico.

Los trabajos de Caplan (1964) y otros seguidores, demostraron que las crisis no son patológicas, pueden sufrirlas cualquier persona en unas circunstancias especiales, por tanto no se trata de una dolencia, sino una respuesta natural a una situación de fuerte impacto, la persona en crisis en un individuo con un funcionamiento normal que se encuentra necesitada de una guía durante el periodo de aflicción. La intervención en crisis está orientada al problema y a cómo se vive éste, y persiguen el objetivo de producir un cambio positivo en la situación, se han descrito diversos tipos de crisis.

Crisis evolutiva es una situación causada por convulsiones fisiológicas o psicoló-

gicas que pueden actuar internamente, la cual puede deberse a impactos psicológicos asociados con el desarrollo: envejecimiento, jubilación, cercanía de la muerte. *Crisis circunstancial* se refiere a situaciones súbitas inesperadas, este tipo de crisis surge con la ocurrencia de eventos raros y extraordinarios que una persona no tiene ninguna manera de prever ni controlar, son imprevistas, desestabilizadoras, intensas como accidentes de tráfico, enfermedad repentina, malos tratos, problemas familiares, viudedad, cambio de lugar habitual, muerte inesperada de un allegado. *Crisis existencial*, se refiere a conflictos internos y la ansiedad que acompaña a las importantes cuestiones humanas, cuando traen consigo remordimiento e insatisfacción: la madurez, el envejecimiento. *Crisis interna*, se denomina así a la crisis que aparece lentamente pero que no ha sido aún expresada, ni casi percibida por los más próximos, es el llamado período de incubación o latencia: conciencia del envejecimiento, y la jubilación aún no verbalizados. *Crisis externa* la manifestación y exteriorización de la interna y con la deseable respuesta y apoyo de los más próximos, ya se ha hecho patente: sufrimiento por el envejecimiento y la jubilación pero ya expresados.

En cuanto a la intervención en crisis se trata de un proceso de ayuda durante el tiempo necesario con el propósito de reactivar las capacidades latentes y los recursos del ayudado. El acompañamiento en las situaciones de crisis ha de prestarse el tiempo necesario, no hay plazos establecidos, pero la exteriorización de ciertos rasgos en las personas lleva a pensar que la crisis se está alejando y habrá que distanciar los encuentros y dispensar menos cuidados, para no

crear dependencias. La misma sabiduría encierra el saber empezar la intervención el cómo y el cuándo de un acompañamiento, como el saber ponerle fin. Precisamente en la intervención con personas mayores todo ello reviste especial importancia ya que el mero hecho de envejecer genera situaciones de crisis que no se pueden desconocer ni desatender si se trabaja profesionalmente con este grupo.¹⁴

Abstract

The aging process and the social intervention with old persons

This work begin with some considerations on the aging process, understood as the group of successive phases of a phenomenon; we try to approach the organic, cognitive and social aging. The aging affects, more and more, an increasing number of people for the descent of the natality and the increase of the hope of life. People age but the way of making it and the social meaning attributed is not universal. The approach of who is old and why someone is old it varies to the long and wide of the world and from a historical time to another one, of what is deduced that the aging is a cultural concept in addition of being a biological process. The 65 years determine the beginning of the old age. The intervention is a series of orderly activities directed to produce positive changes in people, bearing in mind the potentialities of the interested ones and taking account of the available resources. It becomes necessary an intervention directed to old persons,

that although it participates of the philosophy, methodological principles and instruments that are applied to other age groups, must include differentiating elements so that it is adjusted to the real needs of the old people. For that reason it is necessary a gerontological education for the correct acting of the professional job. We point out the communication, active listening and the empathetic relationship as the basic elements in the intervention, and we conclude proposing some techniques of great utility, such as the reminiscence, the relationship of help and the intervention in crisis.

Key words: Social works. Social intervention. Old persons. Quality of life. Aging process.

Notas

- ¹ PANIAGUA FERNÁNDEZ, R. Reflexiones en torno a las personas mayores. Sombras y Luces de una realidad. Santander. *Revista Sal Terrae*, tomo 94/3, n. 1.099, p. 175-187, mar. 2006.
- ² VILLAR CALLE, V. Desarrollo evolutivo de la persona y calidad de vida. En: AA.VV. *El jubilado ante su futuro*. Plan de Preparación a la Jubilación. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Endesa. Narcea. S.A. de Ediciones. 131.
- ³ HERRERO BLASCO, T.; POL ARIAS, A.; PRIETO DOMINGO, J. J. *Envejecimiento y Salud*, 1991. p. 37.
- ⁴ VILLAR CALLE, 1991, p. 144.
- ⁵ SÁNCHEZ SALGADO, C. D. *Trabajo social y vejez*. Teoría e Intervención. Buenos Aires: Humanitas, 1990. p. 9.
- ⁶ MUÑOZ TORTOSA, J. *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2002. p. 44.

