



GOBIERNO DE ITALIA



NAIONES UNIDAS

CEPAL

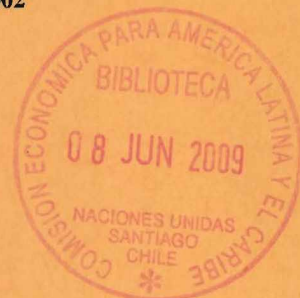
CELADE- DIVISION DE POBLACION



FONDO POBLACION DE NACIONES UNIDAS

CURSO
**CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS MAYORES:
INSTRUMENTOS PARA EL SEGUIMIENTO POLITICAS Y PROGRAMAS
EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACION REGIONAL
DEL PLAN DE ACCION INTERNACIONAL DE ENVEJECIMIENTO, MADRID 2002**

CELADE- División de Población, CEPAL
Santiago de Chile, 25 de Agosto – 12 de Septiembre, 2003



Módulo III

Calidad de vida de personas mayores

Unidad

301 "Calidad de vida en la vejez y Bienestar subjetivo"

301.435
C977
2003
V. 3 P. 1



BIBLIOGRAFÍA BASICA

Módulo III. Calidad de vida de personas mayores

- Fernández Ballesteros, Rocío (1998): *Calidad de Vida: Las Condiciones Diferenciales*. Psychology in Spain, Vol.2, N°1, pp. 57-65. (Traducción al español por Silvia López Luna)
- Barros L. Carmen y Herrera M. Soledad (2003): *Calidad de Vida de los Adultos Mayores*. Documento preparado como Material Docente del Curso Calidad de Vida de Personas Mayores. Instrumentos para el Seguimiento de Políticas y Programas, CELADE-División de Población de la CEPAL, 25 de agosto al 12 de septiembre de 2003.

78 21
2002
C472
301435

CALIDAD DE VIDA: LAS CONDICIONES DIFERENCIALES

De Rocío Fernández-Ballesteros
Universidad Autónoma de Madrid

Traducido al español por Silvia López Luna

La Calidad de Vida es un concepto complejo, difícil de definir en términos de funcionalidad. Sin embargo, es posible establecer una característica principal: su multidimensionalidad; Es decir, la calidad de vida, como la vida misma, cuenta con ingredientes múltiples. Es más, la calidad de vida en la vejez depende del contexto o las circunstancias en las que vive la gente. En nuestro estudio se preguntó sobre diferentes dimensiones de la calidad de vida a sujetos mayores de 65 años que viven en su propio domicilio o en instituciones públicas o privadas, de diferentes edades, de diferente sexo y de diferente nivel socio-económico. Se llegó a la conclusión de que los ingredientes de la calidad de vida dependen del estilo de vida (en casa o en las instituciones) y de las condiciones personales (la edad y el sexo).

INTRODUCCIÓN

Un considerable número de estudios ha intentado, recientemente, definir o estudiar el concepto de "calidad de vida" (para un repaso, ver Fernández-Ballesteros 1993, 1998). Realmente se puede decir que ha sido extraordinario el progreso de la investigación en esta construcción, cuya evidencia se puede encontrar en una gran variedad de bases de datos bibliográficas -ecológicas ("Urban"), biológicas ("Biosis"), médicas ("Medline"), psicológicas ("Psychlit") y sociales ("Sociofile")-. Por ejemplo, en 1969 no había ninguna referencia en "Urban", una en "Biosis", una en "Medline", 3 en "Psychlit" y 2 en "Socifile", en 1995 encontramos en las mismas bases de datos, 112, 1379, 2242, 187 y 137 respectivamente. De las frecuencias acumulativas para cada una de estas bases de datos, mostradas en la Tabla 1, podemos afirmar que ha habido un interés creciente sobre la calidad de vida en diversos campos científicos, pero que mientras que la progresión ha sido aritmética en los campos de estudios urbanísticos, psicológicos y sociales, en los biológicos y en la literatura médica, ha sido exponencial.

Como se ha señalado en otro lugar (Fernández-Ballesteros, 1998), desde una perspectiva semántica, el término "calidad" se refiere a ciertos atributos o características de un objeto particular (vida), y en cambio, el término "vida" es más amplio y envuelve a los seres humanos. El problema inicial es que la vida puede analizarse desde diferentes perspectivas, por ello la calidad de vida debe ser necesariamente un concepto multifacético. Los ecologistas y biólogos están interesados en la calidad de los nichos ecológicos que contienen más o menos formas complejas de vida y emplean indicadores como la pureza del agua, balanzas naturales entre las especies, la deforestación, etc. Los científicos sociales (economistas, sociólogos, etc.) se preocupan del bienestar de las poblaciones y utilizan medidas socio-económicas (como Productos Locales Brutos o ingresos per capita), o sociales como el índice de delitos, indicadores de la desintegración de la familia, etc.

TABLA 1**Aumento en referencia a “ la calidad de vida” en cinco bases de datos**

	URBAN	BIOSIS	MEDLINE	PSYCHLIT	SOCIOFILE
1969	1	1	1	3	2
1995	112	1.379	2.242	187	127
1967- 1974	-	20	61	62	109
1975- 1979	14	160	1.051	162	346
1980- 1984	33	394	1.695	404	507
1985- 1989	200	1.575	3.685	877	640
1990- 1995	593	5.821	10.641	1.583	881

Finalmente, desde un punto de vista médico, para garantizar la calidad de vida, se han empleado indicadores epidemiológicos y socio-demográficos (como el índice de mortalidad, la esperanza de vida o la mortalidad infantil). Sin embargo, el ingreso per capita, el índice de delitos o la esperanza de vida, a pesar de ser indicadores importantes del nivel de desarrollo económico, social o sanitario de un grupo determinado, no parece reflejar totalmente el ser humano.

Al intentar definir el concepto de QOL (Calidad de Vida), se debaten dos argumentos: 1) Algunos postulan que la calidad de vida se refiere, exclusivamente a una percepción subjetiva del individuo sobre ciertas condiciones, mientras que otros consideran que el concepto debe incluir una consideración de ambas, de las condiciones subjetivas (relacionadas con la evaluación del sujeto o con la apreciación de las diferentes condiciones de vida) y de las condiciones objetivas (las mismas condiciones, pero evaluadas independientemente del sujeto); 2) No hay acuerdo sobre si la calidad de vida debería referirse a un concepto ideográfico, en el sentido de que es el sujeto quien debe establecer sus ingredientes, o si se debe establecer un criterio general sobre la calidad de vida para todos los sujetos, lo que constituye un concepto nomotético.

Respecto a la controversia objetivo/subjetivo , tal y como se señalaba en otro estudio (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993), y en contra de lo que proponen otros autores que definen la calidad de vida como una variable subjetiva (ver por ejemplo, WHOQL, 1993), nosotros mantenemos que un modo de calidad de vida reduccionista – ya sea exclusivamente subjetivo o exclusivamente objetivo- únicamente logrará empobrecer e invalidar un concepto que, por su propia naturaleza, es extraordinariamente diverso. La vida establece unas condiciones objetivas y la existencia humana proporciona conciencia y reflexión, es decir, subjetividad. No se puede ignorar ningún tipo de condición, en ninguna consideración de la calidad de vida de un sujeto o de un grupo de sujetos determinado. Por ejemplo, mientras que podríamos considerar como un incuestionable ingrediente el apoyo social del cual disfruta el sujeto (esto es, después de todo, una necesidad humana básica), se refiere

a un hecho objetivo, es decir, al número de relaciones que un sujeto dado establece o mantiene en un período de tiempo determinado (sin relaciones humanas no puede haber apoyo); no menos importante, sin embargo, es la condición subjetiva de la satisfacción que siente el sujeto en sus relaciones sociales (ver Lawton, 1991). Al mismo tiempo, Sampson nos advierte del peligro de proponer definiciones exclusivamente subjetivas de conceptos sociales ; es decir, obviamente, abandona objetivos para modificar condiciones sociales *reales* relevantes y se concentra solamente en los conocimientos de las gentes que, de hecho, pueden estar viviendo en un paraíso falso.

Consideremos ahora la otra cuestión, igualmente importante, que plantea si es posible establecer un concepto nomotético, o general, de la calidad de vida que sea aplicable a todos los individuos, o si, por otra parte, debería ser el propio sujeto quien definiera el concepto. Dado que la QOL se refiere a los aspectos subjetivos (aunque no exclusivamente a ellos), algunos autores mantienen que solo el sujeto puede decidir los elementos que determinan la calidad de su vida (ver, por ejemplo, Browne, O'Boyle, McGee, Joyee, McDonald, O'Malley and Hiltbrunner, 1994). Como alguien señaló en algún lugar, dado que las necesidades humanas básicas son bastante generales, es bastante improbable que los componentes de QOL señalados por dos seres humanos diferentes, difieran en gran medida; lo que es probable es que ciertos componentes tengan más peso que otros en determinados momentos o en determinadas situaciones; Así, por ejemplo, la salud se considera un ingrediente indiscutible de QOL; sin embargo, para la gente joven con salud su importancia es secundaria frente las relaciones sociales o de trabajo (Ruiz y Baca, 1993), mientras que para las personas mayores, la salud (cuya pérdida se teme o es ya una realidad parcial) adquiere gran importancia, por encima de cualquier otra condición. En resumen, nuestra propuesta se basa en la noción de que es posible establecer un concepto sobre la calidad de vida general o nomotético, aunque es también posible atribuir valores relativos –según el sujeto- a las variables implícitas, lo que origina un concepto de QOL casi ideográfico (Fernández-Ballesteros, 1998: Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996).

Sin embargo, lo que está claro es que, dejando aparte los conceptos subjetivo-objetivo y nomotético-ideográfico, la calidad de vida se expresa en diferentes contextos. En otras palabras, las circunstancias en las que se encuentra una persona determinada permiten la explicación -al menos hasta cierto punto- de su calidad de vida particular. La edad, el sexo, la posición social, vivir en el propio domicilio o en una institución son, sin duda, variables que nos permiten predecir la calidad de vida de una persona. En este sentido, la tercera edad constituye uno de los contextos en los que más se ha investigado la calidad de vida. La opinión general es que la gente, cuando envejece, empieza a perder o experimentar el deterioro en las condiciones o ingredientes que normalmente forman parte de la vida humana, y que por tanto, su calidad de vida se resiente. Las políticas sociales dirigidas hacia la tercera edad se marcan precisamente el objetivo de mejorar su calidad de vida.

Resumiendo, en los últimos veinte años, la calidad de vida ha emergido como una imponente construcción que incluso ha llegado a provocar un cambio en los objetivos sociales. La política social ya no aspira únicamente a obtener un mayor crecimiento económico, una mejor distribución de la riqueza o un aumento en la esperanza de vida de la población, sino también a lograr algún impacto positivo en el bienestar de las comunidades atendidas e influir en la manera en que los ciudadanos evalúan los programas sociales. Como Tolma (1941) señaló, el concepto de “homo economicus” se

ha sustituido por el de “homo psychologicus”: variables como la percepción del control, el apoyo social percibido o incluso la satisfacción con la vida, son condiciones importantes para el bienestar social (Campbell, 1981). Esta situación implica la introducción de un componente subjetivo en los objetivos sociales que ha sido acuñado con el término “calidad de vida”. Sin embargo, aunque este componente se acentúa en el contexto de cada disciplina, los psicólogos están menos implicados que otros científicos en esta definición operativa, en su medida y en la discusión sobre su naturaleza (ver Tabla 1), lo cual tiene indudablemente un efecto negativo sobre la investigación y debería servir de llamada de atención para los psicólogos. Finalmente, es importante subrayar el hecho de que la calidad de vida, como un concepto multidimensional, no es independiente de los contextos diferentes que produce la vida y a los cuales pertenece el sujeto. La mayoría de los estudios sobre la calidad de vida se refieren a situaciones específicas sobre la vida, es decir, la calidad de vida en personas con diferentes patologías (diabetes, SIDA, víctimas, etc), las diferentes edades (adultos, niños), los diferentes niveles sociales, etc. Dentro de estos contextos, la edad parece ser un factor personal determinante en la QOL y una parte importante de la investigación realizada en este área se ha centrado en esta condición bio-psicológica-social.

Visto lo anterior, durante los últimos años, desde el Laboratorio de Gerontología de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, en estrecha colaboración con el Instituto Nacional de Servicios Sociales , INSERSO, se ha desarrollado una serie de estudios con el propósito de producir un concepto operacional de QOL en la tercera edad, de examinar las repercusiones de la institucionalización y de otros factores sobre la QOL, así como de designar un instrumento fácilmente aplicable capaz de garantizar el concepto que permita la evaluación de los programas y servicios gerontológicos³. Este trabajo expone una presentación resumida de los resultados obtenidos.

ANTECEDENTES

Como ya hemos señalado, la calidad de vida se puede describir, desde el principio y a priori, como un macro-concepto multidimensional que envuelve componentes o condiciones diferentes, cuyo peso o importancia varía en relación a una serie de parámetros personales (como la edad o el sexo) o sociales (como las condiciones socio-económicas o educacionales). Es más, aunque, la calidad de vida tiene gran relevancia, no solamente científica sino también social, se ha convertido en el objetivo por excelencia del estado del bienestar y, realmente, de las políticas socioeconómicas de todos los estados modernos y democráticos de cualquier posición política.

Hace algunos años presentamos un concepto de la calidad de vida para la tercera edad basado no simplemente en teoría sino también en hallazgos empíricos (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993). Después de establecer un concepto teórico y a priori de la QOL, marcando sus elementos constituyentes, investigamos cómo se comparaban con los “ingredientes” propuestos por la gente común, lo que denominamos *el concepto popular* (“pop”) de la QOL. Nuestro método consistía en preguntar a una muestra representativa de la población española (1.200 personas) mayores de 18 años, sobre los aspectos que ellos consideraban importantes en relación a la calidad de vida de la tercera edad.

Desde ambas perspectivas, teórica y empírica, las condiciones que parecen determinar la calidad de vida son las siguientes⁴: salud (disfrutar de buena salud), aptitudes funcionales (ser capaz de cuidar de uno mismo), condiciones económicas (tener una buena pensión o ingreso), relaciones sociales (mantener relaciones con la familia y amigos), actividad (estar activo), servicios sociales y de salud (tener buenos servicios sociales y de salud), calidad en casa y en el contexto próximo (tener una buena casa en un ambiente de buena calidad), satisfacción de vida (sentirse satisfecho con la vida) y oportunidades culturales y educaciones (tener la oportunidad de aprender nuevas cosas). Estos ingredientes o condiciones se mencionaron como esenciales para la calidad de vida en la tercera edad y no variaron según el sexo, edad o estado social de los entrevistados.

También nos propusimos examinar empíricamente la validez de la construcción de ambos conceptos de QOL, el teórico y el "pop", tomando como contrapartida cada uno de los aspectos arriba indicados (salud percibida, autonomía personal, ingreso, satisfacción, apoyo social recibido, nivel de actividad, servicios sociales y de salud, hogar y calidad del entorno, recursos culturales y económicos), tanto directamente (preguntando a los entrevistados de cierta edad) como indirectamente (preguntando a aquellos próximos a ellos⁵). En el análisis de factores separamos las respuestas que los mayores de 65 años hicieron sobre sí mismos y las de los de menos de 65 años sobre su apoderado o pariente. Los dos análisis dieron una distribución de factores similar, coincidiendo con el concepto de QOL previamente establecido. Fuimos capaces, por tanto, de establecer un concepto sobre la calidad de vida en la tercera edad sobre el cual basarnos al investigar las condiciones personales y sociales que determinan una mayor o menor calidad de vida (para más detalles, ver Fernández-Ballesteros, 1993, 1996).

Sin embargo, una de las condiciones que se supone que influye más en la calidad de vida de la tercera edad es dónde viven- en su propia casa o en una institución. La política social con respecto a la tercera edad se basa en intentar mantenerlos en su propia casa y la gente de la tercera edad rechaza la idea de moverse a una residencia. En resumen, la opinión general es que aquellos que viven en instituciones (públicas o privadas) tienen una menor calidad de vida que aquellos que continúan viviendo en su casa. Por tanto, parecía eminentemente relevante examinar la calidad de vida de la gente de la tercera edad que vive en su casa y aquellos que viven en residencias públicas o privadas. Sin embargo, ¿qué otras condiciones personales (como la edad o el sexo) y qué otras condiciones sociales (como la clase social) influyen, y hasta qué punto, en la calidad de vida de la tercera edad?

Calidad de vida en diferentes contextos⁶

Con el fin de evaluar una serie de ingredientes o aspectos que componen o forman el concepto de "calidad de vida", en diferentes situaciones potencialmente relevantes, se seleccionó una muestra de 1.014 sujetos mayores de 65 años. La selección se hizo en tres contextos diferentes:

a) 507 sujetos que viven en sus casas: 170 comprendidos entre los 65 y 69 años, 124 entre los 70 y 74 años, 101 entre 75 y 79, y 111 mayores de 80 años; 210 eran hombres y 297 mujeres; 26 pertenecían a la clase social media-alta, 103 a la clase media, 130 a la clase baja-media, 102 a la clase baja y 145 fueron incluidos en la categoría de amas de casa⁷.

b) 256 sujetos que viven en residencias públicas en toda España⁸; 72 comprendidos entre 65 y 69 años, 80 entre 70 y 74, 56 entre 75 y 79, 43 mayores de 80; Había 105 hombres y 151 mujeres; 15 eran de la clase alta, 54 de la clase media, 71 de la media-baja y 50 de clase social baja; 64 eran amas de casa.

c) 251 sujetos que viven en residencias privadas en toda España; 63 entre 65 y 69 años, 71 entre 70 y 74, 60 entre 75 y 79, y 43 entre 80; 99 eran hombres y 152 mujeres; 27 pertenecían a la clase alta y media-alta, 59 a la clase media, 64 a la clase baja, 32 a la clase baja y 66 eran amas de casa.

Las características de las tres muestras expuestas nos permiten examinar (con un margen de error del +/- 3%) los efectos que producían sobre los ingredientes de QOL- aparte de las condiciones de "vivir en casa" o "vivir en una residencia"- la edad (65 y más), el sexo y otras condiciones y contextos diversos. Con el propósito de investigar la calidad de vida en los diferentes sujetos de la muestra y de acuerdo con un concepto previamente establecido, se diseñó un cuestionario con las siguientes secciones:

Salud. Empleamos indicadores subjetivos (como salud percibida o informes sobre desequilibrios mentales) y objetivos (por ejemplo, el número de medicinas ingeridas, número de dolores registrados, etc).

Aptitudes funcionales. Garantizar la independencia de cada uno y el grado de dificultad para realizar las actividades diarias.

Nivel de actividad y actividades de ocio. Tipo de actividad desarrollada cada día; frecuencia y grado de satisfacción con las actividades de ocio.

Integración social. Extensión de las relaciones sociales y satisfacción con las relaciones interpersonales.

Satisfacción de vida. Empleamos (1975) "La Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia" de Lawton (PGC) y dos preguntas generales sobre la satisfacción actual y comparada en relación a la edad del sujeto.

Servicios sociales y de salud. Garantizamos el conocimiento y uso y satisfacción con 19 servicios.

Calidad del entorno. Actuamos sobre la calidad del entorno en el hogar o habitación o apartamento del sujeto, igual que en su vecindario o alrededores, a través de una serie de preguntas realizadas al sujeto y al entrevistador.

Con el propósito de tener en cuenta las condiciones económicas, culturales y educacionales, estudiamos una serie de variables socio-demográficas.

También, dado que algunos de los sujetos examinados pueden sufrir desórdenes cognitivos, administramos el SPMSP ("Breve Cuestionario Portátil sobre el Estado Mental", Pfeiffer, 1975). En el caso de que un sujeto cometiera más de tres errores (criterio que muestra el deterioro de la existencia cognitiva), se pediría a un amigo o familiar que ayudara a contestar las preguntas de naturaleza objetiva (las medicinas ingeridas, la pensión recibida, etc.). Intercampo fue quien llevó a cabo el estudio del campo, en mayo de 1994.

El análisis estadístico se llevó a cabo con la muestra total y las diferentes

submuestras que se refieren al hogar, residencias públicas y privadas y otras variables potencialmente relevantes, como la edad, el sexo y la clase social⁹. Dado que ya se ha publicado el resultado de este trabajo (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996) nos limitamos aquí a una presentación de los resultados más relevantes en las diferentes secciones correspondientes a los aspectos de la calidad de vida.

Estado Mental

Como se ha señalado más arriba, se evaluó el estado mental (por medio del SPMSQ) con el propósito de optimizar la fiabilidad de los datos, y en caso de sospechar de demencia, se involucró a un familiar o amigo en las respuestas a las preguntas tipo objetivas. En cualquier caso, solamente el 7% de la muestra total alcanzó el criterio de puntuación al sospechar la demencia, un resultado que coincidió con otros datos epidemiológicos (Lobo et al., 1991). No se encontraron diferencias respecto al estado mental entre los sujetos que viven en sus casas y aquellos que viven en residencias, públicas o privadas. Por supuesto, la edad es una variable absolutamente relevante en lo que concierne a la salud mental: mientras que el 17% de sujetos mayores de 80 alcanzaron el criterio de puntuación (llevándonos a sospechar de la existencia de demencia), solamente el 3% de entre 65 y 69 años lo alcanzaron. *El sexo*, estrechamente unido a niveles socioeconómicos y educacionales, también parece ser una condición importante para el estado mental: mientras que el 8% de las mujeres cometieron más de 3 errores, solamente el 6% de los hombres alcanzaron el criterio de puntuación. La variable más convincente para distinguir el estado mental fue *la clase social*: mientras que el 100% de los sujetos pertenecientes a la clase alta y media-alta cometieron solamente 3 errores o menos, el 11 % de los sujetos de clase media-baja y baja cometieron más de tres errores.

Salud

Los sujetos que viven en su propia casa difieren sólo ligeramente de aquellos que viven en residencias públicas o privadas en relación a la salud subjetiva (cómo juzga el sujeto la propia salud), a la salud mental y a la salud objetiva (número de medicinas ingeridas, número de dolores y problemas crónicos). *La edad*, por otra parte, parece determinar grandes diferencias en la mayoría de los indicadores de salud objetiva. A medida que la edad aumenta y aunque la salud percibida no cambie significativamente, los sujetos muestran más problemas crónicos, más dolores, más desórdenes mentales, han pasado más días limitados a estar en cama en el mes anterior y tienen más problemas de audición (aunque no informan sobre tomar más medicinas). *El sexo* parece ser una variable personal relevante, que ejerce gran influencia sobre la salud. Las mujeres, en comparación con los hombres, se consideran con peor salud y mayores problemas de salud mental y molestias crónicas y toman más medicinas.

Una estructura similar se presenta respecto al *estatus social*: al mejorar las condiciones socio-económicas, los sujetos informan menos de problemas crónicos de salud, menos dolores, declaran mejor salud mental y menos veces al año muestran haber estado en el hospital.

