

Gerogogía de la salud.

Una aproximación a este campo de estudio imprescindible para una mayor calidad de vida y bienestar en la vejez.

María R. Belando Montoro y Anne Marie Sarlett Jerken

1. Introducción

El proceso de envejecimiento no puede ser interrumpido, y tampoco retardado, al menos en la actualidad. Lo que sí se puede es vivirlo normalmente, sin patología agregada ni factores de riesgo que lo hacen más intenso y más rápido, como está ocurriendo en nuestras sociedades desarrolladas. Para San Martín y Pastor y Aldeguer (1990) el envejecimiento que hoy vivimos es anormal, accidental, a causa de riesgos sociales y ambientales que existen en nuestras vidas y que producen una alta morbilidad permanente y una alta tasa de accidentes mortales; y, es por ello por lo que no logramos alcanzar la edad programada por el stock genético de nuestra especie, que oscila entre los 120 y los 150 años. Si consiguiéramos evitar o, al menos, reducir los riesgos físicos, biológicos y mentales, y cambiar nuestros estilos de vida por otros más saludables, habría una mayor posibilidad de que llegáramos a vivir vidas más largas, o sea, prolongaríamos nuestra longevidad individual.

Alrededor de esa posibilidad teórica de que el ser humano viva 120 ó 130 años, y que algunos han considerado utópica, han ido apareciendo múltiples y muy variados tratamientos llamados de rejuvenecimiento¹, que se han puesto de

moda en nuestra sociedad. En el trasfondo ocupan un lugar importante los motivos económicos, a través de la denominada «sociedad de consumo», en la que se exalta la juventud y se margina a los viejos.

Es, por todo ello, necesario desarrollar en el individuo, desde el nacimiento, una verdadera «cultura de la salud», a través de todos los medios disponibles: familia y escuela en los primeros años, y más tarde con los medios de comunicación, las Universidades y las actividades organizadas o promovidas por instituciones, públicas o privadas, que velen por nuestra salud, entre otros muchos medios. La Educación para la Salud se sitúa aquí como una estrategia fundamental para conseguir esta «cultura de la salud»: a través de ella se pretende fomentar hábitos y modos de vida saludables, prestando una especial atención a las medidas preventivas, y evitando todos los riesgos (físicos, biológicos y mentales) contenidos en nuestro entorno.

En este artículo nos vamos a centrar en la Educación para la salud en la vejez con el objetivo de conseguir una vida más larga y saludable, pero, especialmente, una vejez satisfactoria con un alto nivel de bienestar físico, psíquico y social.

2. Aclarando algunos conceptos gerontológicos.

2.1. Gerontología o geroncia.

La gerontología, también denominada geroncia, se ha entendido como ciencia, como estudio, instrumento o reflexión, dependiendo de los autores. Moragas Moragas (1992) opina que la gerontología no constituye una disciplina o profesión autónoma, simplemente origina un enfoque peculiar. Las diferentes preguntas o problemas que plantea el envejecimiento (entendido como un fenómeno humano, tal como la niñez o la edad adulta) en la sociedad contemporánea pueden y deben ser resueltas por las disciplinas o profesiones implicadas en la gerontología (medicina, psicología, pedagogía, sociología, trabajo social, economía, derecho, demografía, etc.) con un enfoque gerontológico. La Gerontología, entendida de este modo, no posee contenidos exclusivos; no se justifica el que aparezca una nueva disciplina y profesión para ocuparse del envejecimiento, al igual que tampoco existen especialistas en niñez, adolescencia o madurez. Así, simplemente hay médicos, psicólogos, pedagogos... especializados en la infancia, adolescencia o, como, en este caso, en el proceso de envejecimiento.

Pero, para el estudio de cualquier concepto es fundamental hacer alusión a su etimología, por ello es importante señalar aquí que el vocablo gerontología procede del griego *geron-gerontos* (anciano) y *logia* (tratado, estudio, ciencia). Sin embargo, su significado, como hemos visto antes, se ha ampliado para abarcar todo el envejecimiento. No obstante, y a pesar de esta aclaración, es necesario hacer una revisión de las dife-

rentes perspectivas acerca de esta ciencia, pero como no es nuestro objetivo profundizar sobre el estudio de la gerontología, en particular, vamos sólo a recoger la que, en nuestra opinión es quizá la concepción más acertada de todas, nos referimos a la propuesta por Richard y Munafo (1993), según la cual aunque la gerontología se interesa por todas las edades del ser humano, su centro de interés está en la edad avanzada, en la vejez. Esta puntualización que, a primera vista, puede parecer una nimiedad reviste gran importancia como factor clarificador en un estudio serio y riguroso de la vejez. Por tanto, esta acepción de la gerontología es la que vamos a adoptar en nuestro estudio, porque, según nuestro criterio es la más adecuada y la que, probablemente, va a dominar en el futuro, ya que es la que más se acerca a la realidad de la teoría y práctica gerontológica que se está desarrollando en la actualidad y que tiene viso de seguir por bastante tiempo.