- ⁷ BAZO, M. T.; MAIZTEGUI, C. Sociología de la vejez. En: *Envejecimiento y sociedad*. Una perspectiva internacional. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1999. p. 46.
- ⁸ YANGUAS, J. et. al. *Intervención psicosocial en gerontología*: manual práctico. Madrid: Cáritas Española, 1998. p. 76.
- ⁹ Cf. Op. cit., 1990, p. 9.
- ¹⁰ Cf. ACEBO, A. *Trabajo social en los servicios sociales comunitarios*. Madrid: Siglo XXI, 1992. p. 55.
- ¹¹ Cf. TREVITHICK, P. *Habilidades de comunicación en intervención social*. Manual práctico. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones, 2005. p. 88.
- ¹² Op. cit., 1990, p. 100.
- ¹³ BERMEJO, J. C. *Apuntes de relación de ayuda*. Santander: Sal Terrae, 1998. p. 9.
- ¹⁴ Para ampliar este apartado Cf. RUBIN, B.; BLOCH, E. *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Teoría y práctica. Bilbao: Desclee de Brouwer, 2001. p. 21.

Referencias

- ACEBO, A. *Trabajo social en los servicios sociales comunitarios*. Madrid: Siglo XXI, 1992.
- ACHEMBAUM, W. A. *Old age in the New Land: the american experience since 1790*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1978.
- BALTES, P. Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age: Penn status Adult Development and Enrichment Project (ADEPT) En: CRAIK, F. I. M. (Dir.): *Aging and cognitive processes*. New Cork: Plenum Press, 1984.
- BARLETT, H. *The common base of social work practice*. New York: National Association of Social Workers, 1970.
- BAZO, M. T.; MAIZTEGUI, C. Sociología de la vejez. En: BAZO, M. T. (Coord.). *Envejecimiento y sociedad: una perspectiva internacional*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1999.
- BELSKY, J. *The psychology of aging: theory, research, and interventions*. 2. ed. California: Brooks/Cole Publishing Company, 1990.
- BERMEJO, J. C. *Apuntes de relación de ayuda*. Santander: Sal Terrae, 1998.
- BLASCO, T. H.; ARIAS, A. P.; DOMINGO, J. J. P. Envejecimiento y salud. En: *El jubilado ante su futuro*: plan de preparación a la jubilación. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Endesa, 1991.
- BLUMER, H. *El interaccionismo simbólico*. Barcelona: Hora, 1982.
- BOTWINICK, J. *Cognitive processes in maturity and old age*. New York: Springer Publishing Company, 1967.
- BURNSIDE, I. *Working with the Elderly: Group Process and Techniques*. Boston: Jones and Bart, 1986.
- BUTLER, R. *The life review: an interpretation of reminiscence in the aged*. *Psychiatry*, v. 26, n. 1, p. 65-75, 1963.
- CALLE, V. V. Desarrollo evolutivo de la persona y calidad de vida. En: *El jubilado ante su futuro*: plan de preparación a la jubilación. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Endesa, 1991.
- CAPLAN, G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1964.
- CRANDALL, R. C. *Gerontology*. A behaviour science approach. 2. ed. Nueva York: McGraw-Hill. 1991.
- CUMMING, E.; HENRY W. H. *Growing old*. The process of disengagement. Nueva York: Basic Books, 1961.
- CUNNINGHAM, W.; OWENS, W. The Iowa State study of the adult development of intellectual abilities. En: SCHAIE, K. (Dir.). *Longitudinal studies of adult psychological development*. New York: The Guilford Press, 1983.
- EGAN, G. *The skilled Helper: a systematic approach to effective helping*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1990.
- ERIKSON, E. *Childhood and society*. New York: Norton, 1950.