En resumen, la salud -como ingrediente importante de la calidad de vida- no parece estar funcionalmente relacionada con el hecho de que los sujetos vivan en su casa o en una residencia (sea privada o pública), mientras que el sexo, la edad y el estatus social parecen ser condición relevante en relación a la salud para las personas mayores.

Aptitudes funcionales

Si consideramos la apreciación personal del sujeto sobre su independencia personal o si le preguntamos sobre las dificultades que tiene para realizar diversas actividades diarias, encontramos diferencias relacionadas con el lugar donde vive el sujeto (en su casa o en una residencia pública o privada), con la edad, el sexo y la clase social. Por tanto, la gente que vive en su propia casa (con respecto a aquellos que viven en residencias privadas o públicas¹⁰), sujetos más jóvenes (con respecto a personas mayores), hombres (con respecto a mujeres) y aquellos pertenecientes a las clases sociales más altas se consideran a sí mismos capaces de defenderse y muestran menores dificultades para realizar actividades de la vida diaria.

Nivel de actividad y actividades de ocio

Aunque el nivel de actividad (desde el índice 1= *totalmente inactivo* hasta el índice 5= *actividad física frecuente*) que muestran los sujetos mayores es muy bajo (un valor medio de 1.8 en una escala de 5), encontramos diferencias significativas de acuerdo con las variables importantes. Por tanto, se registra menor ejercicio físico en los sujetos mayores en comparación con los más jóvenes, en las mujeres comparadas con los hombres y en las clases sociales más bajas comparadas con las más altas. No parece haber diferencias significativas respecto a la situación de residencia, es decir, aquellos que viven en su casa no se diferencian de aquellos que viven en instituciones, aunque los que hacen más ejercicio físico realmente son los que viven en su casa.

En lo que concierne a las actividades de ocio y tiempo libre, *ver la tele y escuchar la radio* son las dos actividades más frecuentes entre los mayores (de entre los entrevistados, un promedio del 77% ve la tele y el 60 % escucha la radio frecuentemente). Aquellos que viven en su casa ven más la tele y escuchan más la radio que los que viven en residencias, igual que lo hacen más los mayores en comparación con los más jóvenes, las mujeres comparadas con los hombres, los sujetos de las clases más bajas comparados con los de las clases más altas.

Caminar es la tercera actividad de ocio más común (una media del 62% de los sujetos indican "caminar" como actividad habitual). Existen diferencias significativas en relación a las circunstancias personales: sujetos que viven en residencias privadas señalan que caminan más habitualmente que aquellos que viven en su casa o en residencias públicas; sin embargo, los individuos más jóvenes caminan más que los mayores, los hombres caminan más que las mujeres y los que pertenecen a las clases sociales más altas, más que los de las clases más bajas.

Leer, entendido en sentido general, no es una actividad habitual entre estos individuos (solamente el 35% indica leer habitualmente). Se encontraron diferencias significativas en la lectura en relación a nuestras variables relevantes: así, los individuos que viven en residencias (tanto públicas como privadas) leen más que aquellos que viven en su casa, los hombres leen más que las mujeres y aquellos de las clases sociales más altas leen más que los de las clases más bajas.

Visitar a los amigos o familiares (el 23% indica que lo hace habitualmente y un 41% lo hace ocasionalmente) es una actividad muy común entre aquellos entrevistados. En términos generales, aquellos que viven en su casa hacen visitas con mayor frecuencia que aquellos que viven en residencias, los jóvenes más que los mayores y los de clases sociales más altas, más que los de clases sociales más bajas. No hay diferencias en relación al sexo. Otras actividades enumeradas, como ir al cine, teatro o espectáculos, ir de excursión o jugar a juegos, son menos frecuentes.

Con el fin de medir la *satisfacción* que producen estas actividades, obtuvimos un coeficiente de satisfacción (el resultado de multiplicar la frecuencia de una actividad por la satisfacción que produce a cada individuo). Se encontraron marcadas diferencias respecto al coeficiente de satisfacción. Los sujetos que viven en su casa se encontraban más satisfechos que aquellos que viven en cualquier tipo de residencia, los individuos más jóvenes, más satisfechos que los mayores y los hombres tenían un coeficiente de satisfacción más alto que el de las mujeres, lo mismo que sucedía con los sujetos de mayor estatus, tanto social como económico. Estos resultados sobre la satisfacción se confirmaron con la pregunta sobre la satisfacción general respecto a cómo el individuo emplea su tiempo libre. Se debería recalcar que el 76% de los entrevistados respondieron que estaban satisfechos con lo que hacían en su tiempo libre. Sin embargo, encontramos el mismo perfil diferencial respecto a que los sujetos que viven en su casa y en residencias públicas (comparados con los que viven en residencias privadas) están más satisfechos en el modo de emplear su tiempo libre, igual que los individuos más jóvenes (comparados con los mayores), los hombres (comparados con las mujeres) y los sujetos de las clases medias y altas (comparados con los de clases inferiores).

Integración social

Dado que el hecho de vivir solo o con otra(s) persona(s) es un indicador de integración importante, consideramos en primer lugar la cuestión refiriéndonos a con quién vive el sujeto. Obviamente, los sujetos que viven en residencias junto con familiares son pocos (el 2 % en residencias públicas y el 1% vive en residencias privadas con su pareja). Sin embargo, la estructura familiar de los sujetos que viven en su casa y de aquellos que viven en residencias es totalmente diferente. Así, el 20 % de aquellos que viven en su casa viven solos, mientras que el resto vive con su pareja (40%), con su pareja y sus hijos (15%), con sus hijos y sus nietos (3%) o con otros familiares (5%). El número de hijos que han tenido los sujetos difiere en gran manera entre aquellos que viven en su casa y los que viven en residencias: mientras que el promedio de los primeros es de tres hijos aproximadamente, el del último grupo señala haber tenido, como media, un solo hijo. Ni la edad ni el sexo influyen al respecto, aunque las clases altas y medias-altas señalan haber tenido menos hijos que aquellos de las clases medias, medias-bajas y bajas.

En lo que concierne a la frecuencia de las relaciones sociales (un promedio de 2.5 en una escala de 4), está muy relacionado con la circunstancia de que los sujetos vivan en su casa o en una residencia. Los que viven en su domicilio señalan un contacto más frecuente con sus familiares, amigos y vecinos que aquellos que viven en residencias. Sin embargo, mientras que la edad parece ser una variable funcionalmente relacionada con la integración social (los individuos mayores señalan un contacto menos frecuente que los más jóvenes), no se encuentran diferencias significativas en relación al sexo o al estatus socioeconómico.

En lo referente a la satisfacción con las relaciones sociales, este factor se midió con dos indicadores: por una parte, la satisfacción producida por las relaciones interpersonales; por la otra, un índice obtenido del producto del número de relaciones sociales mantenidas por la satisfacción que cada uno aporta. Estos dos indicadores -la satisfacción en las relaciones sociales y el índice de satisfacción- difieren, exclusivamente, según el contexto en el cual vive el sujeto: aquellos que viven en casa están más satisfechos que aquellos que viven en residencias (públicas y privadas).

Examinamos las relaciones sexuales como un tipo de relación interpersonal. Como media, el 28% de los individuos entrevistados señalaron tener relaciones sexuales. Se hallaron diferencias considerables en lo relacionado con el entorno: los individuos que viven en su propia casa señalan tener relaciones sexuales con más frecuencia (un 18%) que aquellos que viven en residencias públicas (un 11%) o privadas (un 3%). Por otra parte, la edad parece ser una condición decisiva en lo que concierne a las relaciones sexuales: son los individuos más jóvenes (el 38% de entre 65 y 70 años señala mantener relaciones sexuales) quienes tienen una vida sexual más activa que los mayores (solamente el 3% de los mayores de 80 años). Finalmente, aquí parece jugar un papel importante el sexo de los sujetos: mientras que el 29% de los hombres señalan mantener relaciones sexuales, solamente el 3% de las mujeres lo hace.

Satisfacción en la vida

Teniendo en cuenta que la satisfacción en la vida es una variable personal que parece estar implicada en la calidad de vida, señalamos este aspecto a través de tres indicadores: la satisfacción como un rasgo de la personalidad, la satisfacción actual y la comparativa en relación a la edad (si uno está más o menos satisfecho que hace cinco años o lo estará dentro de cinco años).

En ninguna de estas tres variables de satisfacción la gente que vivía en su casa se diferenció de la que vivía en residencias públicas o privadas. Sin embargo, nuestras tres medidas indicaron diferencias significativas en relación a la edad, sexo y clase social. Los individuos mayores (comparados con los más jóvenes), las mujeres (comparadas con los hombres) y los individuos de las clases medias-bajas y bajas (comparados con los de las otras clases) presentaron puntuaciones mucho menores de satisfacción de vida, igual que concluyeron que cuanto mayor se hace uno, peor vive.

Servicios sociales y sanitarios

Examinamos los niveles de conocimiento de la existencia de 19 servicios sociales y sanitarios, así como del empleo de los mismos y de la satisfacción al respecto. Los datos obtenidos son complejos (ver Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996), pero como resumen de nuestros hallazgos podemos decir que nuestros sujetos mostraron tener poco conocimiento de la existencia de dichos servicios. En general, aquellos que viven en residencias públicas están mejor informados y hacen mayor uso de estos servicios y medios sanitarios. Deberíamos señalar que una proporción muy elevada de la gente que utiliza estos servicios está satisfecha con ellos. Finalmente, el 96 por ciento de los entrevistados señalaron estar cubiertos por la seguridad social. En este aspecto no se diferenciaron en cuanto a la categoría de residencia, a la edad, al sexo o a la clase social.

Calidad del entorno

En relación a la casa, apartamento o habitación propia del sujeto, señalada por los mismos sujetos, aquellos que viven en residencias se mostraban más satisfechos que aquellos que viven en sus hogares y dentro de la categoría anterior, los que viven en residencias privadas eran los más satisfechos. En la misma línea, cuando se les preguntó a los sujetos sobre alguna reparación necesaria en sus casas, apartamentos o habitación, fueron aquellos que viven en su propia casa los que indicaron el mayor número de reparaciones necesarias.

Al preguntarles sobre los alrededores de su casa o residencia, aquellos que viven en residencias respondieron de modo más favorable que aquellos que viven en sus propias casas. Comparando entre público y privado, considerando una serie de aspectos, podemos resumir afirmando que la gente en residencias privadas está más satisfecha que aquellos que están en residencias públicas, no sólo en cuanto a las características físicas y estructurales, sino también respecto a la organización, al personal e incluso a los demás residentes, así como a la residencia en general.

No se encontraron diferencias en relación al sexo o género en estos aspectos del entorno, aunque el estatus social influyó. En general, aquellos pertenecientes a clases sociales más altas contestaron de manera más favorable sobre su casa, apartamento o residencia.

Las observaciones sobre la calidad del entorno realizadas por los entrevistadores instruidos proporcionan resultados bastante similares, que corroboran lo anterior. Así, las residencias (públicas y privadas) tienen niveles de ruido más bajos, mejor iluminación, están mejor contruidos, mejor organizados y más limpios, mejor acondicionados, con mejores alrededores y terrenos más atractivos que las casas privadas. Contrario a lo que debiera esperarse, no se encontraron diferencias significativas respecto a la clase social en relación con la calidad del entorno, como señalaron los entrevistados. Solamente se encontraron algunas diferencias significativas en lo relativo al estado del mobiliario.

Condiciones económicas

La pensión media que reciben nuestros individuos está entre 45.000 y 75.0000 pesetas (más o menos entre 270 EUR y 450 EUR al mes) y difiere según el contexto residencial (aquellos que viven en su casa reciben pensiones más altas que aquellos que viven en residencias), la edad (los sujetos mayores señalan pensiones o ingresos más altos que los más jóvenes) y la clase social (aquellos de clases más altas señalan pensiones o ingresos mejores que aquellos de las clases más bajas).

Condiciones educacionales y culturales

Las condiciones educacionales para los propósitos de esta investigación se basan en las calificaciones de los sujetos o años de estudio; el criterio para las condiciones culturales está constituido por las actividades culturales que ellos señalan. En términos generales se puede señalar que, en lo concerniente a los sujetos que viven en su casa, una proporción más alta tuvo solamente educación primaria, mientras que una proporción más alta de los que viven en residencias privadas terminó la educación secundaria o la universidad. Aquellos que viven en residencias públicas tienen niveles de enseñanza más bajos que los que viven en su casa o en residencias privadas. Por el contrario, los individuos que viven en residencias públicas parecen llevar a cabo más actividades culturales que los otros dos grupos.

CONCLUSIONES

La gente que vive en su casa no se diferencia de aquellos que viven en residencias públicas o privadas en cuanto a los principales indicadores de salud. Sin embargo, existen marcadas diferencias en la salud en lo relativo a la edad, el sexo y la clase social.

En lo que concierne a las aptitudes funcionales, aquellos que viven en su casa, los más jóvenes, los hombres y los sujetos de las clases medias, medias-altas y altas, indican mejores aptitudes funcionales, según la apreciación subjetiva y el número de dificultades encontradas para la realización de las actividades de la vida diaria.

La gente que vive en residencias públicas indica llevar a cabo más actividades de ocio y estar más satisfechos con ellas que aquellos que viven en su casa o en residencias privadas. Igualmente, los mayores (comparados con los más jóvenes), las mujeres (comparadas con los hombres) y los individuos de las clases sociales más bajas (comparados con los de las clases más altas) señalan realizar menos actividades de ocio y estar menos satisfechos con estas actividades.

La gente que vive en su casa presenta, sin duda, mayor integración social, tanto en lo referente a la red de apoyo social como a la satisfacción que las relaciones sociales les proporcionan. Mientras que se hallaron diferencias en la frecuencia de las relaciones interpersonales según la edad, no se encontraron diferencias significativas para ninguno de nuestros indicadores que pudieran atribuirse al sexo o al estatus social.

Aunque parece existir una gran ignorancia en relación a los servicios sociales y sanitarios, la mayoría de la gente que conoce y utiliza estos servicios señala estar satisfecho con los beneficios que proporcionan. Se encontró también que aquellos que viven en residencias privadas se mostraban más satisfechos que aquellos que están en residencias públicas.

La calidad del entorno (el lugar de residencia y su entorno) parece ser superior para los que viven en instituciones (públicas o privadas), comparados con aquellos que viven en su casa. Este es el caso para ambas evaluaciones, tanto para las realizadas por los propios individuos como para las realizadas por los observadores instruidos.

En relación a las condiciones económicas y educacionales, la gente que vive en su casa señala recibir pensiones o ingresos más altos que los que viven en residencias. Por otra parte, la gente que vive en residencias privadas señala tener un mejor nivel de educación, mientras que aquellos que viven en instituciones públicas llevan a cabo más actividades culturales. Por lo general, la edad, el sexo y la clase social tienen que ver en las diferencias en cuanto a la pensión o ingresos que reciben, el nivel de educación y las actividades culturales que llevan a cabo.

Para resumir, podemos afirmar que un concepto multidimensional de la calidad de vida requiere un estudio cuidadoso de la calidad de vida que puede predecirse en contextos diferentes. Así, por ejemplo, la integración social es un ingrediente de QOL que se ve favorecido por el contexto "vivir en casa" mientras que la calidad del entorno se ve favorecida por la condición "residencia".

Si diseñamos un índice que combine todos los ingredientes subjetivos, la gente que vive en su casa parecería diferenciarse significativamente de aquellos que viven en residencias. Sin embargo, si desde este indicador, eliminamos la satisfacción personal con las relaciones interpersonales, estas diferencias desaparecen. En otras palabras, los tres contextos estudiados se diferencian, esencialmente, por la satisfacción de los individuos en sus relaciones interpersonales.

Este no es el caso con las otras variables relevantes, como la edad, el sexo y la clase social, en su influencia sobre aquellos ingredientes que se considera que constituyen la calidad de vida: los mayores, con respecto a los más jóvenes, los hombres con respecto a las mujeres y aquellos de las clases altas, medias-altas y medias, con respecto a las clases medias-bajas y bajas; todos disfrutaban, en términos generales, de una mejor calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

Browne, J.R, O'Boyle, C.A, McGee, H.M, Joyce, C.R.B, McDonald, N.J, O'Malley, K and Hiltbrunner, B (1994). Calidad de vida en los individuos sanos de la tercera edad. *Investigación sobre la Calidad de vida*, 3, 235-244.

Campbell, A. (1981). *El Sentido del Bienestar en América*. Nueva York. McGraw Hill.

Fernández-Ballesteros, R. (1993). La construcción de Calidad de Vida en la tercera edad En E. Beregi, I.A. Gergely and K. Rajzi (Eds.): *Avances recientes sobre Envejecimiento y Ciencia*. Milán: Mondussi Ed, pp. 1927-1930.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Calidad de vida: Concepto y Contribución. En J. Adair, D. Belanger and K. Dion (Eds.): *Avances en la Ciencia Psicológica. Vol. 1* Sussex, UK: Psicología.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Calidad de vida: Concepto y Contribución. En J. Adair, D. Belanger and K. Dion (Eds.): *Avances en la Ciencia Psicológica. Vol. 1* Sussex, UK: Psicología.

Fernández-Ballesteros, R. and Maciá, A. (1993). *Calidad de vida en la vejez (Quality of life in the elderly)*. *Intervención social, Vol. II, 5, 77-94*.

Fernández-Ballesteros, R. and Maciá, A. (1996). *Informes de allegados sobre la tercera edad y de éstos sobre sí mismos (Reports on the elderly by proxies and elderly's self-reports)*. *Revista de Gerontología, 6, 20-30*.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D. and Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en distintos contextos de la vejez (Quality of life in different contexts in the elderly)*. Madrid: INSERSO.

INSERSO (1989): *Bases para una Planificación de Centros Residenciales para la Tercera Edad* (Bases for the planning of Residential Centres for Senior Citizens). Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.

Lawton, M. P. (1975). Escala Moral del Centro Geriátrico de Philadelphia: Una Revisión Diaria de Gerontología dimensional View of Quality of Life in Frail Elders. In J.E. Birren et al. (Eds.): *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*. San Diego: Academic Press. Panorama de la Calidad de Vida en Frail Elders. En J.E. Birren y al. (Eds.): *El Concepto y Medida de la Calidad de Vida en la Frágil Vejez*. San Diego: Prensa Académica.

Lobo et al. (1991). *Estudios de salud mental en la tercera edad en España* (Studies of mental health in the elderly in Spain). In FIS (coord.): *Epidemiología del envejecimiento* (Epidemiology of aging). Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias (pp. 195-207).

Sampson, E.E. (1981). Psicología Cognitiva como Ideología. *El Psicólogo Americano*, 36, 730-743.

Tolman, E. C. (1941). El Hombre Psicológico. *Periódico de Psicología Social*, 13, 205-218.

Pfeiffer, E. (1975). Un breve cuestionario portátil sobre el estatus mental para la contribución del deficiente mental orgánico en el paciente de la tercera edad. *Periódico de la Sociedad de Geriátrica Americana*, 23,47-52.

WHOQOL (1993). Estudio para el proyecto de la Organización Mundial de la Salud con el fin de desarrollar un instrumento que contribuya a la Calidad de Vida. (WHOQOL). *Investigación sobre la Calidad de Vida*, 2, 153-159.

³Un Breve Cuestionario sobre la Calidad de Vida (Cuestionario Breve de Calidad de Vida, CUBRECVI) ya se ha desarrollado y publicado en Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá (1996).

⁴Añadimos entre paréntesis los aspectos de QOL como aparecieron en nuestra lista (Fernández-Ballesteros y Maciá, 1993).

⁵A aquellos menores de 65 años se les pidió que pensaran en una persona mayor de 65 que conocieran bien y todas estas preguntas eran sobre salud, aptitudes funcionales, etc. (para más detalle sobre el procedimiento, ver Fernández-Ballesteros y Maciá, 1996)

⁶“Calidad de vida en diferentes contextos” era un trabajo de investigación llevado a cabo en colaboración con el INSERSO entre 1993 y 1994, y cuyos resultados se han publicado por el INSERSO (ver Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996).

⁷Seleccionados en base al censo de 1991, proporcional en términos de sexo, edad, tamaño de la localidad y Región Autónoma (con error de muestra +/- 3%). La clase social se obtuvo del ingreso y nivel profesional (en relación a los indicadores oficiales). La categoría especial “amas de casa” agrupó a viudas con mujeres sin especificar su profesión.

⁸Aquellos incluidos en la muestra fueron elegidos de residencias públicas y privadas expuestas en el documento “ Bases para una planificación de centros residenciales para la tercera edad” .

⁹El análisis en el trabajo original tuvo en cuenta el tamaño de la localidad (ver Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Maciá, 1996)

¹⁰ Este resultado debería interpretarse sin lugar a dudas como un efecto de institucionalización. Somos conscientes, por una parte, de que la razón fundamental por la que la gente solicita estar en una residencia es porque no se puede defender; por otra parte, somos conscientes de que es necesario cumplir ciertas condiciones para acceder a las residencias públicas. El hecho de que la gente que vive en residencias muestre tener más problemas de independencia funcional que aquellos que viven en su casa es una causa de institucionalización y , en ningún caso se trata de un efecto.

CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES ¹

Carmen Barros Lezaeta
Soledad Herrera Ponce

A modo de introducción, conviene señalar que el énfasis en la calidad de vida de los adultos mayores es una preocupación relativamente reciente de la Geriatría y la Gerontología. Detrás de ello hay un cambio en el foco de interés desde las fallas y las patologías, los esfuerzos por entender los procesos que los producen y por buscar los modos de reparar lo ya dañado (terapias), hacia comprender lo que anda bien en el proceso de envejecer y cuáles son los factores que contribuyen a un buen resultado. El énfasis está entonces en descubrir los factores que producen la salud en vez de la enfermedad (en vez de patogénesis, salugénesis). Al decir de Cowen (1994), de un enfoque reactivo de reparar daños y evitar mayor erosión se pasa a un enfoque proactivo de promover la salud, la calidad de vida y el bienestar. El interés que motiva a los autores dentro de este enfoque es conocer los factores asociados a la calidad de vida de modo que al intervenir en ellos se incrementará calidad de vida.

I. MARCO CONCEPTUAL

Es necesario partir por construir una perspectiva conceptual desde la cual mirar una determinada realidad, para ello se procederá, en primer lugar, a establecer algunos supuestos, luego definir teórica y operacionalmente un conjunto de conceptos que permitan categorizar y describir la realidad de la calidad de vida de los adultos mayores. En segundo lugar, a formular hipotéticamente relaciones entre los conceptos previamente definidos que permitan entender y explicar la realidad encontrada. En tercer lugar, a contrastar lo establecido a nivel de la discusión conceptual con la evidencia empíricamente proveniente de encuestas². Cabe advertir que usualmente la elaboración conceptual es más amplia que lo que es posible investigar

¹ Este documento forma parte de proyecto FONDECYT 1020643.