Para terminar este apartado queremos hacer una breve referencia al doble objetivo de la gerontología pues creemos que puede contribuir a elucidar y comprender mejor la incidencia de este campo en el estudio de la vejez y la salud en esta etapa de la vida. Así, pues, la gerontología se desarrolla a través del logro de los siguientes objetivos:

- desde un punto de vista cuantitativo, la prolongación de la vida (dar más años a la vida, retardar la muerte), y
- desde un punto de vista cualitativo, la mejora de la calidad de vida de las personas mayores (dar más vida a los años). En la actualidad se hace más hincapié en esta finalidad ya que, aunque nadie desea morir², parece que se teme más a la enfermedad, incapacidad

o dependencia, que, según nos ha hecho creer la sociedad de consumo, acompañan a la vejez.

2.2. Gerontología preventiva o gerocultura.

La **gerocultura** o **gerontología preventiva**, también denominada geroprofilaxis o gerohigiene, ha sido definida como un arte o ciencia que trata de evitar las enfermedades, la decrepitud y la vejez prematura, y conseguir, asimismo, una vejez sana y feliz; para ello utiliza la prevención primaria, secundaria y terciaria. Arbelo Curbelo, Hernández Rodríguez y Arbelo López de Letona (1989), en un intento de precisar el campo de actuación de esta «ciencia», sostienen que ésta se ocupa no sólo de los fenómenos fisiológicos del anciano, sino también de los psicológicos y sociales; sin embargo, está concebida como parte de la Medicina o de la salud pública de ahí, también, que se le haya denominado geriatría preventiva.

En nuestra opinión, el término gerocultura o gerontología preventiva alude a aspectos ya contemplados en nuestra concepción de gerontología, o de geriatría (si nos referimos a los aspectos más estrictamente sanitarios o de salud), por ello, creemos innecesario incorporarlo en nuestra terminología gerontológica, pues, de alguna manera, a lo que seguramente conduciría es a favorecer la confusión, y esto es, precisamente, lo que nosotros queremos evitar al elaborar este apartado.

2.3. Geriatría y prevención.

Etimológicamente el término «geriatría» proviene del griego: *gero*, anciano o viejo, *ehiatria* o *hiatros*, Medicina o médicos. Significa, pues, Medicina del

anciano o del viejo, y así se practica (Arbelo Curbelo, Hernández Rodríguez y Arbelo López de Letona, 1989; Ruiz Torres, 1988). Así, la geriatría, que también algunos denominan **gerontología clínica** o **geroncia clínica**, ha sido definida como «medicina para la vejez». Pero esta expresión no es suficiente para comprender y conocer el contenido teórico y práctico que, actualmente, tiene dicha disciplina sanitaria. La identidad de la Geriatría, para la mayoría de sus seguidores, se basa, entre otros conceptos, en su triple contenido, bio-psico-social. Jiménez Herrero (1988) declara, a este respecto, la necesidad que tiene la geriatría de establecer un equilibrio en el acento que se pone en cada una de dichas dimensiones, para evitar caer en la sobremedicalización o submedicalización del caso. Dicho autor señala, también, que la mayor parte de la patología habitual del anciano está relacionada con su situación social, relaciones familiares y problemas morales íntimos. Esta situación y estos problemas favorecen la aparición de síntomas que pueden ser confundidos con los de las enfermedades o ser atribuidos a éstas; pero, igualmente, puede suceder todo lo contrario, y es que el propio envejecimiento avanzado motive la soledad y el aislamiento simuladores de una depresión, la cual se intenta tratar de una manera rutinaria, como si se tratase de la del joven o adulto.

Por otro lado, Jiménez Herrero (1988) hace hincapié sobre el hecho de que la geriatría no es una especialidad exclusiva para pacientes crónicos; frente al concepto de cronicidad la Geriatría defiende la importancia de la **prevención**, aún en los ancianos con patología múltiple e invalidante pues también éstos

tienen riesgos y padecen crisis que requieren prevención, tratamiento y terapéutica. Así, la geriatría preventiva se constituye como punto de encuentro de medidas multidisciplinares que, con una actuación conjunta y a distintos niveles, pueden ser eficaces. El nivel primario viene conformado por las siguientes medidas: educación para el envejecimiento, preparación para la vejez o para la jubilación, mejoras de la vivienda y la alimentación, estímulos sociales, economía suficiente, controles periódicos de salud, etc. El nivel secundario se basa en dichos controles de salud, ya que mediante el descubrimiento de desequilibrios latentes permitirá la corrección de los déficits o disfunciones que se inician. Y, en el nivel terciario se realizará una atención y terapia que respete o restablezca la autonomía del anciano, cuando se produzcan las crisis; estas actuaciones se realizarán a través de la ayuda al mantenimiento en el propio domicilio, el alojamiento o hábitat adecuado, o la hospitalización oportuna en un servicio geriátrico.