- FELTHAM, C.; DRYDEN, W. *Dictionary of counselling*. London: Whurr, 1993.
- FISHER, D. H. *Growing old in America*. Nueva York: Oxford University Press, 1978.
- FLOOD, D.; BUELL, S. Dendritic extent in human dentate gyrus granule cells in normal aging and senile dementia. *Brain Research*, 402, 1987. p. 205-216.
- HAUW, J.; CEBBAN, C. *Le vieillissement cerebral*. Documentation médicale Obervall, 1983.
- HERRERO BLASCO, T.; POL ARIAS, A.; PRIETO DOMINGO, J. J. Envejecimiento y salud. En: AA.VV. *El jubilado ante su futuro*. Plan de Preparación a la jubilación. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Endesa: Narcea S.A. de Ediciones, 1991.
- KUYPERS, J. A.; BENGTSON, V. L. Social breakdown and competence: a model of normal aging. *Human Development*, v. 16, p. 181-201, 1973.
- LÁZARUS, L. W. A program for the elderly at a private psychiatric hospital. *The Gerontologist*, v. 16, n. 2, p. 125-131, 1976.
- LEWIS, C. N. Reminiscing and self-concept in old age. *Journal of Gerontology*, v. 26, n. 2, p. 240-243, 1971.
- LIEURY, A. *Manuel de psychologie générale*. Paris: Dunod, 1990.
- LINDEMANN, E. Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, v. 101, p. 141-148, 1944.
- LISHMAN, J. *Communication in social work*. Basingstoke: Macmillan/Basw, 1994.
- MUÑOZ TORTOSA, J. *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Ediciones Pirámide, 2002.
- NEUGARTEN, B. (Ed.). *Middle age and aging*. A reader in social psychology. Chicago: The University of Chicago Press, 1968.
- _____. The old and the young in Modern societies. En: SHANAS, E. (Ed.). *Aging in contemporary society*. Londres: Sage, 1970. p. 13-24.
- NEUGARTEN, B.; HAGESTAD, G. O. Age and the life course. En: BINSTOCK, R. H.; GEORGE L. (Ed.). *Handbook of aging and the social sciences*. San Diego: Academic Press, 1990. p. 33-55.
- PANIAGUA FERNÁNDEZ, R. Reflexiones en torno a las personas mayores: sombras y Luces de una realidad. Santander: *Revista Sal Terrae*, tomo 94/3, n. 1099, p. 175-187, mar. 2006.
- PANIAGUA FERNÁNDEZ, R.; MOTA, R. Políticas de bienestar e intervención con personas mayores: un enfoque centrado en la singularidad y en la integración comunitaria. En: VIDAL, F. V. *Informe de políticas sociales: la exclusión social y el estado de bienestar*. Madrid: Fundación Hogar del Empleado, 2006. p. 259-293.
- RILEY, M. W. Overview and highlights of a sociological perspective. En: SÖRENSE A. B.; WEINERT, F.; SHERROD, L. (Ed.). *Human development and the life course*. Multidisciplinary perspective. NJ: Erlbaum. Hillsdale, 1986. p. 153-175.
- RILEY, M. W. (Ed.). *Social structure and human lives*. Sage: Newbury Park, 1988.
- ROGERS, C. R. *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós, 1986. p. 46.
- ROSE, A. The subculture of aging: a topic for sociological research. En: NEUGARTEN, B. (Ed.). *Middle age and aging*. Chicago: The University of Chicago Press, 1968. p. 29-34.
- RUBIN, B.; BLOCH, E. *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. Bilbao: Desclée De Brouwer, 2001.
- SÁNCHEZ SALGADO, C. D. *Trabajo social y vejez: teoría e intervención*. Buenos Aires: Humanitas, 1990.
- SCHAE, K. A general model for the study of developmental problems. *Psychological Bulletin*, v. 64, p. 92-107.
- SCHAE, K. Intelligence and problem solving. En: BIRREN (Dir.). *Handbook of mental health and aging*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1980. p. 263-284.
- SCHAE, K. Y.; WILLIS, S. Can decline in adult intellectual functioning be reserved. *Developmental Psychology*, v. 22, p. 223-232, 1986.

- SCHUKNECHT, H. F. Further observations on the pathology of presbycusis. *Archives of Otolaryngology*, 80, p. 369-382, 1964.
- TIBERGHIE, G. Psychologie de la mémoire humaine. En: VAN DER LINDE (Dir.). *Neuropsychologie de la mémoire humaine*. Francia: Presses Universitaires de Grenoble, 1991.
- TORTOSA, J. M. *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Pirámide, 2002.
- TREVITHICK, P. *Habilidades de comunicación en intervención social: manual práctico*. Madrid: Narcea, 2002.
- VAN DER LINDEN, M. Le fonctionnement mnésique de la personne âgée. En: GOMERS e VAN DEN B. A. (Dir.). *Pour une vieillesse autonome*. Lieja: Madarga, 1992.
- VILLAR CALLE, V. Desarrollo evolutivo de la persona y calidad de vida. En: AA.VV. *El jubilado ante su futuro*. Plan de Preparación a la Jubilación. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. Endesa. Narcea: S.A. de Ediciones, 1991. p. 131.
- WHITBOURNE, S. *The aging body: physiological changes and psychological consequences*. New York: Springer-Verlag, 1985.
- YANGUAS, J. et al. *Intervención psicosocial en gerontología: manual práctico*. Madrid: Cáritas Española, 1998.
- Endereço:**
Rosario Paniagua Fernández
Universidad Pontificia Comillas de
Madrid
Alberto Aguilera, 23, 28015
Madrid - Espanha
E-mail: rpaniagua@chs.upcomillas.es