² Se trata de los resultados del proyecto FONDECYT 1020643 y del FONDECYT 1960542. Carmen Barros es la investigadora responsable de ambos, teniendo en el primero como coinvestigadores a Cecilia Avendaño y Alicia Forttes; y en el segundo a Alicia Forttes.

empíricamente ya que esta última está contrañida por costos, por la naturaleza y la extensión realista del instrumento diseñado para recolectar los datos.

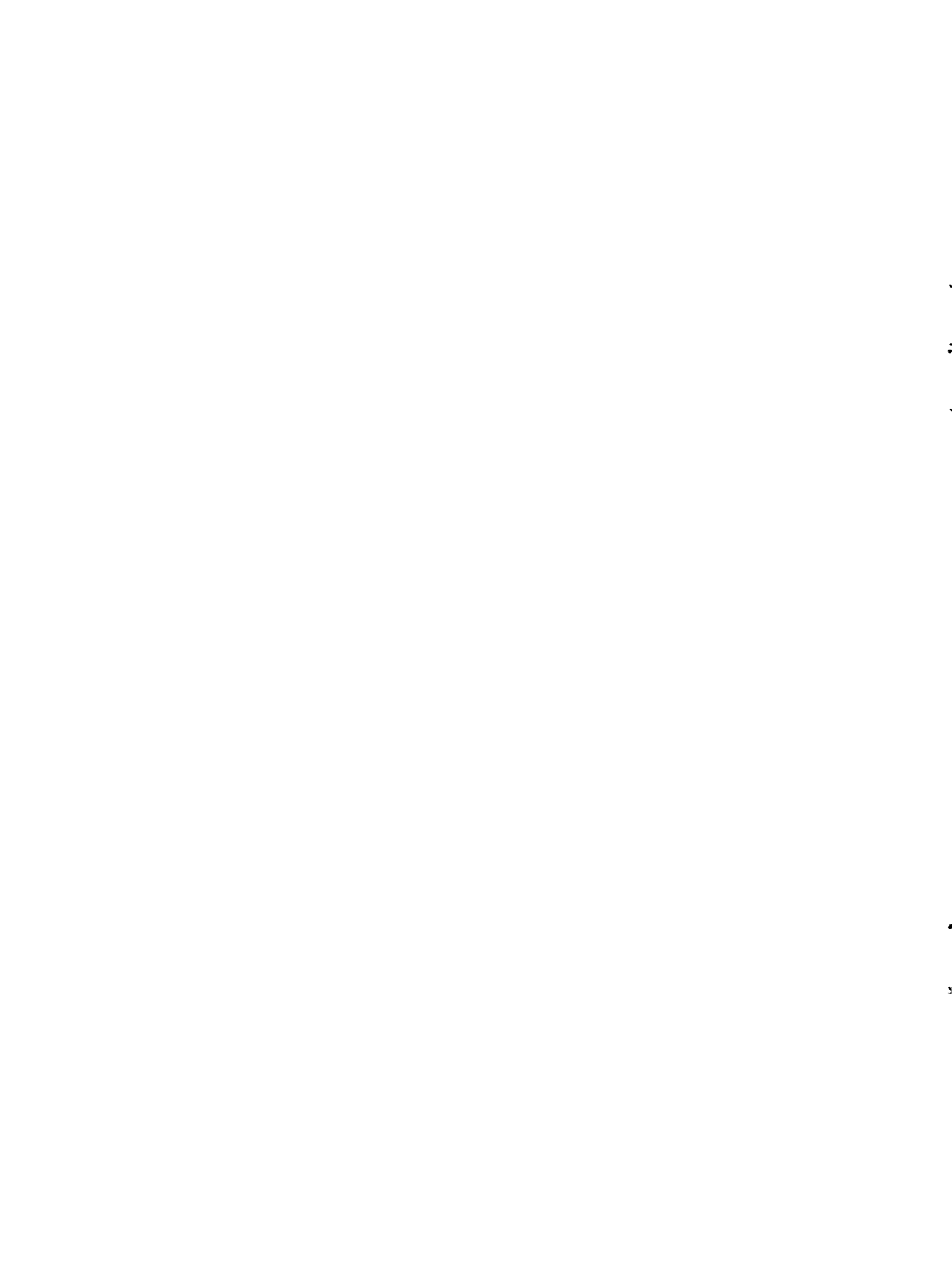
Se parte de dos supuestos. El supuesto teórico que conceptualiza el proceso de envejecimiento como un proceso de cambio -en las condiciones sociales, en las circunstancias personales, y en el organismo de quien envejece- que requiere por parte del individuo adaptarse a ellos. Vale decir, se adopta una perspectiva sicosocial donde lo que interesa es comprender como viven los individuos su proceso de envejecimiento dentro de un contexto social que los condiciona. La opción valórica de sostener que el resultado de dicha adaptación debe ser la mantención o la recuperación del nivel de bienestar.

1. Definición de calidad de vida

El concepto calidad de vida suele usarse como sinónimo de bienestar, de satisfacción, de buena vida, etc. Si se desglosa la expresión en sus dos componentes, por calidad se entiende la naturaleza más o menos satisfactoria de algo o el lugar que ocupa algo en la escala desde lo bueno a lo malo. La palabra vida, aunque se centre sólo en la existencia humana, plantea dificultades para atribuirle un contenido claro. Setien (1993) plantea que la dificultad de definir el término proviene de las características inherentes al propio concepto: es un concepto elusivo y abstracto, complejo, indirectamente medible, que admite múltiples orientaciones y del que se dan, por tanto, distintas definiciones.

Por consiguiente, es necesario explicitar el contenido que se le atribuirá en este trabajo.

Pareciera un buen punto de partida la definición de calidad de vida dada por Palomba (2002) para quien representa un término multidimensional que significa tener buenas condiciones objetivas de vida y un elevado grado de bienestar subjetivo. Esto es coincidente con lo encontrado en un estudio previo (Barros, 1991). Allí se halló empíricamente que la calidad de vida abarcaba dos componentes distintos aunque interrelacionados, a saber: i) las condiciones de vida, definida en términos de condiciones de salud y suficiencia del ingreso; ii) el nivel de bienestar o la percepción de estar satisfecho con la vida. Esta distinción es avalada teóricamente ya que ambos conceptos designan un ámbito o un dominio distinto de la realidad.



Las condiciones de vida se refieren a lo adecuado de las circunstancias materiales y a las percepciones sobre estas circunstancias. El bienestar sicosocial fue visto inicialmente como un proceso cognitivo en el cual el individuo comparaba sus aspiraciones con sus percepciones de su situación y se lo conceptualizaba en términos de satisfacción con la vida. Posteriormente, se conceptualizó el bienestar como una respuesta afectiva, es decir, como los sentimientos inspirados por la experiencia cotidiana. En otras palabras, como la respuesta emocional al adaptarse al entorno (Mc Dowell y Newell, 1996).

Lawton (1991) define estructuralmente calidad de vida como una evaluación multidimensional hecha tanto por criterios personales como siconormativos, del sistema persona –entorno de un individuo en tiempo pasado, actual y anticipado-. El autor explica luego cada uno de los seis términos usados en esta definición.

La calidad de vida es: 1) multidimensional como la vida misma y el problema es identificar cuáles son las dimensiones que se considerarán pertinentes. 2) Evaluativa variando desde lo deseable a lo indeseable en vez de suponer una línea base a partir de la cual sólo ocurren deterioros. 3) Intrapersonal, es decir, cada individuo tiene sus propias evaluaciones de la vida las que son subjetivas o perceptuales. 4) Siconormativa, las mediciones objetivas o las evaluaciones consensuales deben ser también consideradas al evaluar la calidad de vida. El cuadro completo requiere el uso de ambos criterios. 5) Persona –entorno en el sentido que el entorno afecta el bienestar de la persona, no siendo todos los entornos igualmente favorables. A su vez, la persona afecta a su entorno y lo acomoda a sus necesidades. La relación no es reactiva o proactiva sino que fundamentalmente transaccional, o sea, es un proceso dinámico y recíproco. 6) Temporal, ya que las cualidades del pasado están presentes como recuerdos y reminiscencias constituyéndose en parte del marco con que evaluar el presente y el futuro. En forma similar, las expectativas sobre el futuro condicionan el presente.

Para Lawton el contenido de la calidad de vida incluye cuatro grandes sectores a evaluar: las competencias de comportamiento, la calidad de vida percibida, las condiciones del entorno y el bienestar psicológico.

Las competencias de comportamiento se refieren a la evaluación sicionormativa del funcionamiento de la persona a nivel de la salud, lo cognitivo, el uso del tiempo y la conducta social. La percepción de la calidad de vida es paralela a las competencias. Mientras las competencias se miden por la realización o la observación del comportamiento, las percepciones son subjetivas. En este documento se consideran ambos contenidos agrupándolos bajo la categoría de condiciones personales de vida. De entre ellas se seleccionaron para ser investigadas empíricamente, las capacidades de funcionamiento físico y mental, la percepción de salud y el nivel socioeconómico. Se agregaron la edad y sexo como antecedentes demográficos que inciden fuertemente en las condiciones personales de vida.

El entorno es considerado por el autor en otro nivel explicativo ya que únicamente constituye oportunidades más o menos favorables para tener una buena calidad de vida³.

El bienestar psicológico es la evaluación “sopesada” o ponderada del nivel de las competencias personales y la calidad de vida percibida en la actualidad en todos los aspectos de la vida. Lo de “sopesada” implica que el bienestar es más que la mera suma de competencias y satisfacciones, es un enjuiciamiento global de la propia vida, siendo un aspecto esencial del bienestar, entre los adultos mayores, la habilidad de la persona de acomodarse a pérdidas y asimilar informaciones.

Resumiendo, la calidad de vida incluye dos componentes distintos aunque interrelacionados: la calidad de las condiciones personales de vida y el nivel de bienestar.

³ En la investigación empírica no se preguntó directamente sobre esta variable, aunque indirectamente fue considerada al definir la muestra según el nivel socioeconómico de las comunas. A nivel de los individuos encuestados se tiene una evaluación de su nivel socioeconómico realizado por las encuestadoras.

2. Bienestar sicosocial

La noción de bienestar es bastante polémica y poco precisa. En términos generales, se entiende por bienestar la percepción o apreciación subjetiva de sentirse o hallarse bien, de sentirse satisfecho. Al revisar la bibliografía existente se encontraron diversos enfoques sobre el tema, pudiendo de partida distinguirse entre aquellos autores que usan como su única dimensión el grado de satisfacción expresado por los sujetos y los que lo conceptualizan en términos multidimensionales. El primero es un enfoque bastante simplista, aunque bastante práctico, puesto que se limita a utilizar como indicador del nivel de bienestar una sola pregunta acerca de cuál es la percepción global, o enjuiciamiento a nivel cognitivo, que los individuos entrevistados tienen de su nivel de satisfacción, calificándolo en una escala de 4 puntos que va desde muy satisfechos a muy insatisfechos. La ventaja de este enfoque es que recoge la evaluación que el propio individuo hace de su nivel de satisfacción. Su desventaja es que según muchos autores es una concepción muy simplista ya que el bienestar comprende muchas otras dimensiones además de la satisfacción. Como respuesta a esta deficiencia, Ryff y Keyes (1995) adoptan un concepto muy amplio de funcionamiento sicosocial positivo, que comprende 6 dimensiones: autonomía, control del ambiente, crecimiento personal, relaciones positivas con los demás, propósito en la vida y autoaceptación. Se descartó esta noción ya que ella comprende aspectos que en el presente documento serán considerados, no como componentes del bienestar sino que como factores asociados a él.

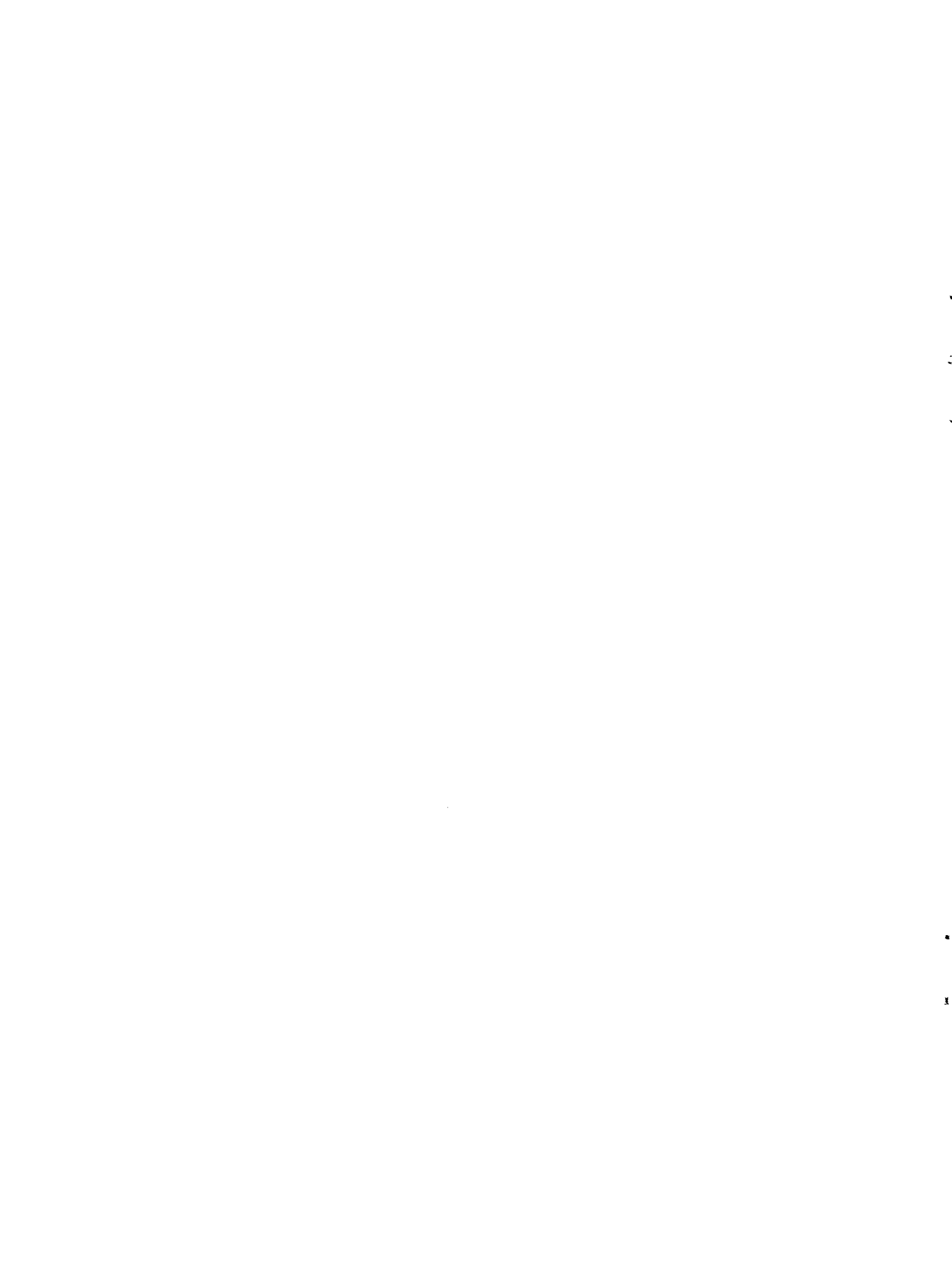
A continuación, dentro de los autores que lo conceptualizan en forma multidimensional, se irán revisando los autores que según el parecer de las autoras de este documento introducen nuevos elementos en la discusión conceptual de la noción de bienestar sicosocial. Bradburn (1969) es ya un clásico innovador al proponer la idea de distinguir dos dimensiones en el constructo, los afectos positivos o placenteros y los negativos o displacenteros. Esta distinción es luego validada con el resultado de un análisis factorial que muestra que constituyen empíricamente dos factores independientes. El autor formula una escala compuesta por siete ítems, la cual tiene una confiabilidad y validez adecuadas (McDowell y Newell, 1996). Se les pregunta a los entrevistados si en los últimos seis meses se han sentido: muy interesados en algo, orgullosos consigo mismos, satisfechos por haber logrado algo y que las cosas marchaban como querían (afectos positivos), y si se han sentido solitarios o alejados de las personas,

aburridos y deprimidos (afectos negativos). El índice resumen es la sumatoria de los afectos positivos (+1) y los negativos (-1). Los críticos han recomendado no sumar sino que mantener los puntajes positivos y los negativos por separado (Cherlin y Reeder, 1975). Cabe hacer notar que los afectos negativos son conceptualizados por autores posteriores como indicadores de distres emocional.

Dupuy (1977) y posteriormente la Rand Corporation (1979), a la luz de lo establecido por el autor anterior, construyen una larga lista de dimensiones que conjeturan son los componentes del bienestar para, posteriormente descubrir mediante el análisis factorial que subyacente hay dos factores principales que son: una percepción global de bienestar y lo que denominan distres psicológico. Este último se refiere a estados emocionales de nerviosismo, tristeza, depresión. A la luz de estos hallazgos la Rand Corporation plantea una escala abreviada compuesta por 5 ítems, donde se pregunta si durante el último mes el sujeto se ha sentido: muy nervioso, tranquilo y en calma, deprimido y triste, feliz, y tan "bajoneado" que nada lo lograba animar. Esto lo incorporan luego al SF 36 (1990) que es un instrumento ampliamente utilizado en la actualidad.

Pavot y Diener (1993) reaccionan frente a lo formulado por Bradburn sosteniendo que el bienestar subjetivo comprende tanto un componente afectivo como uno cognitivo. Ellos proponen una escala de enjuiciamiento cognitivo de la satisfacción con la vida. En ella los individuos evalúan subjetivamente su vida mediante un juicio cognitivo general. Este indicador comprende 5 ítems. Se les pide a los entrevistados que califiquen en una escala de 5 puntos que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo si piensan que: en la mayoría de los aspectos su vida se acerca a lo que hubiese querido que fuera, sus condiciones de vida son excelentes, está satisfecho con su vida, hasta aquí ha conseguido lo que ha deseado y si pudiera vivir de nuevo lo cambiaría todo. El índice resumen es la sumatoria de los juicios positivos y negativos. Cabe señalar que los autores recomiendan el uso de esta escala como un complemento a la de Bradburn. Esta recomendación se recoge en la investigación cuyos resultados se utilizarán en este estudio.

Todos los inventarios e indicadores reseñados son constructos, basados en una argumentación teórica convincente y que han sido encontrados confiables y válidos en su

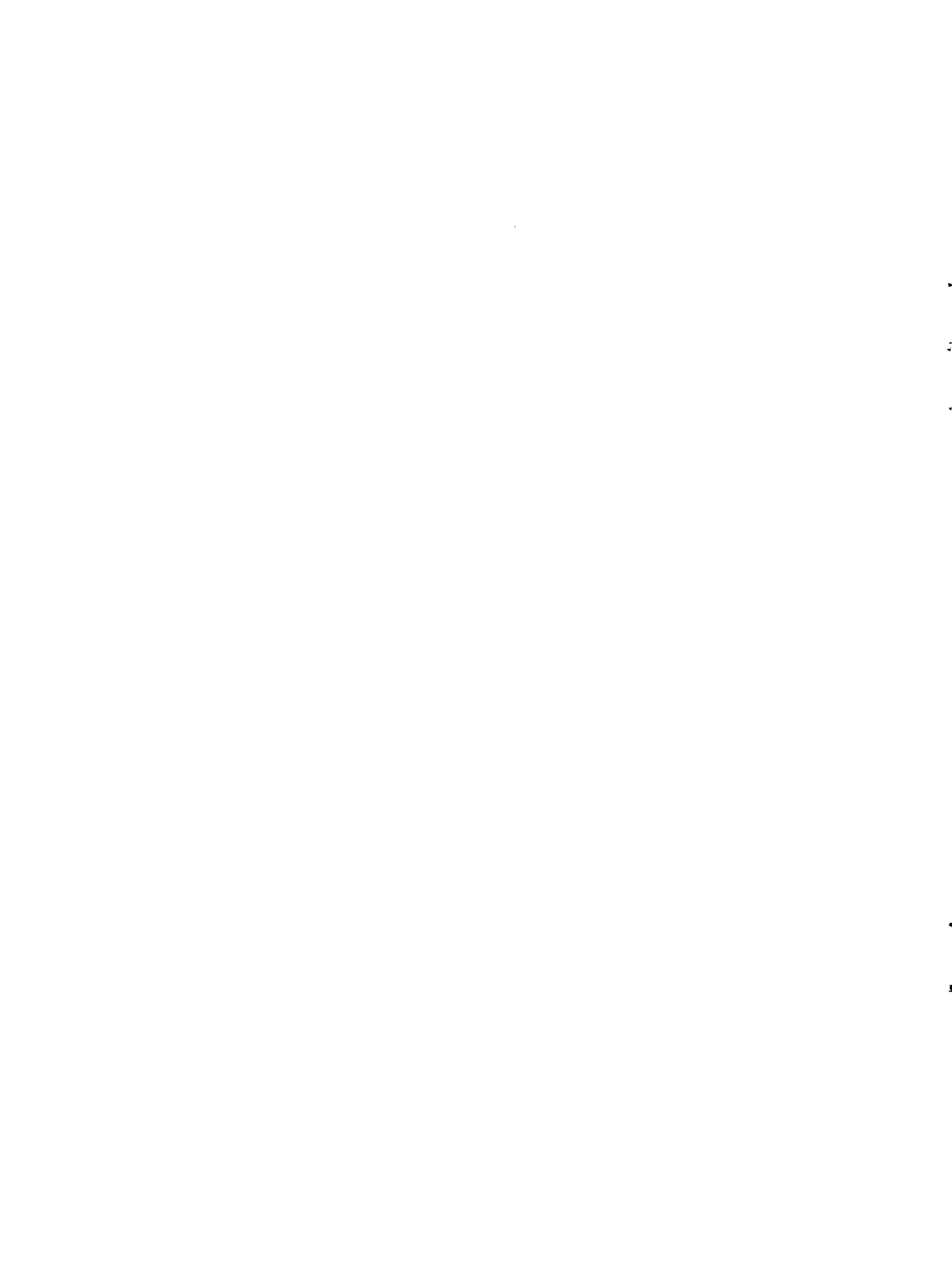


aplicación empírica en U.S.A. pero no han sido diseñados específicamente para los adultos mayores ni para la sociedad chilena⁴. De ahí la conveniencia de chequear su utilidad con los resultados empíricos obtenidos en investigaciones realizadas en Chile. Los resultados de FONDECYT 1960542 mostraron que si bien las tres formas de medición – satisfacción con la vida, Bradburn y Pavot y Diener - estaban significativamente correlacionadas entre sí, los porcentajes de la varianza que una explicaba de la otra eran del orden del 10%, lo que llevó a afirmar que se trataba de indicadores interrelacionados pero que al medir aspectos diversos conviene usarlos como complementarios. Se observó además que algunos ítems estaban muy fuertemente asociados a los puntajes totales de cada escala, existiendo la posibilidad de usarlos por sí solos. (Véase cuadro 1 en anexo). Se comprobó además que tanto lo propuesto por Bradburn como por Pavot y Diener constituían escalas con un nivel de confiabilidad de .62 y .74 respectivamente.