La prevención de las enfermedades geriátricas es estudiada por Rubies Ferrer (1989) a través de los factores de riesgo que las provocan y que son de dos tipos: generales y personales. El primer tipo engloba la raza, el clima, el trabajo, etc. y se usan datos provenientes de la ecología. Los de tipo personal están orientados a las enfermedades más graves de la vejez, como son la arterosclerosis o la artrosis. También otros autores, como San Martín y Pastor y Aldeguer (1990), han subrayado la necesidad de intervenir sobre los factores de riesgo como estrategia para el logro de una prevención eficaz no sólo de las enfermedades sino también del envejecimiento prematuro.

2.4. Gerogogía.

Por último, queremos exponer el concepto **Gerogagia** (o **gerontogagia**), ésta, según Richard y Munafó (1993), es la ciencia de la educación del anciano. Otros la han denominado **gerogogía** (Moreno Lara, 1988), este término procede del griego *geron*, anciano y *gogein*, educar, y fue propuesto por el First National Congress on Educational Gerontology (Virginia, junio 1976) para designar, como su etimología indica, la educación específica de los mayores. La doctora Margaret E. Hartford, profesora de Gerontología en la Universidad de California, acuñó este término definiéndolo como «el arte y la ciencia de enseñar a los mayores».

Realizamos aquí una pequeña digresión para referirnos a las **Gerocomias**, pues este término alude, asimismo, a aspectos relacionados con la educación para la salud en la vejez. Las Gerocomias son, pues, los libros en los que se ofrecían normas alimentarias y de cuidados para las personas de edad. A este respecto, Jiménez Herrero (1989) explica que las ideas de Cicerón y los consejos dietéticos de las Gerocomias constituyeron, durante casi mil años, todo el conocimiento que se tenía para llegar a la vejez con la mejor salud posible, aunque por la prevalencia del sentimiento religioso, eran los principios bíblicos los que regían a la hora de evaluar si se merecía o no longevidad.

3. El fenómeno del envejecimiento y la vejez como etapa vital. Una visión actual.

Ya se acepta en la actualidad que el envejecimiento comienza al nacer y que la edad es un continuo variable, de ahí que la división en categorías de edad para

establecer las diferentes etapas de la vida sea un criterio erróneo, de hecho esta concepción está originada y establecida por cada cultura, y se ha hecho realidad en cada sociedad, así también podemos ver como históricamente estas divisiones han sido modificadas, bien por el aumento de la esperanza de vida o por otros factores socioculturales o avances científicos. Sin embargo, no sólo es errónea una división estática (ésta es insostenible teniendo en cuenta las diferencias históricas, sociales o culturales) sino que, además, en una misma sociedad y cultura, y en un mismo momento histórico, podemos encontrar que las personas envejecen a ritmos distintos, ya que las diferencias interindividuales son muchas (debido a las circunstancias particulares de cada uno, a su propia biografía), al igual que las intraindividuales. Por otro lado, considerando la edad como un continuo variable es inevitable romper con todos los conceptos basados en la edad para identificar etapas de la vida con sus características peculiares; la vida de una persona y su desarrollo o evolución es algo mucho más complejo que, evidentemente, no depende tan sólo del cumplir años.

El envejecimiento no es, por tanto, un fenómeno homogéneo ni uniforme, sino altamente diferencial y asincrónico en sus manifestaciones. Hay una gran variación en el envejecimiento interindividual, cada persona envejece de una manera diferenciada, y no todos envejecemos a la misma velocidad. Por otra parte, es un hecho la gran diversidad intraindividual: no todos los órganos o aparatos de un mismo individuo envejecen al mismo ritmo y con la misma intensidad. Cabe también decir que el envejecimiento es una creación sociocultural y

un fenómeno sociocultural, pues cada cultura y cada sociedad lo vive y lo interpreta de una manera distinta; pero, a la vez, la cultura y la sociedad son también modificadas por los efectos del envejecimiento de la población (no sólo por los cambios que comporta en la estructura de edad de la población y las consecuencias que paralelamente se producen a nivel social, económico y sanitario, sino también por el modo de entender y vivir el envejecimiento que se está extendiendo en nuestras sociedades y que se orienta al desarrollo de la vejez como etapa vital, como explicamos a continuación).

Además, la vejez debe ser entendida como una etapa más de la vida de toda persona (vejez como etapa vital). Esta es quizá la concepción más indefectible y equilibrada, asimismo, es la más novedosa y utilizada en estos últimos años por los sectores más innovadores dentro de la gerontología, aunque se ha extendido de tal forma que ahora es esta visión la que prima, por lo que está apareciendo como lema o tema genérico de Congresos y Jornadas Gerontológicas (el 4º Congreso Nacional de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, celebrado en Murcia en 1991, se denominó "La vejez una etapa de la vida"). Desde esta perspectiva se consideran y valoran especialmente los aspectos positivos de este período de la vida. Así, por poner un ejemplo, Moragas Moragas (1991) señala que, según esta concepción, la vejez tiene "unos potenciales únicos y distintivos: serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, que pueden compensar, si se utilizan adecuadamente, las limitaciones de esta etapa de la vida" (p.24). Sin embargo, este gerontólogo recomienda el tener en cuen-