Lo argumentado hasta aquí lleva a concluir que el concepto de bienestar comprende tres componentes, encontrados empíricamente discriminables entre sí (Lucas, Diener y Suh, 1996) lo que indica la conveniencia de utilizarlos combinadamente⁵. Por consiguiente, en la presente investigación se definió bienestar operacionalmente mediante los ítems de: satisfacción global; tres ítems de afectos negativos, dos de Bradburn –se ha sentido deprimido o bajoneado, se ha sentido solitario- y uno de la Rand –se ha sentido muy nervioso, ansioso o angustiado; y, uno de Pavot y Diener –ha pensado que sus condiciones de vida son excelentes.

⁴ Antes de proseguir conviene anotar que las autoras conocen dos escalas realizadas especialmente para adultos mayores – The life satisfaction index creado por Bernice Neugarten y Robert Havighurst en 1961 y The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale creado por Powell Lawton en 1972. Ellas fueron descartadas debido a que la experiencia de encuestar adultos mayores en Chile, indican que son excesivamente largas al estar formadas por 20 ítems la primera y 22 la segunda, habiendo sido reducidas a 18 y 15.

⁵ Así se procedió en investigaciones posteriores. En una investigación sobre familia se combinaron el indicador de satisfacción global, con dos de los indicadores de afectos negativos de Bradburn –sentirse solitario y deprimido- y dos de los indicadores cognitivos de Pavot y Diener –pensar que sus condiciones de vida son excelentes y que si volviera a vivir lo cambiaría casi todo. En otra investigación sobre salud se combinaron: el indicador de satisfacción global; con tres indicadores del SF36, -dos de distres- se ha sentido tan deprimido o bajoneado que nada lo logra animar, se ha sentido muy nervioso, ansioso o angustiado –y uno de afectos negativos de Bradburn- se ha sentido muy solitario o alejado de otras personas. Se encontraron relacionados significativamente con estar funcionalmente sano o no estarlo tres indicadores de distres, dos provenientes de la Escala de la Rand Corporation: sentirse deprimido y triste, tan bajoneado que nada lo lograba animar y uno de la escala de Bradburn: sentirse solitario o alejado de las personas. (FONDEF D97 I 2036)



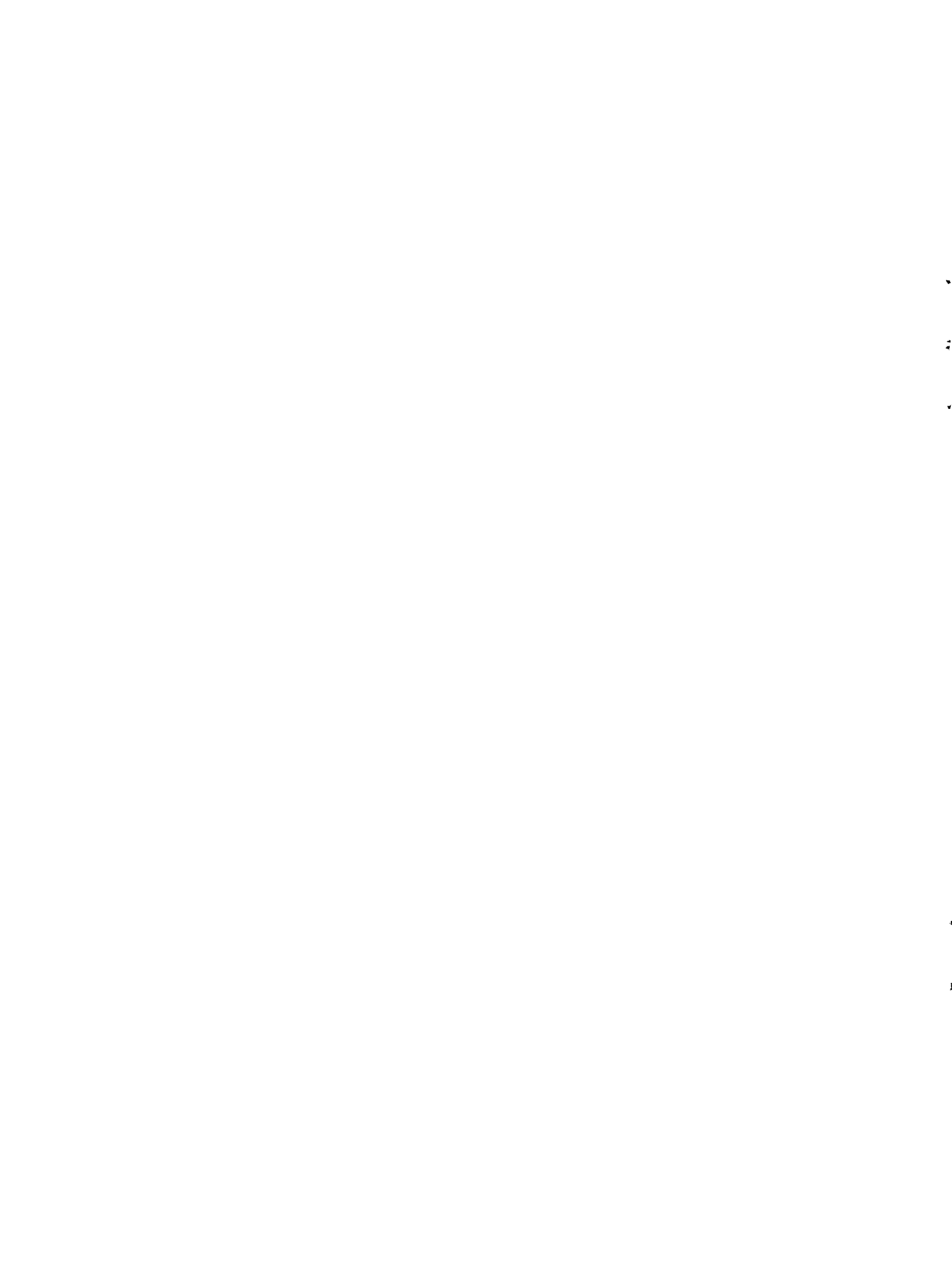
Factores asociados al bienestar sicosocial

Si bien no hay estudios que señalen sistemáticamente los factores asociados al bienestar, existen diversos autores que apuntan a distintos factores puntuales, los que en este documento se asumirán combinables.

Lo más obvio, ya establecido anteriormente, son las condiciones personales de vida, las que influyen directa e indirectamente a través de su impacto en otras variables incidentes en el bienestar, planteándose la hipótesis de que a mejor calidad de las condiciones de vida mayor nivel de bienestar. Hipótesis que es necesario desglosar para cada uno de los componentes comprendidos en la definición de condiciones de vida.

Conviene reiterar que el proceso de envejecimiento se define al adoptar un punto de vista sicosocial, vale decir, la unidad de análisis es el conjunto de individuos que envejecen y la forma cómo ellos enfrentan su proceso de envejecer dentro de un contexto societal que los condiciona. El envejecer se conceptualiza, desde esta perspectiva, como un proceso individual de adaptación a los cambios –que ocurren al interior de los individuos en el propio organismo y en sus capacidades de funcionamiento, en las circunstancias personales y en el entorno social-. El énfasis analítico se pone, entonces, en cómo los individuos enfrentan y responden a las condiciones societales y personales que les toca vivir. Esta conceptualización coincide con lo establecido por los autores de la teoría cognitiva del estrés sicosocial (Folkman, 1984; Lazarus, 1968, 1983, 1993) para quienes lo crucial no son tanto las circunstancias en que se encuentran los individuos ni los eventos que les ocurren, sino que su capacidad de enfrentar y adaptarse a las situaciones estresantes de modo de recuperar y mantener su bienestar. Asignan así a los individuos un papel activo, el de ser sujetos que construyen, en parte, la calidad de su envejecer dentro de determinadas condiciones societales, las que son interpretadas como oportunidades y recursos que facilitan o entorpecen el proceso de enfrentamiento.

La adaptación es el proceso dinámico de minimizar la discrepancia entre una situación actual y una deseada. Es el proceso de regular la relación persona/entorno, mediante modificarse ya sea a sí mismo o al entorno, como se explicará más adelante.. Dicha regulación



puede ser tanto reactiva como proactiva. Adaptarse exitosamente es conservar o recuperar el sentido de bienestar pese a la ocurrencia de sucesos adversos.

Retomando lo dicho por Lawton (1991), es la capacidad de los individuos de adaptarse frente a las circunstancias cambiantes lo que les permite experimentar bienestar. El mecanismo sicosocial que opera en la adaptación es la forma como los individuos enfrentan –significan y responden- a las situaciones que les van ocurriendo.

Proceso de enfrentamiento

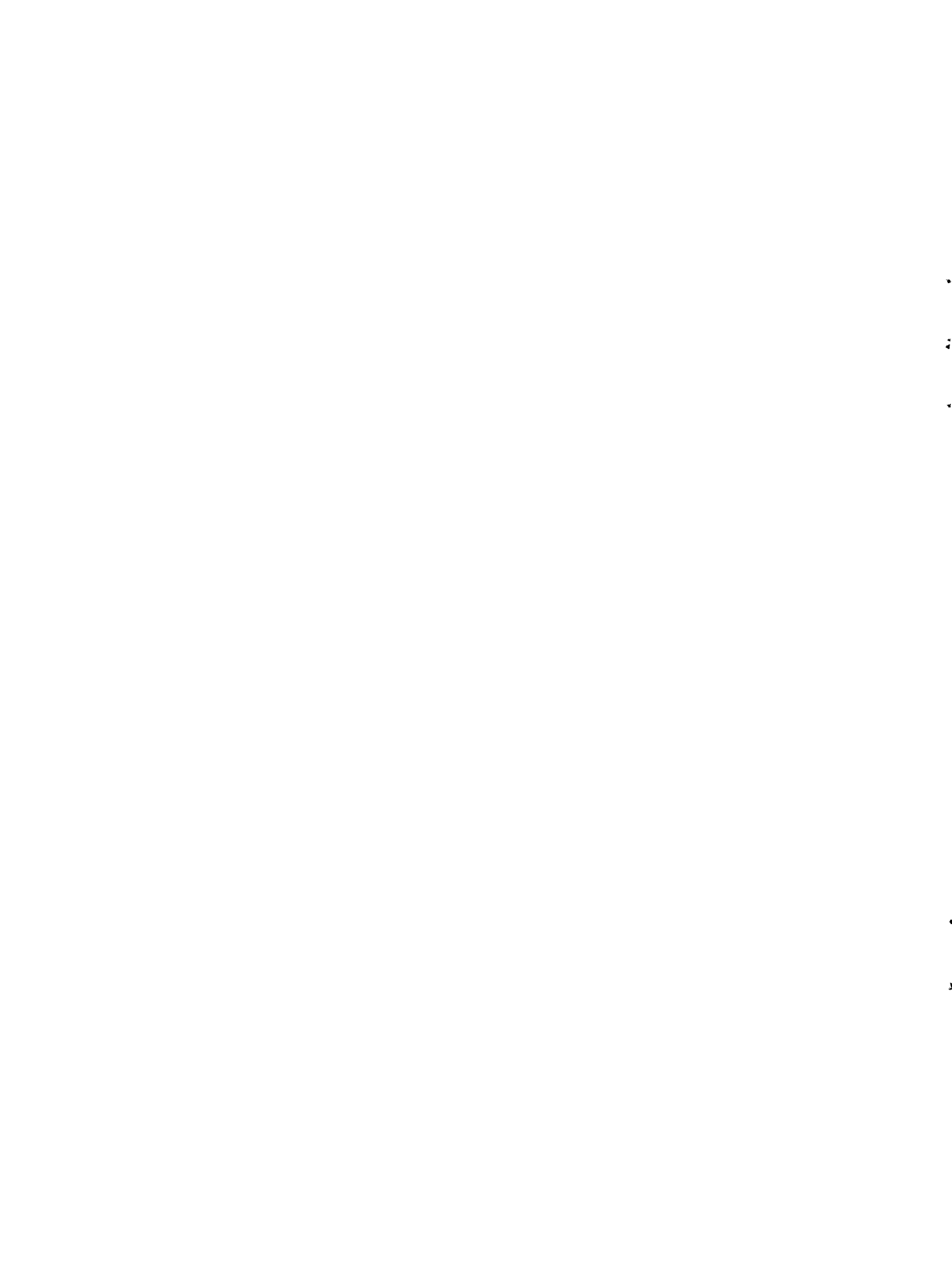
Este se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales que hace el individuo para manejar –reducir, controlar o tolerar- las demandas de la transacción individuo/entorno implicadas en una situación estresante (Folkman, 1984).

El enfrentamiento de una situación estresante o difícil es un proceso donde se pueden distinguir analíticamente dos componentes. Uno es la interpretación que los individuos hacen de la situación que los afecta y el otro es la respuesta dada a fin de manejar lo que interpretan que les está ocurriendo. Seguidamente se analizan por separado ambos componentes.

Interpretación, apreciación y predisposición a actuar

La interpretación es la actitud básica que asume un individuo frente a lo que le ocurre. En ella, a su vez, se pueden distinguir analíticamente tres aspectos. Los aspectos cognitivos relativo a los significados y la apreciación de lo que está sucediendo. Los aspectos afectivos, referidos a las emociones que se sienten a raíz de la interpretación de dichos sucesos. Los aspectos volitivos, o la predisposición a actuar frente a ello y los estados de ánimo. De entre ellos cobra especial pertinencia para esta investigación lo referente a los aspectos cognitivos⁶.

Estos comprenden diversos elementos, entre los cuales son de crucial importancia los siguientes: a) los significados atribuidos al evento, b) las creencias acerca de la realidad y de uno



mismo que subyacen las percepciones y apreciaciones de ella. Son particularmente pertinentes la convicción de si uno puede hacer o no lo necesario para enfrentar efectivamente lo que le está ocurriendo (Lazarus y De Longis, 1983; Folkman, 1984). A esto mismo se alude con los conceptos de confianza en la capacidad de enfrentar y de responsabilizarse por buscar respuestas a lo que les ocurre (Heppner y Petersen, 1991) y la percepción de autoeficacia (Bandura, 1977 y 1982). Las creencias en la propia eficacia son un elemento clave en la medida que los sujetos no intentarán hacer que sucedan cosas si no sienten que tienen la capacidad de producir los resultados deseados (Smith et. al., 2000); c) la apreciación de las contingencias propias de la situación particular que se enfrenta, en términos de los recursos disponibles y las opciones de acciones posibles. Es pertinente hacer notar que a y c están fuertemente influidos por la concepción que se tenga acerca del proceso de envejecimiento.

Construcción de una respuesta

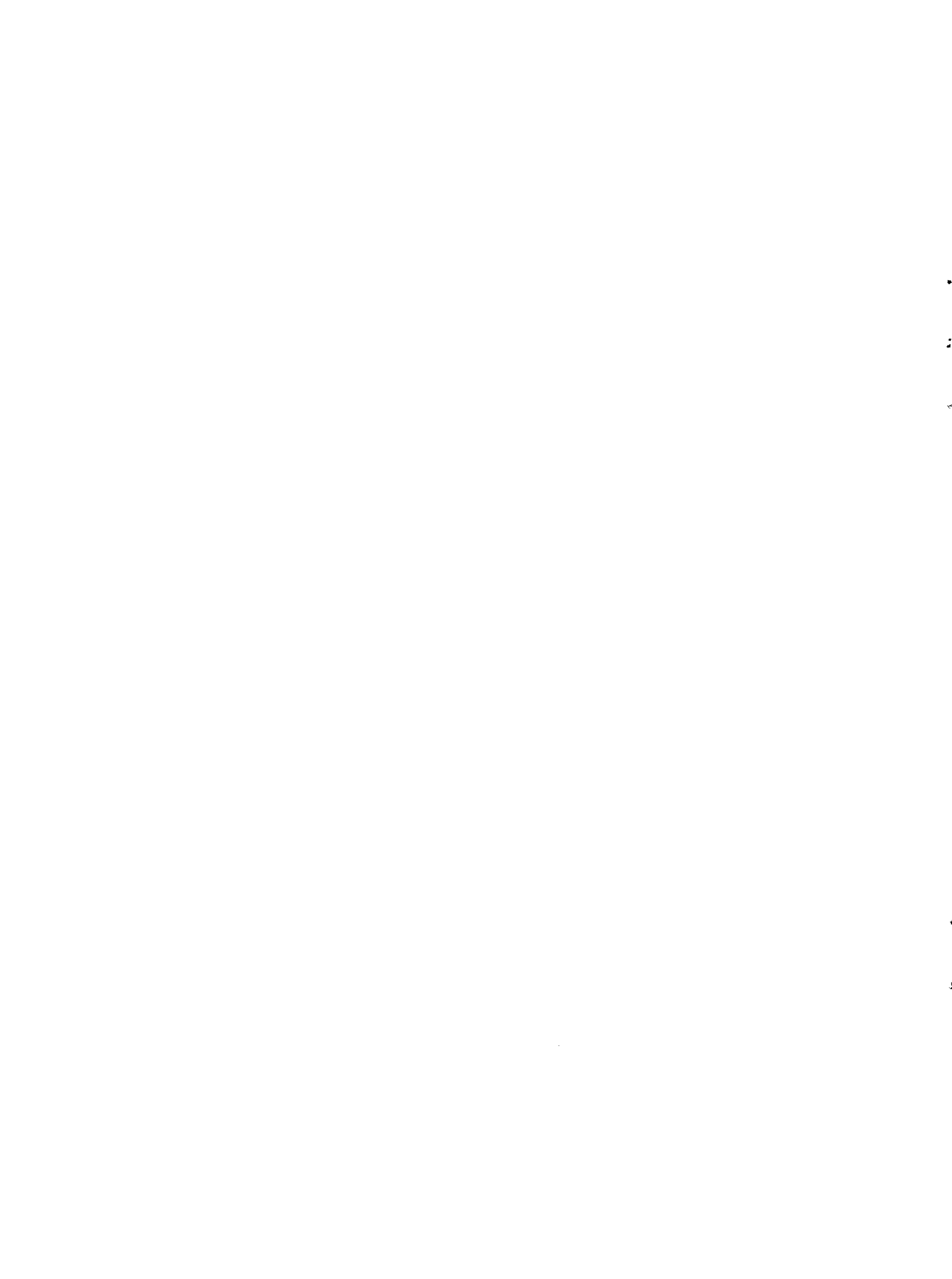
El segundo componente del proceso de enfrentamiento es la construcción de una respuesta o de una forma de ajustarse a las nuevas circunstancias o, dicho en otras palabras, el ir buscando una forma de comportarse que obtenga, de acuerdo a las interpretaciones de las circunstancias y de los recursos disponibles, los mejores resultados posibles (Barros, Forttes, 1996).

Recuérdese la opción valórica que los sujetos sean capaces de enfrentar adaptándose adecuadamente o siendo resiliente, es decir, que logren conseguir que las situaciones estresantes no les resulten en una fuerte disminución de su sentido de bienestar.

El concepto de resiliencia es tomado de la física. Allí se usa para referirse a la capacidad de un cuerpo para recuperar su forma y tamaño original después de haber sido comprimido, doblado o estirado. En psicología y sociología se usa con un doble significado:

1° Para referirse a la capacidad de las personas de salir adelante pese a las condiciones adversas que les toca enfrentar. Es la capacidad de vencer la desventura, la que aquí se

⁶ Aquí se engloba lo que Lazarus y sus seguidores denominan apreciación primaria, referida al significado de lo que ocurre; y apreciación secundaria, referente a lo que se puede hacer frente a lo que ocurre.



conceptualiza como la capacidad de enfrentar situaciones estresantes de modo de recuperar o mantener la percepción subjetiva de estar satisfecho o de sentir bienestar.

¿Qué elementos entrarían en juego en este proceso de enfrentamiento resiliente?

Diener (200) señala tres factores que influyen en el proceso de adaptación: la naturaleza de las circunstancias en el sentido que unas presentan mayores o menores dificultades para adaptarse a ellas, ciertas predisposiciones personales –optimismo, autoeficacia, etc.- y la posibilidad de los sujetos de modificar sus expectativas y fines a las nuevas circunstancias.

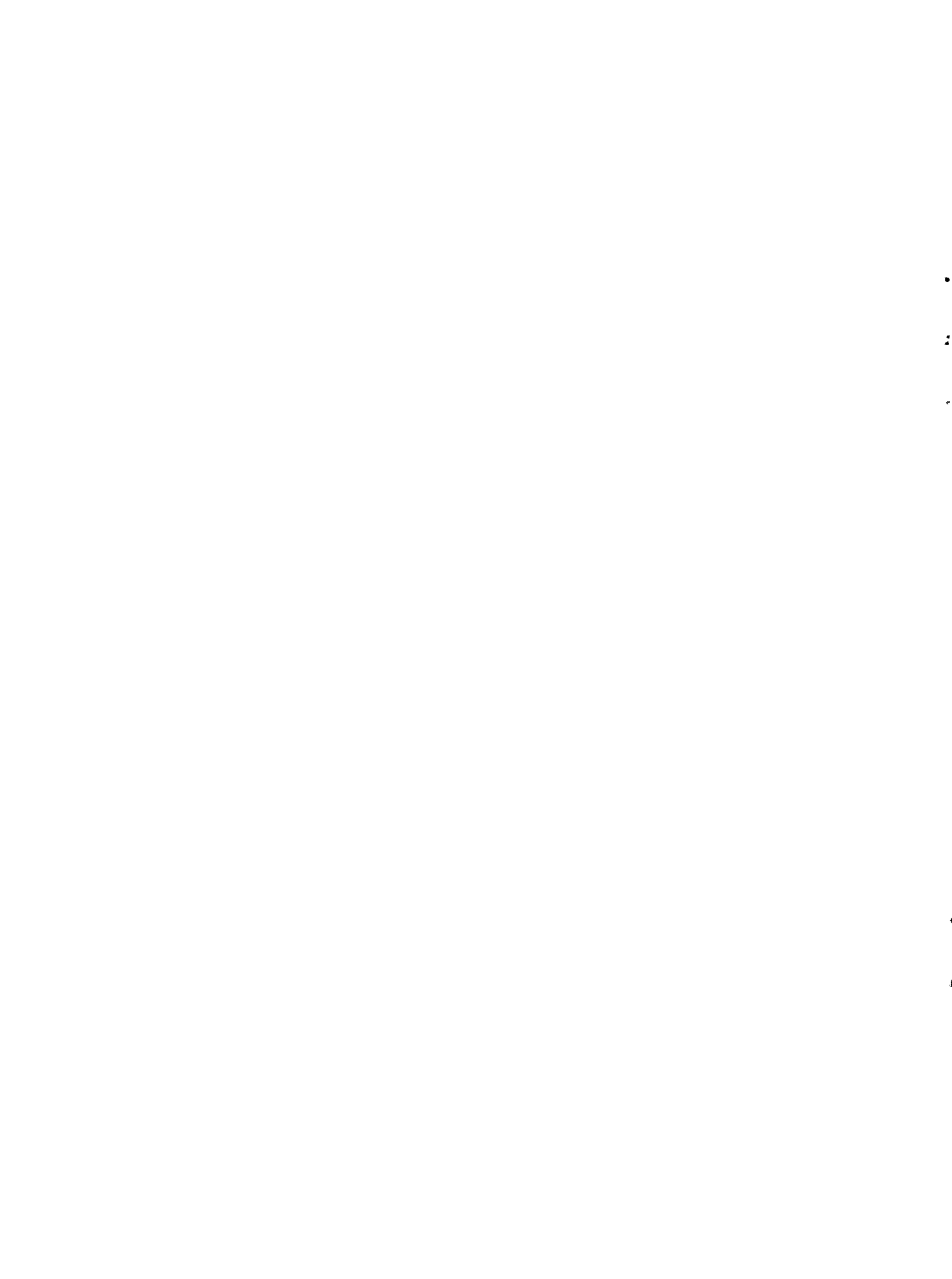
Rowe y Kahn mencionan como factores contribuyentes del nivel de bienestar: la capacidad de enfrentar adecuadamente o de adaptarse a los cambios que ocurren y la percepción de autoeficacia. Ambos conceptos los relaciona Bandura (1973 y 1982) al decir que un requisito básico en el proceso de enfrentamiento es la percepción de autoeficacia.

Percepción de autoeficacia

El constructo de autoeficacia, introducido por Bandura, representa un aspecto central de su teoría social cognitiva (Bandura, 1997). El autor plantea que un tema central para las personas es la lucha por ejercer control sobre los sucesos que las afectan a lo largo de la vida. El ejercicio de esa influencia sobre sus asuntos vitales las haría más capaces de obtener un futuro deseado y de evitar uno indeseable. Ello haría más predecible el futuro, lo cual a su vez aumentaría sus posibilidades de prepararse para lo que viene.

La autoeficacia más que referirse a un juicio sobre si uno puede o no controlar un cierto resultado (esto es, control personal), se centra en la evaluación de la propia capacidad de ejecutar efectivamente las conductas necesarias para manejar una situación (Bandura, 1977)⁷. En el nivel individual, la autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras.

⁷ De este modo, la autoeficacia tiene más que ver con autopercepciones de competencia que con el nivel *real* de competencia de las personas.



El sentimiento de autoeficacia, o eficacia percibida, refleja la creencia en la capacidad de controlar las cambiantes demandas medioambientales mediante acciones adaptativas y puede considerarse también como una visión basada en la autoconfianza acerca de la capacidad de manejar algunos estresores vitales (Schwarzer, 2001). Este sentido de autoeficacia es un recurso personal valioso en la adaptación humana (Jerusalén y Mittag, 1999) ya que quienes lo poseen conciben los cambios que los afectan como un reto, lo que fomenta la acción; mientras que aquellos con un bajo sentido de autoeficacia lo perciben como una amenaza, lo que crea aprensión, apatía o desesperación.

Schwarzer señala que en términos de sentimientos, una baja autoeficacia percibida está asociada con depresión, ansiedad y desesperanza; mientras que en términos de pensamiento, una alta autoeficacia está asociada con la facilitación de procesos cognitivos y el desempeño en diversos ambientes (Schwarzer, 2001).

Slangen-de Kort (1999) agrega que este concepto posee un amplio potencial para explicar la relación entre envejecimiento y adaptación, no solamente porque influye en las evaluaciones acerca de la viabilidad de diversas estrategias de afrontamiento en una circunstancia dada, sino porque además se relaciona con las percepciones de amenazas o desafíos y con la motivación para desarrollar esfuerzos y conseguir llegar a la meta en este proceso. Las creencias de autoeficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas (Bandura, 1999, p.21).

En resumen, la percepción de autoeficacia es esencial para que un sujeto sea capaz de enfrentar cualquier cosa que le ocurra, de modo de adaptarse a las cambiantes condiciones propias del envejecer. Por consiguiente, se hipotetiza que quienes se perciban con autoeficacia tendrían un mayor bienestar.

Mecanismos de acomodación

Bandura (1999) sostiene que con el transcurso de los años hay aspectos de la vida que son menos posibles de control aunque siguen existiendo oportunidades para escoger y, por ende, aún queda un margen de control. Esto último incluye particularmente optar por una

serena aceptación de ciertas pérdidas, evitando caer en la desesperación. Esta afirmación la fundamenta en lo establecido por los siguientes autores. Rothbaum, Weisz y Zinder (1982) proponen distinguir entre el control primario o la capacidad de manipulación activa del ambiente y el control secundario en que la actuación del sujeto se centra en sí mismo, en adaptar la propia mente para entender los problemas y, a partir de ello, reducir el impacto que tiene sobre sí mismo un acontecimiento que no puede alterar. Mientras el control primario busca modificar el entorno para adaptarlo a las metas y aspiraciones del sujeto, el control secundario busca modificar las aspiraciones e interpretaciones para adaptarlas a las nuevas condiciones del entorno o del propio organismo.

El control secundario comprende las acciones dirigidas a sí mismo, las que son preferentemente cognitivas y afectivas, incluyendo en estas últimas la búsqueda de apoyo social y espiritual. Brandtstädter y Renner (1990) proponen dos mecanismos complementarios de enfrentamiento para mantener la satisfacción con la vida. La **acomodación** –equivalente al control secundario- implica acomodar los objetivos a las pérdidas y obstáculos y la **asimilación** –equivalente al control primario- implica la modificación del entorno al servicio de ir alcanzando objetivos. En la vida real se suelen emplear combinadamente ambos tipos de estrategia.

Baltes y Baltes (1990) afirman que las personas al envejecer pierden competencias y recursos para modificar su entorno, sin embargo, ello puede ser compensado ya que el sí mismo (self) puede continuar siendo un poderoso factor de enfrentamiento mediante los procesos de selectividad, compensación y optimización. El proceso a lo largo de la vida de *selective optimization with compensation* es lo que permite envejecer exitosamente, entendido como el poder de realizar tareas importantes para los sujetos a pesar de su reducción en energía y capacidades.

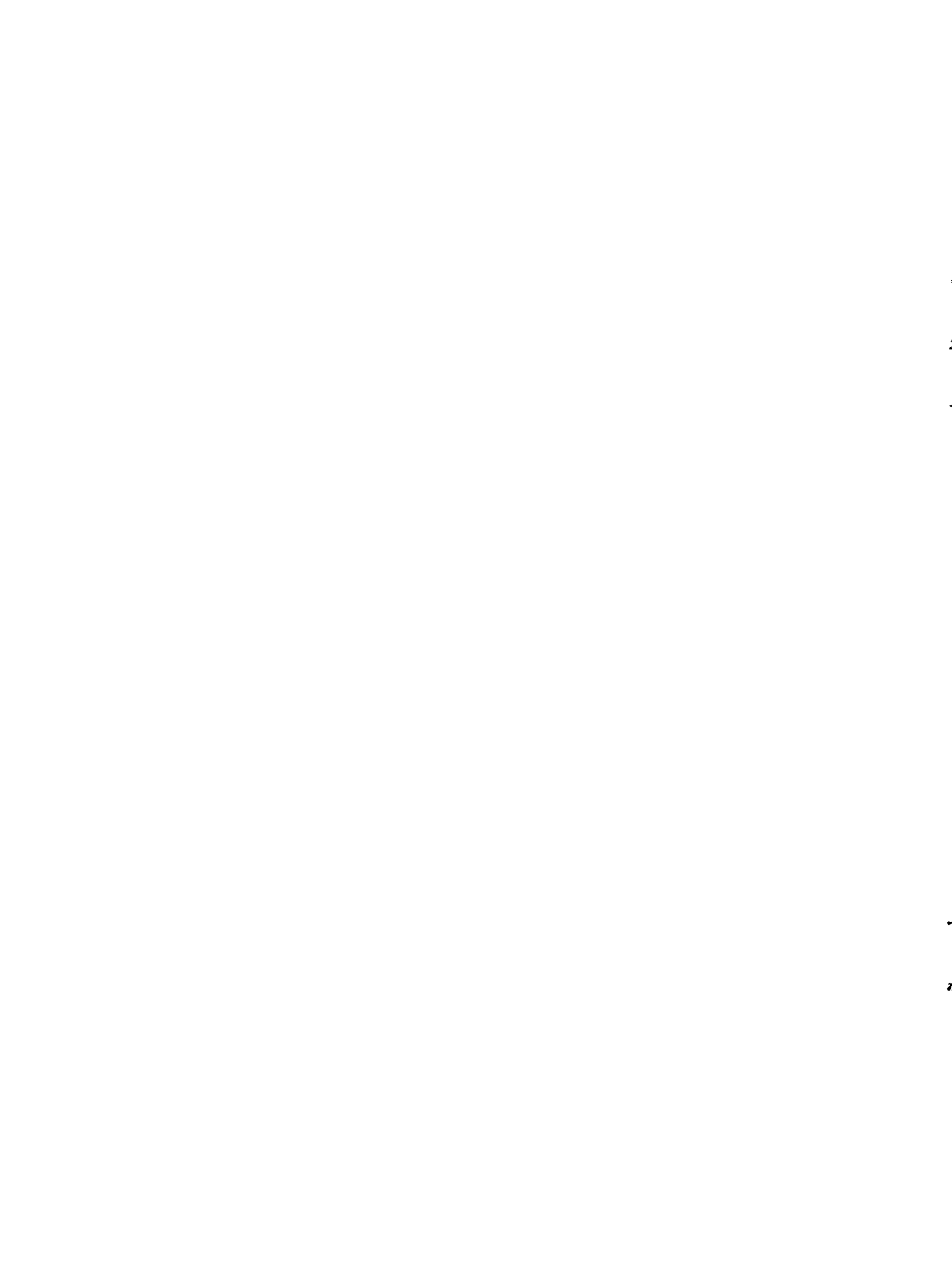
Los autores parten del supuesto que el sí mismo permanece siendo resiliente para enfrentar lo que le sucede y mantener su integridad. Luego argumentan que la tarea adaptativa de los individuos comprende tres procesos: 1) selección, al concentrarse en pocos dominios altamente prioritarios y donde convergen las demandas del entorno con las motivaciones y capacidades del individuo: 2) optimización ya que los sujetos actúan de modo de maximizar su

curso de vida; 3) compensación o el acomodo que resulta como respuesta a la restricción en el margen de potencial adaptativo. Este proceso opera cuando se pierden o reducen las capacidades de comportamientos a un nivel inferior al requerido para funcionar adecuadamente. Los autores ilustran el modo como operan estos procesos con el caso del pianista Rubinstein quien conquistó las debilidades del envejecer (se adaptó) en su ejecución al: reducir su repertorio (selección), practicarlo más seguido (optimización), y disminuir su velocidad al tocar en forma previa a un movimiento rápido, de modo de producir un contraste que aumenta la impresión de velocidad del movimiento rápido (compensación).

Si se combina el modelo de Baltes con los conceptos de control primario y secundario se puede sostener que frente al acontecer de eventos que involucran pérdidas, fallas, amenazas, los adultos mayores pueden ser resilientes en la medida que se dan cuenta de sus déficit y se esfuerzan por acomodarse y compensarlos, lo que les permite enfrentarlos minimizando las pérdidas y manteniendo el bienestar (García Martín y Hombrados Mendieta, 2002).

Ditmann-Kohli (1990) permite entender mejor el proceso de adaptación al establecer que los adultos mayores construyen un significado positivo de su vejez mediante varias estrategias cognitivo-afectivas. Por ejemplo, en vez de tener elevadas expectativas de realización, los adultos mayores modifican sus estándares y se aceptan más a sí mismos y lo que es su vida; valoran más lo que tienen; consideran haber ya alcanzado sus objetivos y aprecian lo que les va quedando (aún me siento bien, para mi edad tengo buena salud). En pocas palabras, una sabia disminución en las aspiraciones les provee una paz mental que les permite experimentar un sentido de bienestar. En términos de Brandtstädter y Renner, opera la estrategia de acomodación, o el control secundario.

Esto lleva a destacar como dicen Baltes y Carstensen (1996) al referirse especialmente a los adultos mayores, que lo más importante es la "plasticidad" de los seres humanos, propiedad que les permite adaptarse (o acomodarse) a las circunstancias menoscabadas a través de procesos cognitivos/afectivos de selección de objetivos alcanzables, de compensar deficiencias al modificar los medios y optimizar el uso de las reservas y los recursos a mano. En este documento se subrayará el valor de dos recursos no materiales, el apoyo social y el espiritual.



Masten (2001) coincide con lo ya dicho cuando señala otros factores asociados a la resiliencia, entre los cuales conviene destacar la relación afectiva con otros, las habilidades cognitivas, una visión positiva de sí mismo y la percepción de autoeficacia. Agregando que la resiliencia no es, por lo tanto, un fenómeno extraordinario, sino que es un fenómeno común, ya que surge de la operación de estos mecanismos adaptativos básicos que son propios del ser humano.

2° El concepto de resiliencia se usa también para referirse a la capacidad de vivir bien y desarrollarse positivamente de un “modo socialmente aceptable”, a pesar de las difíciles condiciones de vida. Esto se relaciona con la imagen cultural de la vejez y con su reflejo a nivel sicosocial en las expectativas de lo que se espera en esta etapa y, por ende, en las formas predominantes de enfrentarla y en las bases en que fundar el sentido de la vida.

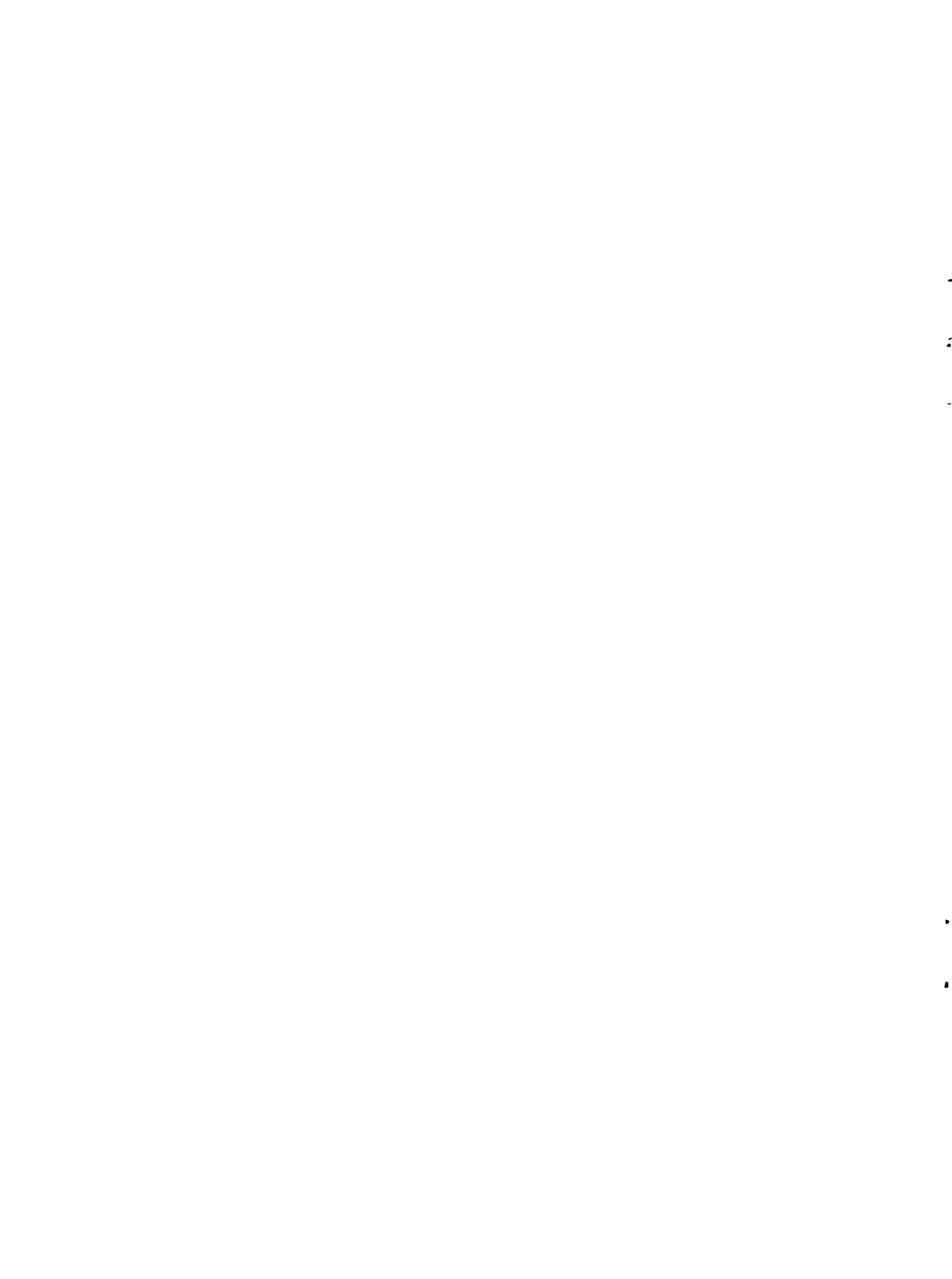
La influencia de estos factores culturales se notan especialmente en el segundo componente del proceso de enfrentamiento, vale decir, en la construcción de una respuesta o de una forma de ajustarse a las nuevas circunstancias o, dicho en otras palabras, en ir buscando una forma de comportarse que obtenga, de acuerdo a las circunstancias y a las interpretaciones, los mejores resultados posibles. Una investigación empírica (Barros, Forttes, 1996) encontró que los adultos mayores para enfrentar y dar respuesta a las situaciones estresantes combinaban una pocas modalidades de respuesta que repetían usualmente con otras que variaban según cual fuere la situación. Las modalidades que repetían frecuentemente, en orden de frecuencia decreciente son: a) buscar consuelo y apoyo en Dios (70%), b) esforzarse por aceptar (40%), c) tratar de pensar en otras cosas y distraerse (30%) y, d) desahogar emociones conversándolas con alguien (26%). Ello llevó a plantear que dichas modalidades corresponderían a ideas de lo que se espera culturalmente sean las actitudes propias de los adultos mayores, léase, volcarse a lo trascendente confiando en Dios y tener resignación, lo que se complementa con formas de aliviar las tensiones emocionales al evitar pensar y distraerse y al desahogarse conversando. En otras palabras, estas modalidades son formas culturalmente condicionadas que constituyen respuestas resilientes, en la medida que alivian tensiones y permiten mantener o recuperar el bienestar, especialmente frente a cambios en oportunidades sociales y en condiciones orgánicas que los sujetos no pueden alterar. Serían estas estrategias de acomodación las que contribuyen a mantener el bienestar. Si la imagen cultural conceptualiza a la vejez como un proceso

progresivo e inevitable de deterioro, entonces es entendible que una socialización anticipatoria lleve a seleccionar estas estrategias de acomodación.

Esto lleva a plantear la necesidad de incorporar como otras de las variables asociadas al bienestar sicosocial, a las ideas o imágenes culturales que tienen los adultos mayores sobre el envejecimiento.

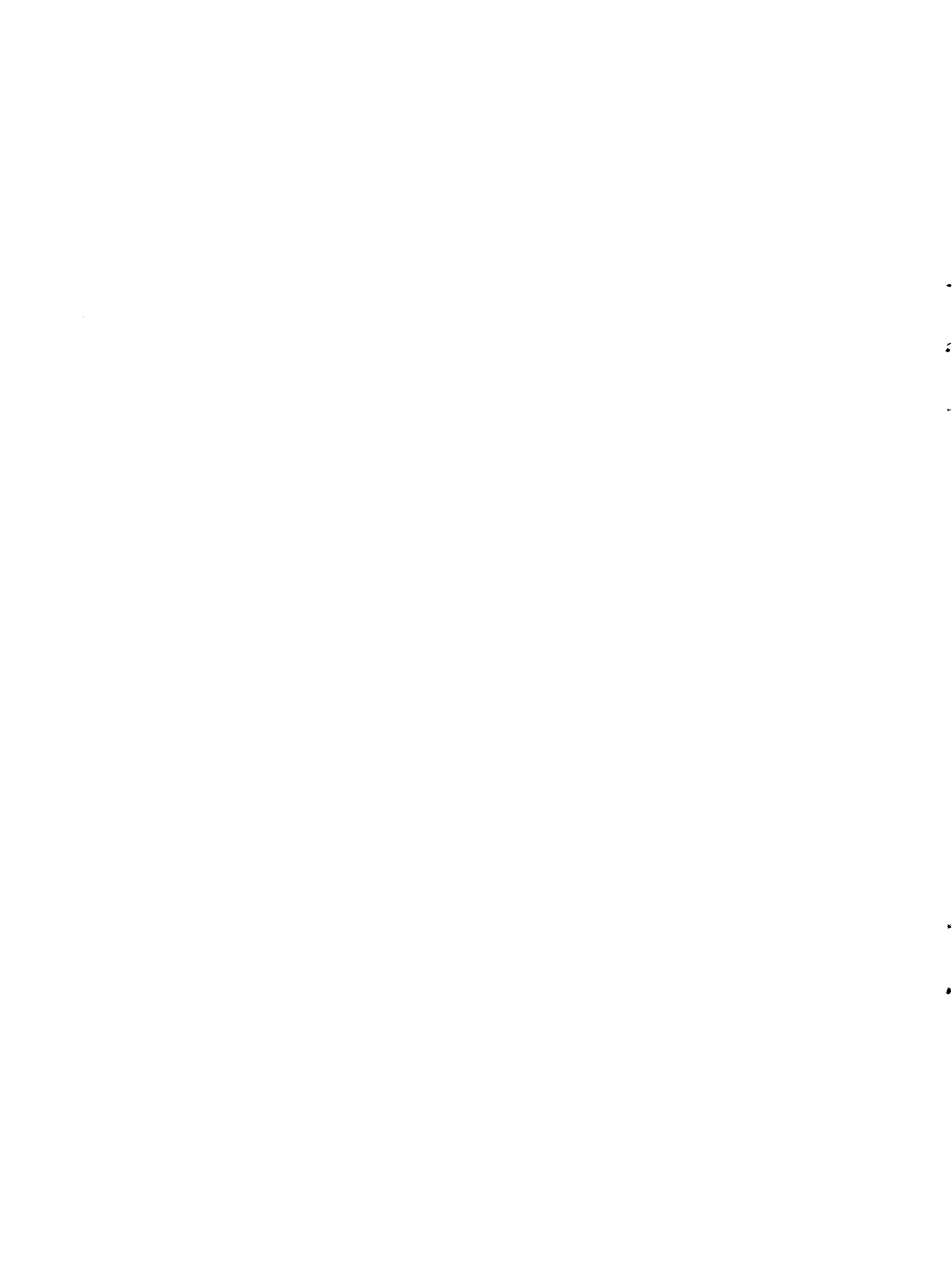
Las bases en que fundar el sentido de la existencia y las razones para sentirse satisfecho reflejarían también las expectativas socioculturales de lo que es esperable en esta etapa de la vida, de allí que se traduzcan en proponerse metas que se juzgan alcanzables. Un estudio empírico (Barros, Forttes, 1996) mostró que el nivel de bienestar, en el caso específico de los adultos mayores, estaba asociado a factores de índole global referentes a la percepción de una vida plena y las bases del sentido otorgado a esta etapa de la vida. Para referirse a estos temas se combinará el pensamiento de dos autores ya clásicos: Erikson y Frankl.