ta todas las dimensiones, todas las variables de la persona. Friedan (1994), por su parte, mantiene que las cualidades y la forma de pensar que aparecen con más claridad en la vejez son: un empeño en decir la verdad, una falta de paciencia para los detalles y datos irrelevantes, y el concentrar la atención en las cuestiones que son realmente importantes (p.256); además, destaca las características de confianza, sensatez, capacidad, comprensión e identidad, y reclama la necesidad de "mirar de verdad esa cara fuerte de la vejez" (p.134). Se pueden discutir algunas o muchas de estas características en casos individuales, pero la realidad es que éstas están presentes en las personas mayores que se han resistido a dejarse vencer por los falsos tópicos e imágenes que sobre ellos tiene la sociedad actual. Por ello, estas características deben ser potenciadas en nuestro trabajo con los mayores, si nuestro objetivo es lograr el buen envejecer.

Para concluir, en nuestra opinión, la vejez como etapa vital abarca todas las dimensiones de la persona, por ello, creemos que esta perspectiva o concepción de la vejez es la más completa y certera, por lo que es la que utilizaremos en nuestro trabajo de manera implícita y explícita de aquí en adelante.

4. Geragogía de la salud.

La salud es una de las mayores preocupaciones en la vejez pues incide directamente en la calidad de vida de la persona; por ello, es fundamental promover y mejorar la salud, especialmente en esta etapa de la vida. Ello es contemplado en el Plan Gerontológico que actualmente se está desarrollando en nuestro país, donde se señala la educación para la salud como

una de las medidas esenciales para lograr este objetivo. Hay que decir, a este respecto, que la educación para la salud aporta los medios necesarios para retrasar el envejecimiento y lograr una vejez saludable y satisfactoria. De este modo, puede ser entendida como una medida de la gerontología o de la geriatría preventiva, especialmente, en el nivel primario de ésta.

4.1. La educación para la salud y los estilos de vida.

La educación para la salud hace referencia a las experiencias de aprendizaje creadas para modificar los conocimientos, los hábitos y las actitudes en beneficio de la salud. Por ello, creemos que es una herramienta básica para promover estilos de vida (entendiendo aquí, no sólo las conductas, sino también los valores y las actitudes) saludables. Y éstos, como indica Pelletier (1986), son considerados como uno de los factores fundamentales en la previsión de la longevidad y de una vida más saludable:

"Es claramente evidente que las variables psicosociales y las prácticas de estilo de vida establecidas ya en la adolescencia son los factores singulares de previsión más significativos sobre la salud en la edad adulta y sobre la longevidad, e incluso sobre la pauta y la naturaleza de la experiencia de la muerte. Los factores psicosociales tienen una influencia tan formidable que, en realidad, se superponen a los determinantes genéticos y biológicos" (p.196).

Más adelante, este mismo autor, vuelve a subrayar la gran influencia de los estilos de vida sobre la salud, así, señala que "a pesar de la sofisticación de las investigaciones genéticas, bioquímicas y

neuroendocrinas, *el factor de previsión singular más preciso sobre la longevidad es el estilo de vida*" (p.203)(*el subrayado es mío*).

Por todo ello, y en nuestro objetivo de conseguir no sólo una mayor cantidad sino, también, calidad de vida, es fundamental la intervención para modificar los estilos de vida de la persona (compuesto por sus reacciones habituales y pautas de conducta en respuesta a sus condiciones de vida sociales, culturales y económicas) orientándolos hacia el desarrollo de la salud. Y, asimismo, es conveniente actuar sobre los factores del entorno que influyen en los estilos de vida.

Lemos (1994), basándose en dos investigaciones longitudinales referidas a la relación entre el estado de salud y siete actividades o características conductuales, realizó un análisis de los resultados de ambas y, en concreto, de la influencia de dichas conductas sobre la salud del grupo de más edad (60 a 69 años) llegando a las siguientes conclusiones:

- el riesgo de muerte aumenta cuanto menor es el *ejercicio físico*, siendo superior en las mujeres;
- el *consumo de tabaco* tiene mayor relación con el riesgo de muerte en los varones que en las mujeres; lo mismo ocurre con el *consumo de alcohol*;
- cuando el *peso corporal* se acerca al promedio hay un menor riesgo de muerte, que se incrementa en situaciones de bajo peso;
- en cuanto a los *patrones de sueño*, las tasas más bajas de muerte corresponden a los que duermen entre 7 y 8 horas diarias, incrementándose el riesgo de muerte en los sujetos que sobrepasan o están por debajo de este nivel;

- existe una relación entre desarreglos en el *hábito de desayunar* y el riesgo de muerte, pero los resultados estadísticos no son significativos; y,
- no se ha apreciado relación significativa entre comer entre horas y riesgo de mortalidad, controlando el estado de salud física original. Pero se observa que, en el grupo de varones de 60-69 años, la tasa de mortalidad es casi un 10% más elevada en aquellos que casi siempre comen entre horas que en los que manifiestan no hacerlo habitualmente.

Lemos (1994, p.99) subraya que "estos hábitos de vida han mostrado una relativa independencia entre sí, excepto correlaciones moderadas entre fumar, beber y no desayunar, observándose tendencia hacia un efecto acumulativo sobre el riesgo de muerte".

Por otro lado, se observa, en la mayoría de las investigaciones sobre los estilos de vida, que hay un *incremento de los hábitos saludables en función de la edad*, especialmente, a partir de la segunda mitad de la vida. Y, dentro de esto, parece ser que tanto el sexo como el nivel educativo guardan relación con las conductas de promoción de la salud. En cuanto al sexo, y según los resultados observados en Walker et al.³ y Volden et al.⁴ (investigaciones citadas por S.Lemos, 1994), se observa que las mujeres puntúan más alto en las dimensiones de responsabilidad hacia la salud, ejercicio, nutrición y soporte interpersonal, y los hombres puntúan más alto en medidas de auto-aceptación.

Por todo ello, podemos reafirmar la gran influencia de los estilos de vida en el desarrollo de una vejez saludable. Si a ello unimos el progresivo interés por la

salud observado con la edad en diferentes investigaciones, creemos que una intervención adecuada a través de la educación para la salud dirigida a las personas mayores puede llevar al logro de un envejecimiento saludable y satisfactorio. Por último, debemos recordar, a este respecto, que esta situación de salud que pretendemos favorecer no puede ser absoluta porque interviene en todo momento el ambiente de vida (económico, social y cultural) del sujeto; así, según San Martín y Pastor y Aldeguer (1990. p.418), el individuo siente su situación de salud “como «alegría de vivir» o como armonía entre el organismo biológico-mental y el ambiente culturosocial que incita a la acción, a la creatividad”.

Antes de terminar este párrafo y como preámbulo al tema de la calidad de vida queremos hacer referencia a un factor subrayado por Arie⁵, y recogido por Lehr (1994), relacionado con la necesidad de resultar atractivo en la vejez. Según estudios realizados por dicho autor parece ser que las personas mayores que son más autosuficientes y necesitan menos de los estímulos de otras personas suelen resultar más atractivas y reciben más estímulos. Es por ello por lo que se plantea la importancia de aprender a resultar atractivos en la vejez porque de alguna manera éste constituye un factor que garantiza la calidad de vida, ya que estas personas son objeto de más ayuda y se les presta más atención que a los ancianos depresivos y menos interesantes que, en suma, requieren más estímulos positivos.

4.2. Calidad de vida y vejez.

Para Aranguren (1992) la calidad de vida es “el conjunto de cualidades que hacen satisfactoria, amable, la vida, que

proporcionan si no tanto como felicidad, si contento, satisfacción” (p.88), estas cualidades son el bienestar y la compañía. Por bienestar se entiende aquí no sólo la salud física y psíquica sino también la calidad moral de vida, tener la “conciencia tranquila”, y la calidad estética de la propia vida (referida al espacio vital -la casa, el medio ambiente, el cuerpo, etc.- y, también, a las condiciones temporales -empleo satisfactorio del tiempo de trabajo y del tiempo de ocio-) que supone un cierto nivel de recursos económicos, pero no sólo ésto. Con la compañía se alude al amor, a la amistad y la solidaridad recíprocas y, en este sentido, Aranguren (1992) argumenta que, en la actualidad, se desarrolla un *vivir para* los demás, que estriba en *vivir ante* los demás, ante los que se desea ofrecer una imagen autosatisfactoria, y lograr más cosas que los otros, consumir más, conseguir más reputación, poder, etc. Ésta constituye, según Aranguren, la deformación en la calidad de vida más característica de nuestro tiempo.

Como Aranguren (1992) pensamos que la edad en la que la calidad de vida puede lograr su máxima entidad es la edad adulta, no obstante, podemos extenderla al período de vejez vivido con salud, lo que Aranguren entiende como tercera edad -período que se vive a continuación de la adultez y en la que la persona *sabe viejo* pero no *se siente viejo*- y es por ello que entre los objetivos de este artículo destacamos la sensibilización y acercamiento al proceso de envejecimiento para que, mediante su comprensión, se pueda aceptar como algo natural la vejez como una etapa más de la vida y, como tal, susceptible de vivirla con una buena calidad de vida y todo lo que esto implica.

Queremos, asimismo, desterrar, de una vez por todas, las falsas creencias que asocian la ancianidad al deterioro, limitaciones, enfermedades, etc. Pero es preciso añadir aquí, una vez más, que el logro de una vejez plena y satisfactoria está en primer lugar, en manos del propio individuo, y también, obviamente, puede ser facilitada o perjudicada por la sociedad.