Acorde con lo dicho por Erikson (1981 y 1985), tener una vida plena se asocia al cumplimiento de las tareas de desarrollo propias de la etapa de la vida en que uno se encuentra. Frente a estas tareas de desarrollo, los individuos pueden lograrlas o bien fracasar. En la vejez habría, según Erikson, dos tareas de desarrollo que demandan ciertas virtudes o capacidades de los individuos a fin de llevarlas a cabo. Según el autor, éstas serían la integridad que se refiere a la tarea de ponerse en la buena con la vida y culminarla con la vivencia de misión cumplida. Es a través de la reflexión, el trabajo interior, la introspección que los individuos logran aceptarse a sí mismos y lo que ha sido su vida con lo bueno y lo malo de modo de sentirse en paz consigo mismo y los demás. Es a través de un proceso cognitivo que se resignifica a la vida y a sí mismos, permitiendo alcanzar una vivencia de misión cumplida, una actitud de serenidad frente a la vida y de falta de temor frente a la muerte. A quien cumple esta tarea logra la virtud de la sabiduría, quien fracasa se sume en la desesperación. La segunda tarea, la generatividad, es la continuación de la tarea que tuvieron como adultos. Ella se refiere a cuidar las personas, los productos y las ideas que a uno le preocupan. Como él lo dice citando a Freud, a trabajar y a amar. Lo cual es explicitado por Erikson en términos de, por un lado, producir y crear y, por otro lado, relacionarse con los demás y sentirse responsable por ellos.



Algo similar es lo dicho por Frankl (1987) cuando menciona dos vías para tener una existencia plena. Una es la vía del “homo faber” quien llena su sentido existencial con lo que hace o con sus obras. En caso contrario, la inactividad lleva al aburrimiento y el ocio a un sentimiento de vacío e inutilidad. El hombre, para sentirse satisfecho, debe interesarse por lo que ocurre en el mundo, tener un conjunto de actividades que realizar y un propósito o un proyecto de vida que cumplir. La otra es la vía del “homo amans” quien enriquece el sentido de su vida a través de amar la vida, vale decir, de vivirla como algo valioso que le da bienestar y de amar a las personas y relacionarse con ellas. Ello significa buscar descubrir la belleza de las cosas cotidianas y disfrutar al máximo los momentos de recreación y de alegría. También supone poner empeño en relacionarse con otros y no aislarse, en querer y ser querido, en preocuparse y responsabilizarse por otras personas, en ayudar a los demás y ser solidario, aportando experiencias y servicios a los demás.

Los datos empíricos disponibles avalan estas proposiciones. Los datos del cuadro 2 permiten aseverar que en el nivel de satisfacción influyen las condiciones de vida personales – ingreso y salud- las actividades realizadas, y marcadamente la relación con otras personas y el producto de aplicar estrategias cognitivas que les permiten resignificar la vida y acomodarse a las circunstancias.



Cuadro N° 2
Fundamento del nivel de Bienestar

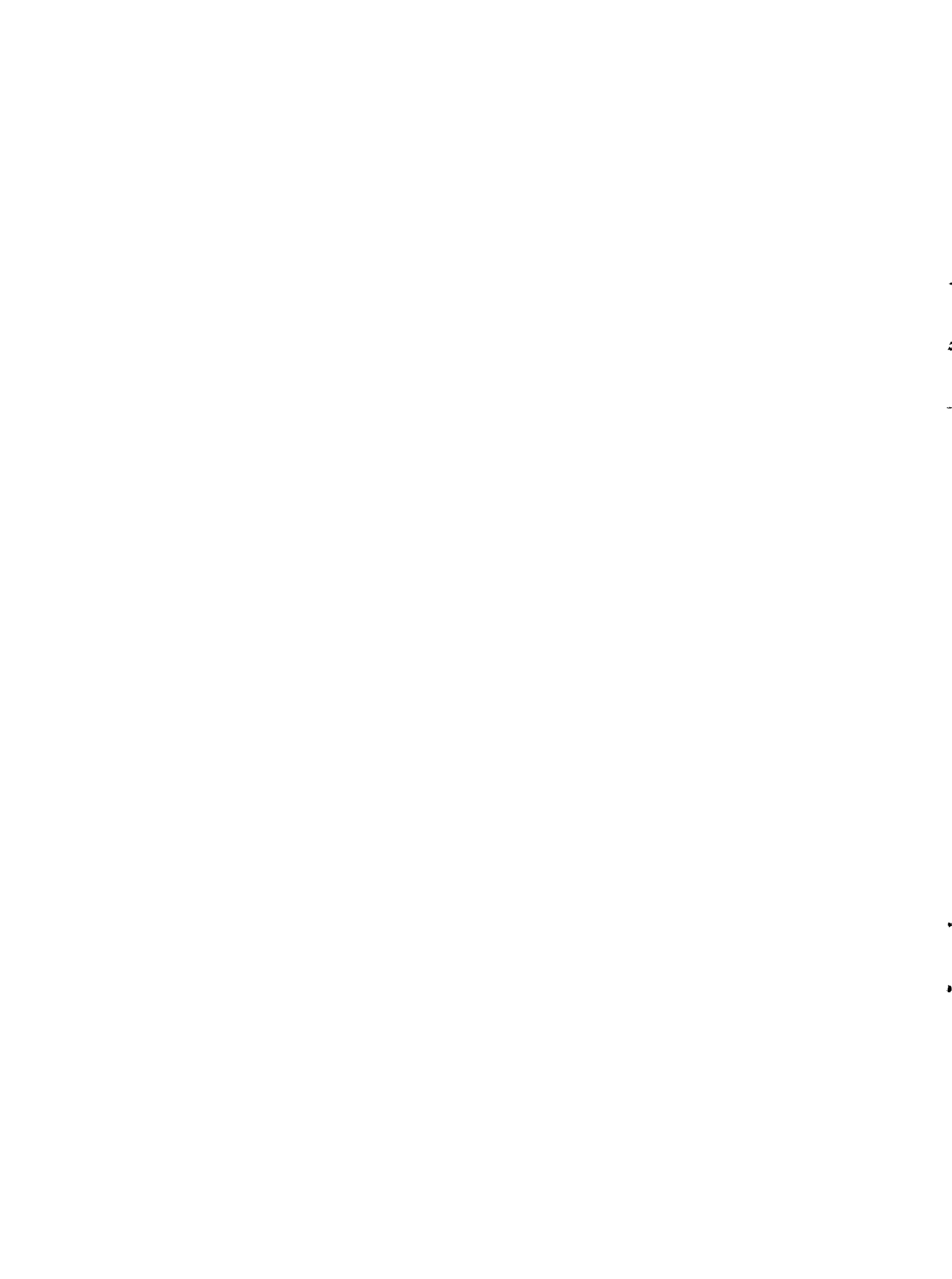
	%
Suficiencia ingreso	8.8
Condiciones de salud	7.0
Resultados de la situación estresante	10.5
Generatividad total	33.3
Homo faber (a)	3.5
Homo amans (b)	25.4
Ambas	4.4
Integridad (c)	40.4
Total	100%
N = 114	

Fuente: FONDECYT 1960542

- (a) El sentido de su vida lo encuentra en lo que hace
- (b) El sentido de su vida lo encuentra en apreciar la vida o en amar, solidarizar y relacionarse con las personas
- (c) El sentido de su vida lo encuentra en la relación con su interioridad y su historia de vida. Se sienten bien por los logros de su vida y aceptar sus fracasos y dolores, asumiéndolos aunque con el ánimo de luchar por obtener lo mejor posible de su vida.

Estos hallazgos coinciden también con lo encontrado por Rowe y Kahn (1997) quienes afirman que el compromiso con la vida, entendido como realizar actividades significativas para el individuo y relacionarse con otras personas, es un componente básico del envejecer exitoso. Por consiguiente se incorporan ambas variables como factores asociados al bienestar.

Hasta aquí se han discutido varios factores incidentes en el bienestar que conviene reseñar: la percepción de autoeficacia, la imagen del proceso de envejecimiento, las modalidades de enfrentamiento y la importancia que en ellas tienen la creencia en Dios y el apoyo de los otros. A continuación se detallan estos últimos dos elementos.



Confianza en Dios y espiritualidad

Este es un tema muy complejo que puede empezar a abordarse al conceptualizar la espiritualidad “como un proceso de interacción entre nuestra conciencia con Dios o con un Poder Superior, en función de lo denominado: Fe. La Fe implica la certeza de algo sin evidencia material de ello. Religión alude a una institución cultural u organización grupal en torno a un culto específico ... (que ofrece) consuelo en las privaciones, favorece la autoaceptación y disminuye los sentimientos de culpa” (Almanza-Muñoz y Holland, 2002, p. 4). La espiritualidad puede concebirse también como el amplio campo humano que versa con los propósitos últimos, con Dios, con el amor y con la compasión (Ahmadi, 2001). Otros aspectos adicionales de la espiritualidad serían: centrarse en Dios como un poder que dirige la vida de las personas; ofrecer una concepción positiva de la vida del espíritu dentro de cuerpos envejecidos, ofreciendo así una alternativa a la desesperación frente al decaer orgánico; ofrecer la oportunidad de trascendencia (Moberg, 2002).

Recuérdese que lo que interesa analizar en esta investigación es únicamente el papel que juegan la confianza en Dios y la espiritualidad en la forma de enfrentar las situaciones que les ocurren a los que envejecen y, más en concreto, en como dichas modalidades de enfrentamiento contribuyen al bienestar.

Al respecto puede decirse que: creer en Dios como el poder que dirige la vida de las personas, hasta cierto punto contrarresta la incertidumbre y la pérdida de control que ocurre al envejecer. Cuando al darse cuenta de la vulnerabilidad, el sufrimiento y la muerte surge el temor, la espiritualidad ofrece la esperanza que al final todo estará bien (Myers, 2000). Creer que el acontecer de la vida obedece a una voluntad divina lo provee de significado e incrementa la aceptación de las situaciones estresantes, de la declinación física y la pérdida de capacidades. La espiritualidad modifica el significado de la muerte desde un final al principio de una nueva existencia, a la trascendencia de una vida eterna, eso consuela frente a la muerte de amigos, familiares e incluso a la cada vez mayor proximidad de la propia muerte. De este modo otorga un trasfondo de confianza que proveen de estabilidad y continuidad frente a la experiencia de incertidumbre y temor. La espiritualidad hace sentirse permanentemente vinculado a Dios y eso contrarresta el aislamiento e impide la soledad. Tener una concepción

positiva del espíritu y creer en sus potencialidades de crecimiento, contrarresta la desesperanza con un cuerpo que envejece y decae, lleva a creer que a pesar que la cáscara se debilita el espíritu aún crece. Confiar en Dios, al decir de los adultos mayores, alivia y consuela frente al dolor, la tristeza y la soledad (Barros, Muñoz, 2001).

Se conjetura, entonces, que a mayor espiritualidad habría un mayor bienestar.

Apoyo Social

Apoyar a otros es preocuparse porque no fallen, es darles valor y confianza, es asistirlos para que enfrenten mejor su situación. Shumker y Brownel (1984) definen apoyo social como un intercambio de recursos entre al menos dos individuos percibidos como el proveedor y el receptor. McDowell y Newell (1996) dicen que usualmente se lo define en términos de la disponibilidad de personas: en quien el sujeto pueda confiar o en quien pueda descansar; y que lo hagan sentirse cuidado y valorado como persona.

Precisando, en este documento se estudiará el apoyo social desde la óptica de los adultos mayores, centrándose principalmente, en la percepción que ellos tienen acerca del apoyo que podrían recibir de otros en caso de necesitarlo.

Al referirse al concepto de apoyo social se pueden distinguir analíticamente entre dos nociones: la composición o estructura de la red de relaciones y la naturaleza de los nexos.

1° **La de la composición o estructura de la red de relaciones** que declara poseer un individuo, lo que se refiere a los diversos agentes o actores que conforman su red de relaciones. Cabe hacer notar que se usará el término “red de relaciones” en un sentido amplio que lo hace sinónimo del conjunto de personas con las que está vinculado un individuo⁸. Ello hace necesario exponer algunas ideas sobre los posibles proveedores de apoyo.

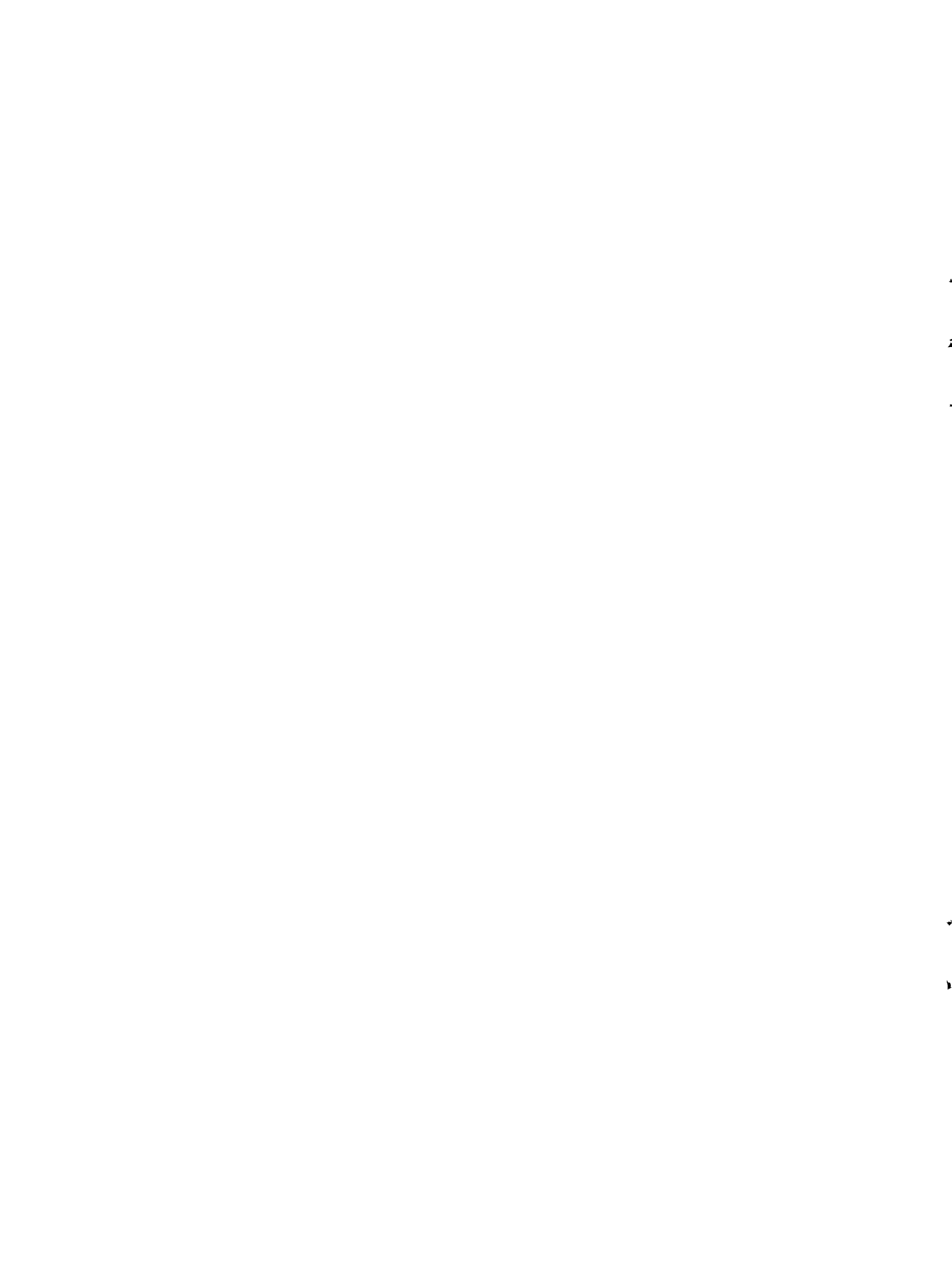
⁸ El uso más preciso del concepto red implica que las personas que la conforman, no sólo se relacionan con el individuo que está siendo estudiado sino que también se interrelacionan entre sí. Técnicamente, aquí no se estudiarán redes sino que relaciones entre díadas (Fiske y Robinson, 1976), vale decir, entre el adulto mayor estudiado y otro actor social, sea su cónyuge, su hijo, otro familiar o amigo.

Cabe mencionar que hay una modalidad institucional u organizada de otorgar apoyo y otra que surge en las relaciones interpersonales. Aquí la atención se concentra únicamente en las relaciones interpersonales, es decir, en los vínculos cara a cara con individuos significativos y en las interacciones que se establecen con ellos.

Si bien los miembros de la familia son los agentes socialmente definidos como los principales proveedores de apoyo, no son los únicos capaces de ofrecerlo. Hay otras instancias donde se puede entablar este tipo de relación personal: grupos de amigos; vecinos; miembros de organizaciones de autoayuda promovidas deliberadamente para estos fines, tales como clubes de adultos mayores; profesionales y otros proveedores de servicios. Si bien es un lugar común pensar que para los adultos mayores las relaciones con sus familiares serían las más importantes, ello no resta importancia a la conveniencia de ampliar lo más posible el repertorio de personas con las cuales puedan establecer relaciones sociales íntimas. De ahí el interés de estudiar cuáles son efectivamente los diversos tipos de actores o agentes con los cuales se relacionan los adultos mayores.

En la literatura se señala que hay algunos tipos de agentes que son más pertinentes que otros en cuanto a su importancia como proveedores de apoyo afectivo e instrumental. Estos son los de esposo/esposa, los de padres/hijos y, en mucho menor medida, los de hermanos/hermanas. Conviene advertir que aunque sin ser familiares, se menciona la enorme importancia de los amigos, conjeturándose que las relaciones que se establecen con ellos serían complementarias, puesto que brindarían distintos tipos de apoyo o satisfacerían diversas necesidades.

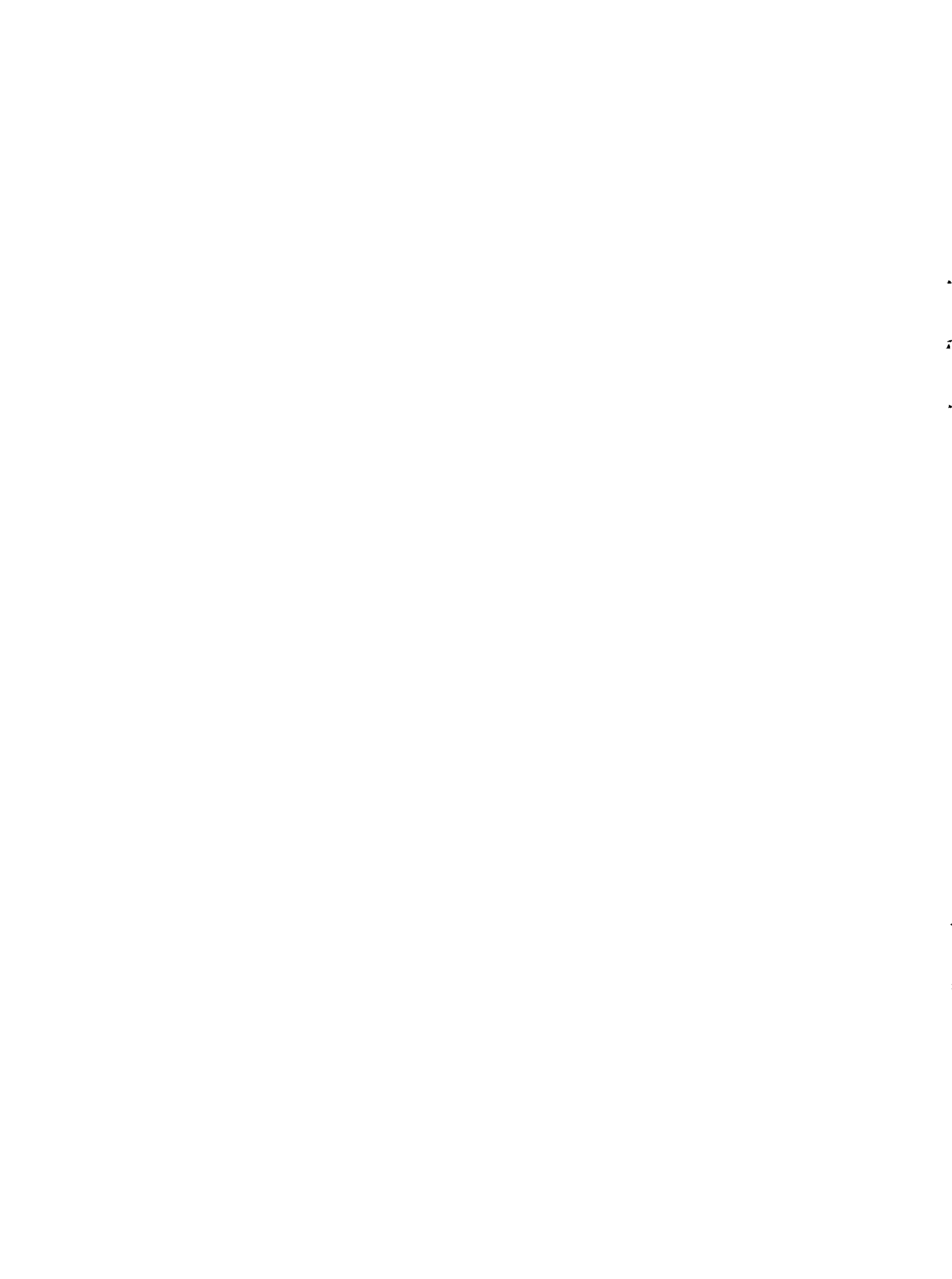
2° La naturaleza de los nexos, vale decir, el contenido específico de la relación o las funciones que cumple el apoyo. La literatura especializada distingue tres formas de apoyo o de asistencia destinada a facilitar que los individuos enfrenten mejor las situaciones que se les vayan presentando (Lin y Ensel, 1989; Journal of Social Issues, 1984 y 1985). Estas son el apoyo cognitivo, el afectivo y el instrumental. A continuación se exponen con mayor detalle cada una de ellas.