San Martín y Pastor Aldeguer (1990) ofrecen otra perspectiva en la que se explicita y desarrolla uno de los aspectos ya señalados por Aranguren, ya que estos autores apuntan que la calidad de vida hace alusión no sólo a lo objetivo que nos rodea, los estímulos que se perciben, la relación con otras personas y con el ambiente en el que se vive sino también a cómo el sujeto percibe todo ello y el valor que le da⁶. Por ello afirman que se trata de un concepto dinámico, en el sentido que constituye un proceso socioeconómico, cultural y sociopsicológico de producción de «valores», positivos y negativos, referentes a la calidad de nuestra vida social, de distribución social de estos mismos valores, de percepción social de los valores por la población (pp. 369-370).

Y, como proceso dinámico, variable y de asociaciones causales múltiples, el análisis de la calidad de vida es complejo ya que, como se ha explicado, en ella interactúa un acervo de elementos de origen y características muy diferentes. Según dichos autores el estudio de este concepto requiere un análisis científico, individual y colectivo, de las condiciones objetivas y subjetivas de la vida de la gente relacionados con su bienestar social; así, se tratará de identificar y observar los problemas y necesidades, las opiniones, los valores, actitudes y sentimientos, tanto de los individuos como de los

grupos sociales. Consecuentemente, San Martín y Pastor y Aldeguer (1990, pp.370-371) agrupan los elementos que conforman la calidad de vida en varios niveles - para la realización de una investigación al respecto-:

- “elementos objetivos y materiales necesarios e indispensables para la vida del hombre”;
- formas de distribución de los elementos que satisfacen las necesidades;
- sistemas de valores culturales e interrelaciones entre las culturas existentes;
- valores y bienes inmateriales necesarios para el desarrollo mental e intelectual del individuo;
- “forma y elementos que relacionan el bienestar individual, familiar y social con los sistemas sociales de producción de bienes y servicios materiales e inmateriales que se ofrecen a la sociedad”;
- “elementos subjetivos que mediatizan la percepción de los valores y de los elementos que conforman la calidad de vida la cual, a su vez, condiciona los sentimientos de satisfacción y de bienestar social e individual”.

Además, para la investigación que dichos autores describen, establecen y presentan, igualmente, los modelos, los criterios de medición y los elementos fundamentales de la calidad de vida y bienestar de la población. En primer lugar distinguen tres etapas de modelos analíticos que pueden representar la calidad de la vida de una población, y explican que se utilizará un tipo u otro dependiendo de la disponibilidad y fiabilidad de la información accesible. Estos modelos son:

1. Modelo Descriptivo:

Se describen los elementos y valores influyentes en la calidad de vida de la comunidad estudiada, y su distribución.

2. Modelo Analítico:

En éste se estudian «las normas y determinantes sociales que condicionan y regulan la producción, la distribución y el consumo social de los valores de la calidad de la vida y del bienestar social» además de la percepción de dichos valores por parte de la sociedad y el grado de utilización real de éstos.

3. Modelo Pragmático.

Este modelo aborda el ámbito de los medios, especialmente políticos, que conducen al bienestar social; también estudia el modo de mejorar la percepción de los valores de la calidad de la vida para que todos los sujetos sean conscientes de su existencia, y la utilización de dichos valores.

Por otro lado, y haciendo un inciso, queremos puntualizar que para San Martín y Pastor y Aldegue (1990) el concepto «calidad de vida» es más global que el de «nivel de vida» al que engloba, además de los «modos de vida» y el «bienestar» (como ya afirmaba Aranguren, 1992).

Para medir la calidad de vida, tal como señalan dichos autores, se deben considerar los siguientes criterios básicos:

- «aptitud que posee una persona para asumir los roles y actividades sociales en forma adecuada»,
- «mantenimiento de la capacidad intelectual normal en cada período de la vida»,
- «bienestar individual y colectivo» o sentimiento de satisfacción general con la vida. Este es el criterio que San Martín y Pastor y Aldegue encomian.

Por último, los elementos fundamentales en la calidad de vida y bienestar

de la población son en opinión de San Martín y Pastor y Aldegue (1990): (1) *elementos del ambiente social* (se incluyen aquí las relaciones, estructuras, funciones, actividades, nivel de vida, etc.); (2) *igualdad o desigualdad de oportunidades sociales y grado de participación de la población en los asuntos sociales o comunitarios*; (3) *percepción objetiva y subjetiva de la calidad de la vida y del bienestar por parte del individuo y la comunidad*; (4) *situación de salud individual y colectiva*; (5) *desarrollo de la personalidad, cultura y educación*; (6) *trabajo y empleo*, la calidad de éstos y sus riesgos; (7) *situación económica personal-familiar en relación al costo de vida*; y (8) *modos o estilos de vida*. Pero además de éstos existen otros factores que determinan la calidad de vida y el bienestar, éstos son: (9) *aspectos del ambiente físico-biológico* (clima, altitud, condiciones geográficas, flora, fauna, etc.); (10) *bienes y servicios disponibles*, cantidad y calidad, tipos, etc.; (11) *seguridad de las personas*; (12) *accesibilidad física, geográfica, económica, cultural, educativa, artística, empleo, vivienda, etc.*; (13) *reposo, deporte, vida cultural y artística*; (14) *nivel de vida de la comunidad*; y (15) *otra información*.

4.3. La educación para la salud en la vejez o gerogogía de la salud.

El cuerpo, en la vejez, puede ser un factor limitante tanto física como psíquicamente (por la imagen negativa que hoy tienen las arrugas, las canas, la calvicie, el encorvamiento, etc.), por ello, es fundamental desarrollar un estilo de vida sano que permita una vida activa e independiente, lo cual puede facilitar no sólo la salud física sino, también, la mental y la

social. A través de la educación para la salud se facilitan las modificaciones de conducta y las actitudes orientadas a la salud; sin embargo, debemos aclarar que el cambio del estilo de vida, en estas edades, presenta ciertos obstáculos que deben ser considerados:

- "Costumbres y hábitos muy arraigados, siendo laboriosa su modificación.
- Menor capacidad de aprendizaje y memoria de fijación.
- Frecuente presencia de patologías orgánicas (insuficiencia vasculocerebral crónica, etc.)" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984, p.30).

Esto no significa que la educación para la salud no sea una actividad viable en las personas mayores, simplemente implica que el aprendizaje de los nuevos conocimientos y destrezas será más lento y su logro estará altamente condicionado por el método que se utilice. En este sentido, el método que se recomienda, ya que es el más efectivo en estas edades por ser el más directo, es el diálogo interpersonal entre el educador para la salud y el anciano y/o su familia (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984). Las actividades grupales como charlas, mesas redondas o conferencias pueden ser utilizadas como método de apoyo al anterior; este último tipo método -grupal- por sí solo no suele tener grandes incidencias en sus receptores. Los cambios adoptados en pro de la salud suelen ser muy escasos tras la participación, generalmente pasiva, en este tipo de actividades.

En cuanto a los contenidos de la educación para la salud en la vejez, nuestra propuesta se desarrolla a través de dos grandes apartados:

1. Factores de riesgo para la salud.

Entre los factores que deterioran nuestra salud física, psíquica y social, aceleran el proceso de envejecimiento y pueden provocar enfermedades, destacan los siguientes:

- Soledad. Aburrimiento.
- Sedentarismo.
- Estrés.
- Cualquier enfermedad (hipertensión arterial, osteoporosis, diabetes, artrosis, etc.).
- Hábitos tóxicos:
 - Tabaquismo
 - Alcoholismo
 - Automedicación y sobremedicación
- Hipernutrición e hipoalimentación.
- Obesidad.

2. Factores que favorecen la salud y la calidad de vida en la vejez.

- Sueño y descanso.
- Ejercicio físico.
- Chequeos periódicos.
- Termalismo.
- Alimentación.
- Sexualidad.
- Higiene personal.
- Higiene de la vivienda. Prevención de accidentes domésticos.
- Participación sociolaboral.
- Actividad intelectual. Filosofía de vida positiva.

Así, la gerogogía de la salud, o educación del anciano en temas de salud, centrará su actuación en dichos factores y lo hará a través de métodos en los que haya una relación directa con el anciano y en los que será de gran importancia la motivación de éste; para ello el empleo de la simulación y el estudio de casos pueden ser métodos adecuados. Aunque, lógica-

mente, habría que partir de un estudio de la población sobre la que se quiere intervenir, especialmente, de su jerarquía de necesidades y sus aspiraciones.

5. Conclusiones.

Cuenta Díaz-Plaja (1995), en su interesante y reciente libro sobre el arte de envejecer, que Azorín prefería usar el arcaísmo "vejecer", pues cuando utilizamos el término envejecer parece que es la fuerza de la edad la que conduce a la persona hasta el final de sus días, sin embargo, cuando decimos vejecer se interpreta como si el propio individuo guiara su ancianidad. O sea, según esto cada uno es de alguna manera el constructor de su vejez, por lo que depende de cada persona en particular el vivir una senectud plena y satisfactoria. También Lehr (1994), entre otros autores, hace referencia a este aspecto, así, esta autora hace hincapié en el hecho de que un envejecimiento satisfactorio, junto con un bienestar psicofísico, es una tarea del individuo, pero también, obviamente, de la sociedad. Añade, además, que es labor de cada uno el informarse y adaptarse pero, asimismo, para lograr dicho objetivo es necesario que ya durante la infancia y la adolescencia se estimule y enseñe la actividad física, social y mental. Podríamos concluir este párrafo recogiendo una idea que se ha difundido ampliamente y es que se envejece tal y como se ha vivido: la vejez no es más que la consecuencia del estilo de vida desarrollado por el individuo durante toda ella.