El **apoyo cognitivo** se refiere a intercambiar experiencias, transmitir información (significados) y dar consejos que permiten entender la situación en que se está y encarar mejor los problemas. Esta forma de apoyo contribuye a que los individuos puedan entender el mundo y la situación en que se encuentran, buscar alternativas de soluciones a los problemas que se les presentan, encarar mejor los problemas, sentirse en situación de controlar lo que les sucede y mejorar su forma de actuar. Los contenidos recién descritos evidencian la importancia que tiene la conversación como factor contribuyente al nivel de bienestar, ya que en su transcurso se puede analizar problemas, recibir información sobre opciones posibles y plantear diversas formas de solución. Se puede influir también sobre la percepción que tiene el adulto mayor de los elementos que lo están perturbando, ya que al verbalizar sus preocupaciones y temores puede recibir explicaciones que dan un sentido a su situación y recomendaciones sobre cómo encararla mejor. De este modo, se logra que la situación perturbadora aparezca menos amenazante y más aceptable y que el que envejece tenga la sensación de seguir controlando su propia existencia. También proporciona alivio emocional frente a experiencias o situaciones estresantes.

El **apoyo emocional**, donde se pueden mencionar tres variantes principales que enfatizan matices diversos. Una consistente en dar afecto y simpatía. Ello hace sentir al otro que se preocupan por él, que lo toman en cuenta, que es alguien querido y valioso, lo que contribuye a mantener la autoestima. El sentirse amado, además, puede compensar el dolor y darle un sentido a la vida. Ocurre que a menudo el sentido de la vida, como lo han señalado Erikson y Frankl, se encuentra en el amar y apoyar a otros y en el saberse amado. Otra variante se refiere a dar oportunidades de expresar emociones –especialmente importantes son las negativas como pena, soledad, rabia- y descargar ansiedad. Hacerlo produce alivio. Algo similar es oír al otro cuando habla sobre lo que le preocupa, haciéndolo sentirse comprendido y acompañado. Una última variante consiste en tranquilizar, reconfortar y alentar en los momentos de incertidumbre y dolor. Esto se vincula especialmente con acompañar los duelos y facilitar la aceptación de las pérdidas.

Esta forma de apoyo, en cualquiera de sus variantes, lleva a enfatizar la importancia del afecto, el cariño y el valor de las relaciones interpersonales que es donde se produce la ocasión de darlo y recibirlo. Investigaciones realizadas por la autora permiten sostener que este tipo de



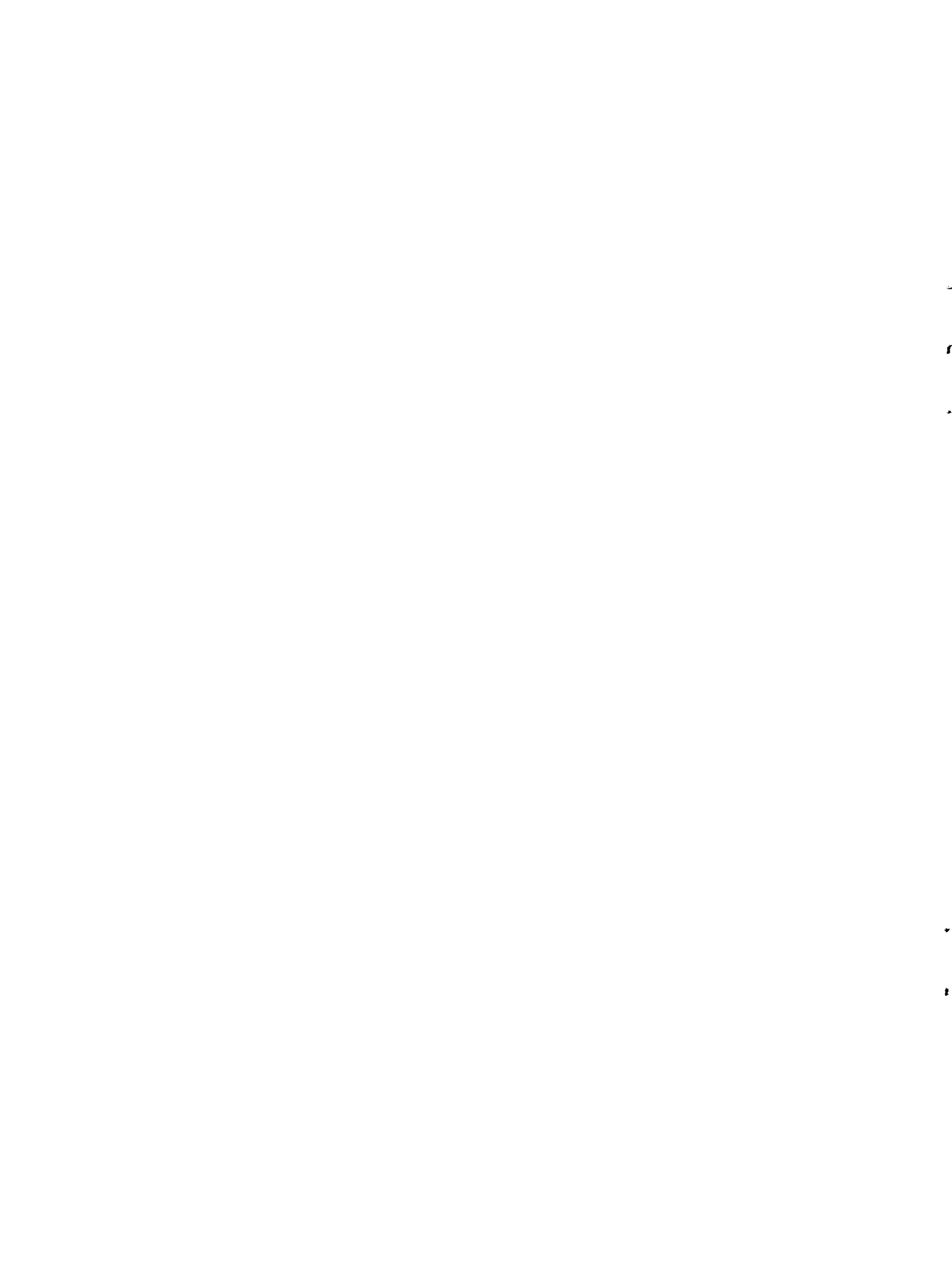
apoyo compensa, efectivamente, las carencias que sufren los que envejecen y disminuye su vulnerabilidad. Para quienes cuentan con dicho apoyo, la vejez transcurre más bien satisfactoriamente (Barros, 1991).

El apoyo o ayuda instrumental se refiere a proporcionar bienes y servicios que facilitan la solución de problemas prácticos o que constituyen formas de colaborar en el desempeño de las tareas de la vida cotidiana o que contribuyen a crear condiciones de vida más favorables.

Las relaciones entre apoyo social y bienestar se explican debido a que el apoyo cumpliría funciones expresivas e instrumentales para el individuo (McDowell y Newell 1996). Las expresivas surgen del hecho de sentirse ligado a otros por un sentido de pertenencia y por vínculos de apego o afecto, esto satisface la necesidad fundamental del adulto mayor de amar y ser amado. Permite encontrar un sentido a la vida en el amar y apoyar a otros y en saberse amado. Frecuentemente, los adultos mayores fundan su autorrealización en el amor que han conseguido y en la familia que formaron (Barros, 1991). En otras palabras, percibir que es alguien significativo para otros afianza la autoestima y lo hace percibir que tiene un lugar en el mundo. Los otros son los espejos que afianzan el yo, mantienen la autoestima y dan un sentido de realización.

Las funciones instrumentales se refieren a que el apoyo es un recurso que facilita la realización de actividades cotidianas y donde se intercambian apoyos que sirven de soporte a sus integrantes. Es así que entre los miembros de la red de apoyo se establecen lazos de solidaridad y responsabilidad mutuas, lo que permite a sus integrantes tener la seguridad que pueden contar unos con otros en caso de necesitarlos. Esto los hace sentirse respaldados, confiados y seguros (Barros, 1994).

Profundizando algo más, conviene aclarar que el apoyo tiene un doble efecto sobre el nivel de bienestar o de satisfacción. Tiene un efecto directo al permitir que el individuo se sienta parte integrante de un conjunto de personas unidas por lazos de solidaridad y responsabilidad mutua, con las que puede contar en caso de necesitarlas. Eso lo hace sentirse respaldado y seguro, al confiar que hay otros que son capaces y están dispuestos a ayudarlo. Se siente además ligado a otros por un sentido de pertenencia y por vínculos de afecto, lo que le permite, a su vez,



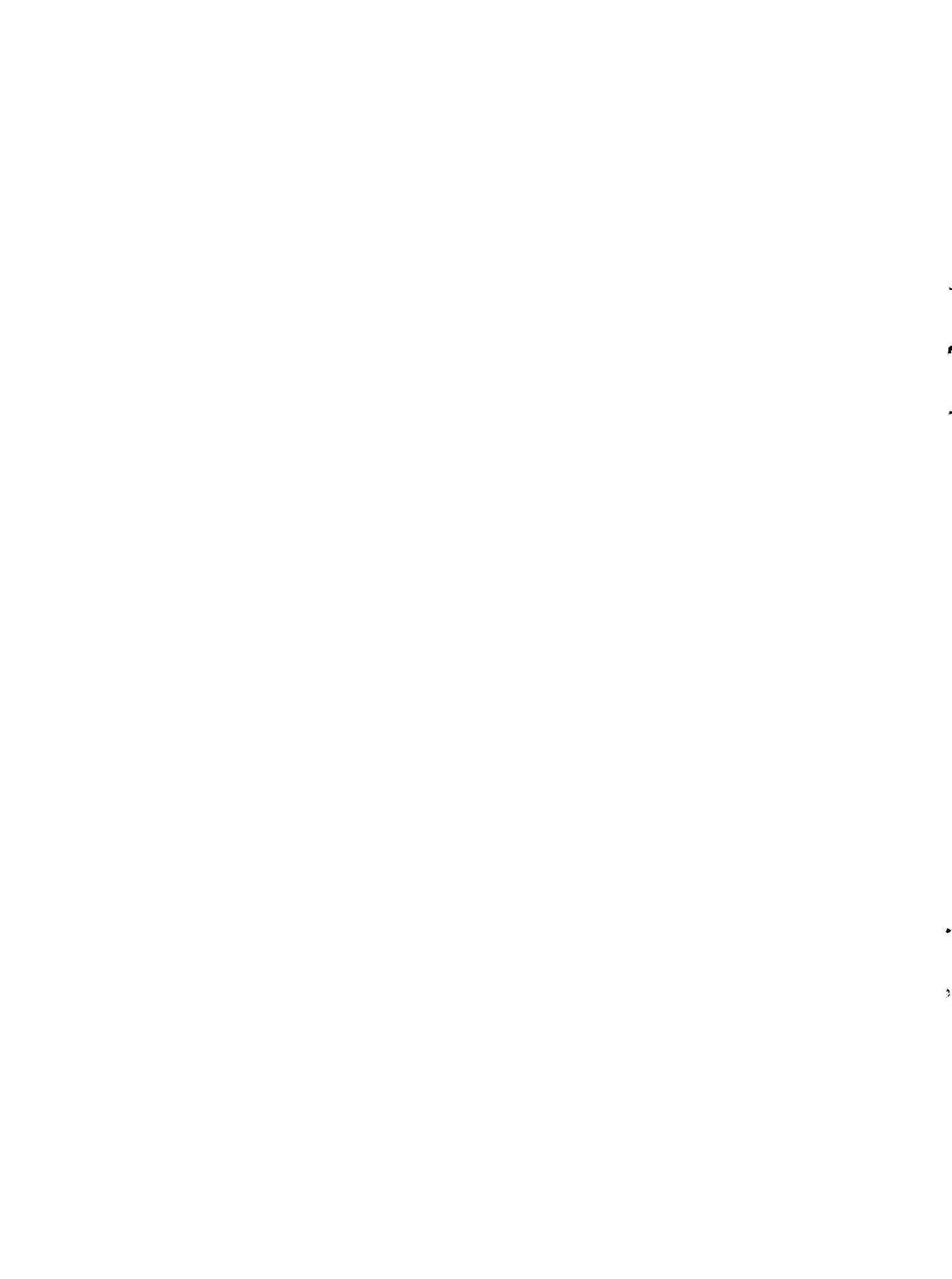
satisfacer sus necesidades de pertenencia, afecto y darle un sentido a su vida mediante el amor que da y recibe de otros. El apoyo tiene también un efecto indirecto, tanto al atenuar o proteger de los efectos disturbadores de las condiciones estresantes, como al aumentar la capacidad de respuesta frente a las situaciones cotidianas. Ambos efectos pueden actuar por sí solos o pueden potenciarse entre sí, incidiendo de este modo en un mayor bienestar.

En resumen, el apoyo social es importante porque es un recurso que fortalece la capacidad del adulto mayor de: hacer frente en forma más efectiva a las demandas de la vida diaria y a los problemas que conlleva, sobrepasar sus dificultades y limitaciones y sobrellevar mejor el dolor y las pérdidas. Asimismo el afecto satisface una de las necesidades más centrales del ser humano: la de amar y ser amado.

Dando un paso más en la discusión, Mancini y Sandifer (1996) plantean que las relaciones de apoyo se caracterizan por ser funcionalmente específicas, vale decir, los adultos mayores requieren de apoyos particulares frente a necesidades específicas. De ahí la conveniencia de poseer una variedad de relaciones interpersonales que puedan proveer los diversos tipos de apoyos que pudiesen requerir. Las personas más satisfechas son aquellas que tienen un conjunto de relaciones que les proveen la oportunidad de satisfacer sus necesidades particulares a medida que van surgiendo. Investigaciones previas realizadas en Chile (Barros, 1994) concluyeron que algunos de los tipos de apoyos mencionados son intercambiados a un nivel satisfactorio con los familiares más próximos, es el caso del afecto y la ayuda instrumental y otros no lo son, es el caso del apoyo cognitivo. Incluso hay algunas necesidades – las vinculadas a la soledad y la tristeza – frente a las cuales se constató una carencia de proveedores de apoyo. Lo anterior sirve de base para deducir una de las hipótesis de trabajo. Se conjetura que a mayor percepción de apoyo habría un mayor nivel de bienestar sicosocial.

II. Contrastación empírica de algunas hipótesis

La argumentación conceptual reciente expuesta sirvió de base para formular un conjunto de hipótesis, algunas de las cuales serán contrastadas con la evidencia empírica proveniente del proyecto FONDECYT 1020643.



Un primer conjunto de hipótesis sostenía que las condiciones personales de vida y el nivel de bienestar eran dos componentes diferentes de la calidad de vida aunque correlacionados entre sí.

Cuadro N° 3
Satisfacción y distres según nivel socioeconómico

		NIVEL SOCIOECONOMICO			Total
		Alto-Medio Alto	Medio Bajo	Bajo	
NIVEL DE SATISFACCIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO	Insatisfecho	7,9%	11,0%	22,2%	11,5%
	Poco satisfecho	24,7%	38,5%	48,9%	36,6%
	(Muy) satisfecho	67,4%	50,5%	28,9%	51,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	N	N=89	N=273	N=45	N=407
INDICE DE DISTRESS	Distress alto	25,8%	29,6%	54,5%	31,4%
	Medio	37,1%	45,6%	27,3%	41,8%
	Distress bajo	37,1%	24,8%	18,2%	26,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	N	N=89	N=274	N=44	N=407

Cuadro N° 4
Correlaciones satisfacción y distres con percepciones de condiciones de salud,
capacidades físicas, actividades de leer diarios, revistas y libros
y actividad de salir de la casa

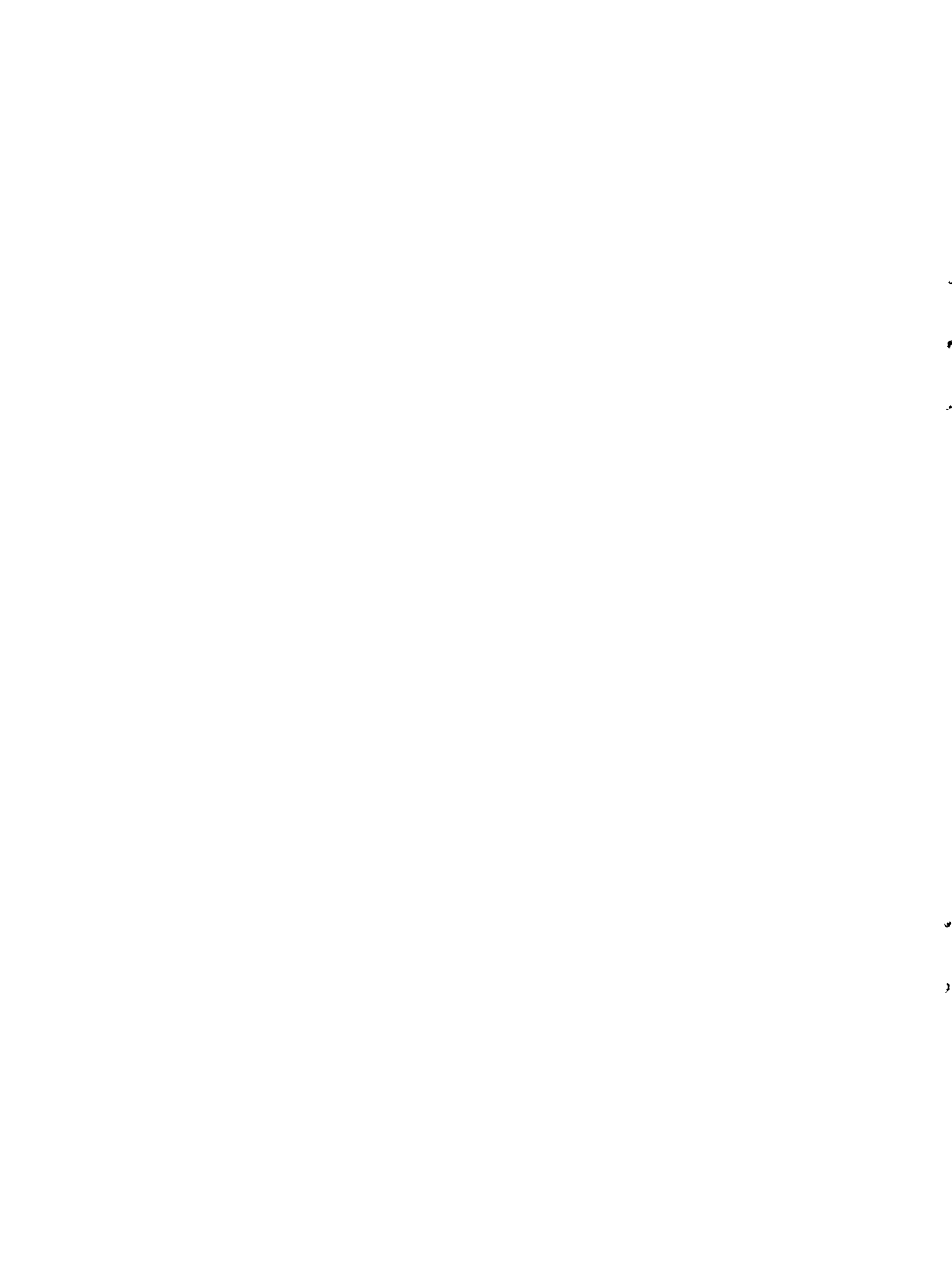
	Indice de distress	Nivel de satisfacción
Indice de percepciones de condiciones de salud	,459**	,437**
Indice de capacidades físicas	,311**	,260**
Frecuencia con que lee el diario, revistas o libros	,307**	,240**
Frecuencia con que sale de casa	,291**	,229**

** Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Un segundo conjunto de hipótesis señalaba que el bienestar, en sus dos componentes de satisfacción y distres, se correlacionaría directamente con: percepción de autoeficacia, significado de la vejez, espiritualidad, apoyo social en general y apoyo emocional e instrumental.