Pero también, como se ha señalado, existe una influencia de la sociedad sobre la concepción y la definición de la vejez, así como del resto de etapas de la vida, y

es tarea de ésta el logro del bienestar en la ancianidad, por ello y en relación a las personas mayores actuales creemos que además de unas políticas sociales y sanitarias adecuadas y del importante papel que las estructuras informales de apoyo, como son la familia, los amigos y vecinos, los voluntarios y las organizaciones no lucrativas, pueden adoptar en la mejora de la calidad de vida y la integración social de las personas de edad, la gerogogía de la salud es, igualmente, una estrategia oportuna y eficaz en el logro de una vejez saludable. Las restricciones que los ancianos actuales pueden presentar en el tema de salud debido a factores culturales y biográficos -de hecho la mayoría de las personas de edad de hoy tienen un bajo nivel de estudios- o a falta de información -ya que la que se difunde no es accesible a todos y, generalmente, suele llegar a quiénes menos la necesitan-, entre otros, pueden ser superadas a través de actividades desarrolladas dentro del ámbito de la educación para la salud.

En suma, la calidad de vida en la vejez es una tarea posible con el esfuerzo de todos y de cada uno en particular, y aunque defendemos la necesidad de preparar desde la infancia para ello, también es factible intervenir en las personas mayores de hoy a través de la optimización de las diferentes dimensiones de la salud; el logro de este objetivo pasa, fundamentalmente, por las actividades y estrategias orientadas desde la gerogogía de la salud.

Bibliografía

- Arbelo Curbelo, A., Hernández Rodríguez, G. y Arbelo López de Letona, A. (1989). *Demografía sanitaria de la ancianidad*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Díaz-Plaja, F. (1995). *El arte de envejecer*. Oviedo: Nobel.
- Jiménez Herrero, F. (1988). Geriátría, punto de encuentro interdisciplinario. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 23 (1), 45-50.
- Lehr, U. (1994). La calidad de vida de la tercera edad: una labor individual y social. En J. Buendía (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp.353-371). Madrid: Siglo XXI de España.
- Lemos, S. (1994). Estilos de vida y salud en la vejez. En J. Buendía (comp.) *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp.89-105). Madrid: Siglo XXI.
- López Aranguren, J.L. (1992). *La vejez como autorrealización personal y social*. Madrid: INSERSO.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1984). *Guía para la elaboración del programa del anciano en atención primaria de salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Moreno Lara, X. (1988). *Triunfar en la 3ª Edad*. Bilbao: Mensajero.
- Moragas Moragas, R. (1991). *Gerontología social. Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Moragas Moragas, R. (1992). Gerontología, profesiones y enfoque interdisciplinario. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 27 (2), 57-59.
- Pelletier, K.R. (1986): *Longevidad. Cómo alcanzar nuestro potencial biológico*. Barcelona: Hispano Europea.
- Richard, J. y Munafo, A. (1993). Conocimientos gerontológicos necesarios para una adecuada asistencia psicogeriátrica. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 28 (2), 89-95.
- Rubies Ferrer, J. (1989). Visión rápida sobre la geriátría y la gerontología. *Geriátrika*, 5 (7), 387-389.
- San Martín, H. y Pastor y Aldeguer, V. (1990). *Epidemiología de la vejez. ¿Qué edad tendrá usted cuando cumpla 70 años?*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España.

Notas

- 1 Entre éstos cabe destacar por su éxito a nivel internacional el Gerovital H₃, de la famosa doctora rumana Ana Aslan, al que se le asignan efectos terapéuticos y profilácticos en los fenómenos de envejecimiento prematuro y, también, en las enfermedades de la vejez, entre otras muchas indicaciones. Otro tratamiento muy popular a nivel internacional es el Ginseng al que, entre otras cualidades, la tradición china le atribuye propiedades que retrasan el envejecimiento. Otro terapéutica tradicional es la Jalea Real que, según algunos autores, tiene resultados rejuvenecedores sobre el organismo y aumenta la longevidad. Estos tratamientos constituyen sólo un ejemplo de la gran difusión que han tenido las propuestas realizadas con el fin de conseguir rejuvenecer y lograr una mayor longevidad.
- 2 No obviamos el hecho de que esta afirmación no deja de ser una generalización, pero ello no repercute significativamente en la veracidad de nuestro discurso.
- 3 Walker, S.N. et al. (1988). Health-promoting Life Style of Older Adults: Comparisons with Young and Middle-aged Adults, Correlates and Patterns. *Advances in Nursing Science*, núm.11, pp.76-90.
- 4 Volden, C. et al. (1990). The Relationship of Age, Gender, and Exercise Practices to Measures of Health, Life-style, and Self-esteem. *Applied Nursing Research*, núm.3, pp.20-26.
- 5 Arie, T. (1980). «Some Issues for the Future of the Elderly», ponencia presentada en el simposium sobre Gerontología en Colonia, febrero.
- 6 También Lehr (1994) alude a la importancia de tener en cuenta la percepción que los ancianos experimentan ante las medidas que, desde el punto de vista de personas que se encuentran generalmente en la adultez, se desarrollan para mejorar su calidad de vida.