Cuadro N° 5

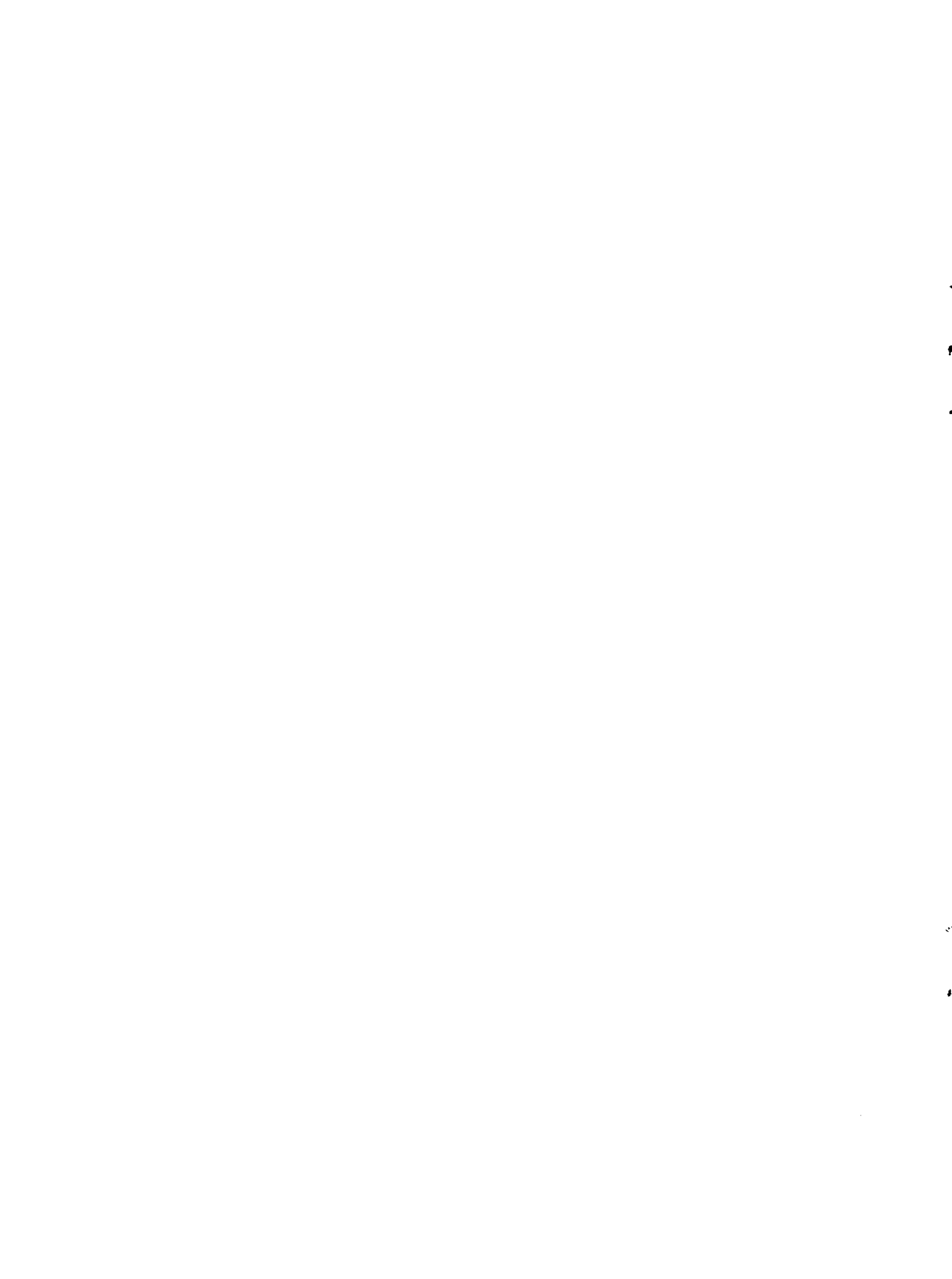


Correlaciones satisfacción y distres con percepción de autoeficacia,
significado de la vejez, espiritualidad y apoyo social

	Indice de distress	Nivel de satisfacción
Indice de autoeficacia	,345**	,296**
Significado de la vejez	,458**	,465**
Indice de espiritualidad	,039	,170*
Indice de apoyo afectivo	-,024	-,042
Indice de apoyo instrumental	,208**	,212**
Tiene alguien a quien considere muy cercano	,141*	,126*

** Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).



ANEXO 1

Cuadro N° 1

Correlaciones existentes entre tres indicadores de bienestar

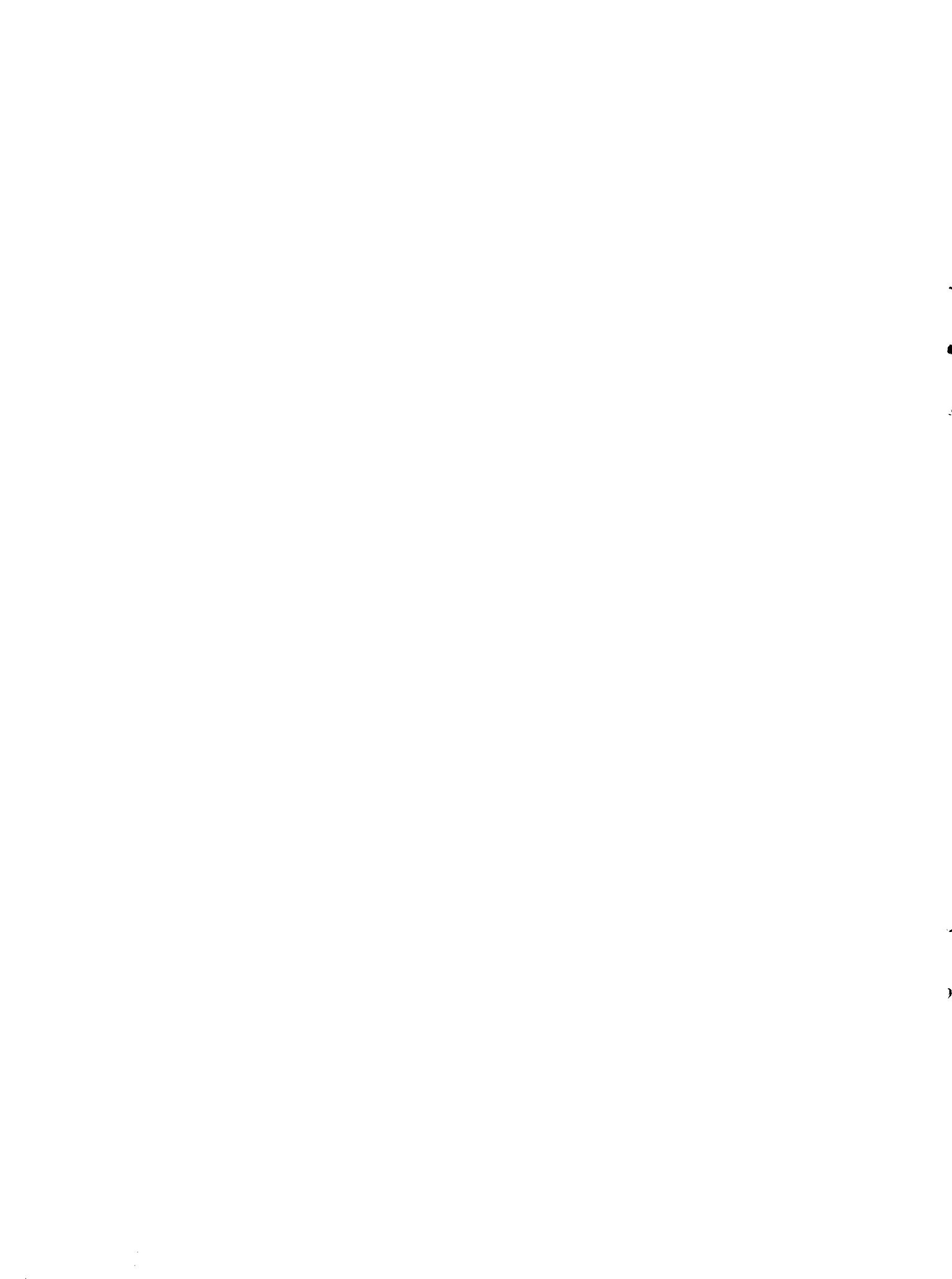
	Interesado por algo	Orgulloso consigo mismo	Satisfecho por lograr algo	Solitario	Aburrido	Deprimido	Vida se acerca a lo deseado	Condiciones de vida excelentes	Estoy satisfecho con la vida	Conseguido las cosas importantes	Cambiaría casi todo de mi vida	Nivel de satisfacción	Índice afectivo	Índice cognitivo
Interesado por algo	1.000													
Orgulloso consigo mismo	.339**	1.000												
Satisfecho por lograr algo	.185**	.227*	1.000											
Solitario	.160**	.056	.216**	1.000										
Aburrido	.166**	.146*	.258**	.391**	1.000									
Deprimido	.135*	.150*	.151*	.411**	.453**	1.000								
Vida se acerca a lo deseado	.059	.145*	.210**	.209**	.228**	.258**	1.000							
Condiciones de vida excelentes	-.001	.110	.162**	.251**	.171**	.228**	.322**	1.000						
Estoy satisfecho con la vida	.120*	.171*	.099	.277**	.202**	.275**	.368**	.401**	1.000					
Conseguido las cosas importantes	-.039	.007	.163**	.072	.136*	.080	.414**	.363**	.369**	1.000				
Cambiaría casi todo de mi vida	.044	.096	.100	.239**	.222**	.202**	.408**	.323**	.324**	.337**	1.000			
Nivel de satisfacción	.134*	.161*	.287**	.284**	.300**	.337**	.295**	.370**	.300**	.244**	.213**	1.000		
Índice afectivo	.546**	.483**	.355**	.611**	.581**	.706**	.280**	.235**	.310**	.098	.223**	.385**	1.000	
Índice cognitivo	.042	.153*	.205**	.289**	.260**	.288**	.693**	.702**	.544**	.599**	.750**	.385**	.322**	1.000

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

(1) Índice sumatorio de los seis primeros ítems (Bradburn)

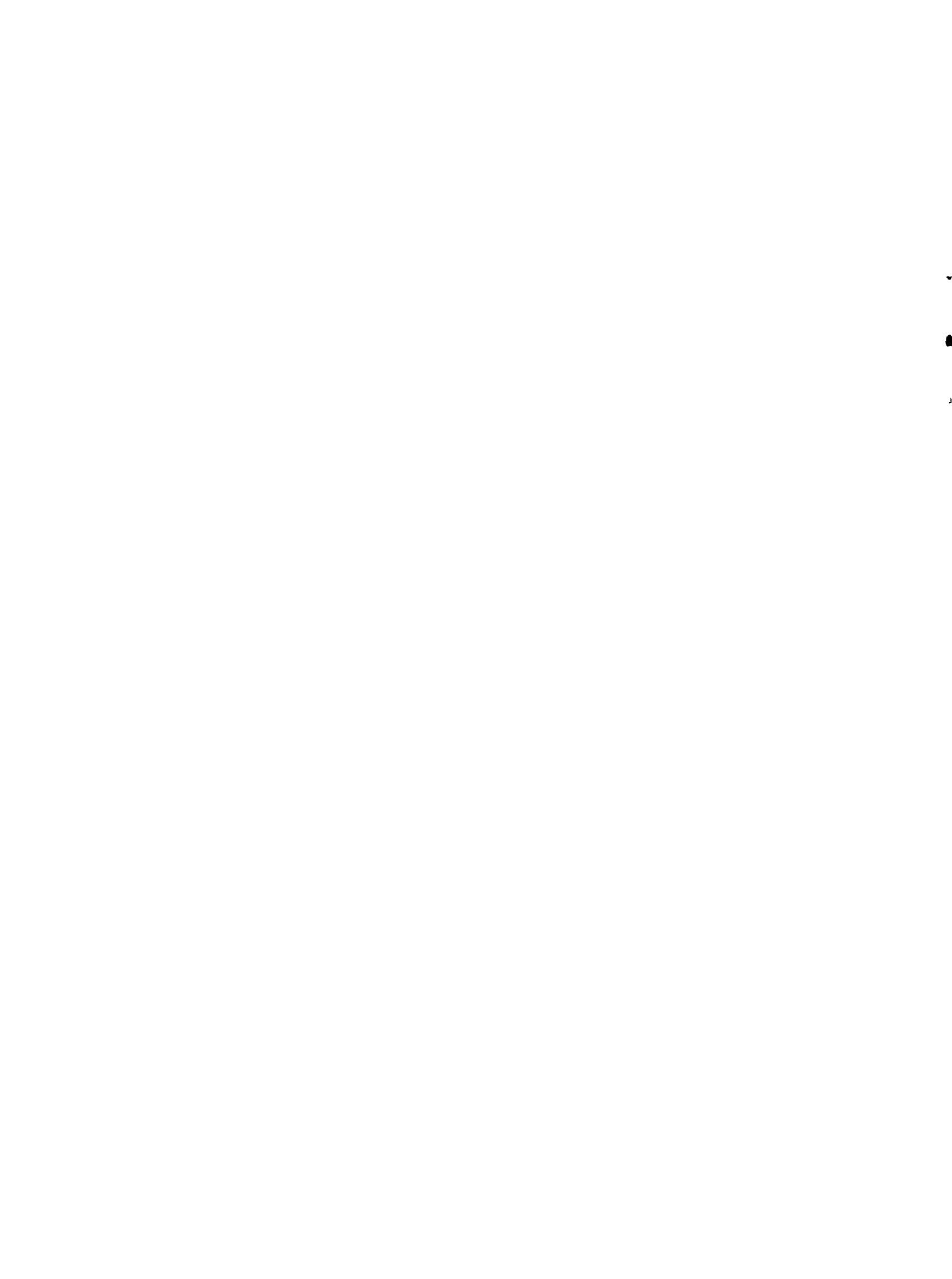
(2) Índice sumatorio de los cinco siguientes ítems (Pavot y Diener)

Fuente: proyecto FONDECYT 1960542

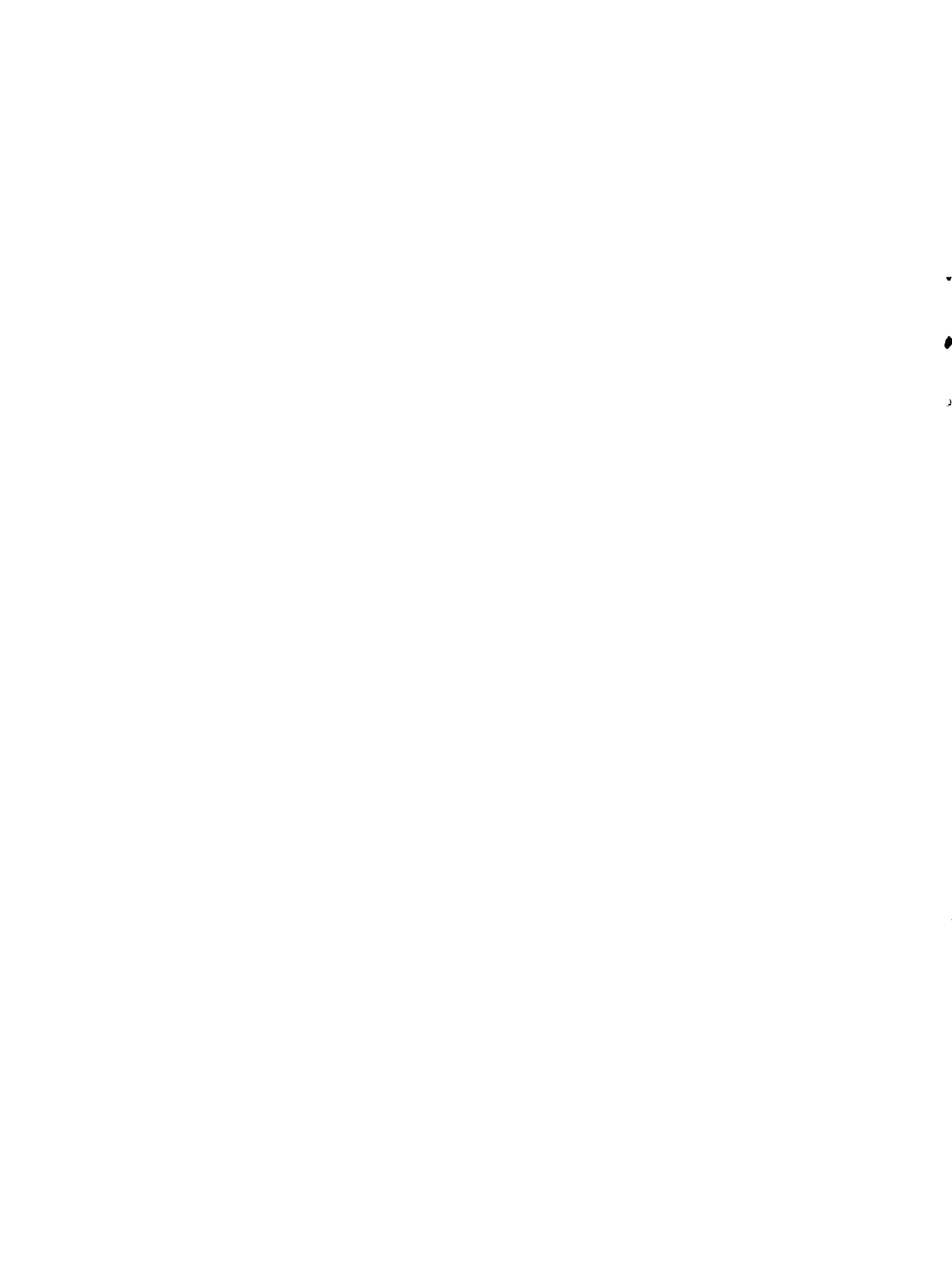


REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

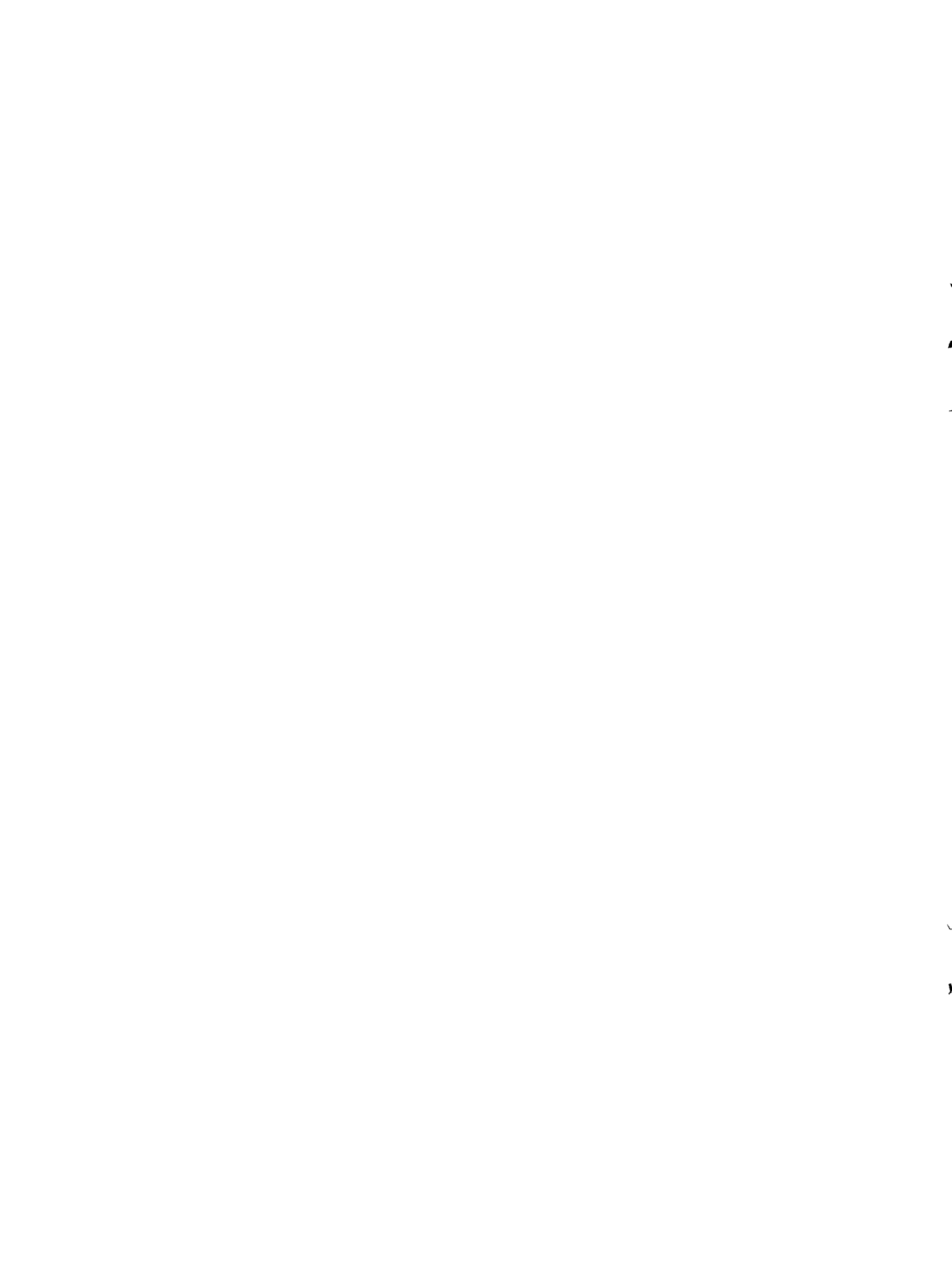
- Ahmadi, Fereshteh (2001), "Gerotranscendence and Different Cultural Setting", Aging and Society, 21, p. 395-415.
- Almanza-Muñoz, Jesús y Holland, Jimmie (2002), "Espiritualidad y detección de distress en psico-oncología" en Revista Oncología Clínica, vol. 4.
- Bandura, Albert (1982), "Self-efficacy mechanism in human agency" "American Psychologist, 37, p. 122-127
- Bandura, Albert (1977). Social Learning Theory. Englewood Cliffs, Prentice Hall
- Bandura, Albert (1997) Self-efficacy: The exercise of control. New York, Freeman.
- Bandura, Albert, ed. (1999). Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual, España, editorial Desclée de Brouver.
- Baltes, P.B. y Baltes, M.M. (1990). Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences. Cambridge, Cambridge University Press.
- Baltes, M.M.; Carstensen, L. (1996) "The process of successful Aging", Ageing and Society, vol. 16, 397-422.
- Barros, Carmen (1991), Viviendo el envejecer. Santiago. Cuadernos del Instituto de Sociología. P. Universidad Católica de Chile
- Barros, Carmen (1992), Informe técnico Fondecyt 92-0843
- Barros Carmen (1994) Apoyo Social y Bienestar del Adulto Mayor, Santiago Cuaderno del Instituto de Sociología, N° 60, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Barros, Carmen; Forttes, Alicia (1996) Informe técnico Fondecyt 1940756
- Barros, Carmen (1996). Trabajando el envejecer. Santiago, Cuadernos del Instituto de Sociología, P. Universidad Católica de Chile.
- Barros, Carmen y Muñoz, Mónica (2001) Informe técnico FONDECYT 1990562
- Bradburn, Norman (1969). The Structure of Psychological Well-being. Chicago. Aldine
- Brandtstädter, J. Y Renner, G. (1990) "Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: explication and age-related analysis of assimilation and accommodation strategies of coping", Psychology and Aging, 5, 58-67.
- Carven, Charles; Scheier, Michel; Weintraub, Jaddish (1989). "Assesing Coping Strategies". Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 56, N° 2.
- Carrin, Rhonda (2000) "Attitudes Toward Sexuality and Spiritual Well-Being" Ph.D. dissertation, Asbury Theological Seminary.
- Cowen, Emory (1994) "The Enhacement of Psychological Wellness: Challenges and Opportunities" American Journal of Community Psychology, Vol. 22, N°2, p.149-174.



- Charlin, A. Y Reeder, L.G. (1975) "The Dimensions of psychological well-being: a critical review". *Social Methods*, N°4, p.184-214.
- Diener, Ed (2000), "Subjective Well-being", *American Psychologist*, vol. 55, p. 34-43.
- Dulcey-Ruiz, Elisa (2002) "Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana" en *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 34, N° 1 y 2.
- Dupuy, Harold (1977), "The General Well Being Schedule" en Mc Dowell y Nervell op. cit.
- Erikson, Erik (1981). La adultez. México. Fondo de Cultura Económica.
- Erikson, Erik (1985). El ciclo vital completado.
- Folkman, Susan; Lazarus, Richard (1980). "An analysis of coping in middle-aged community sample". *Journal of Health and Social Behavior*. Vol. 21: 219-239.
- Folkman, Susan (1984). "Personal Control and Stress and Coping Processes: A Theoretical Analysis". *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 46: 839-854.
- Folkman, Susan, Lazarus, Richard; Dunkel-Schetter, Christine; De Longis, Anita; Gruen, Rand (1986). "Dynamics of Stressful encounter: Cognitive Appraisal, Coping and encounter Outcomes". *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 50, N° 5.
- Fiske, Marjorie y Robinson, Betsy (1976), "Social Networks and Isolation" en Robert Binstock y Ethel Shanas, Handbook of Aging and the Social Sciences, New York, Van Nostrand Reinhold.
- Frankl, Viktor (1987). Ante el vacío existencial. Barcelona. Ed. Herder.
- García Martín, M.A. y Hombrados Mendieta, María (2002), "Control percibido y bienestar subjetivo: un análisis de la literatura gerontológica". *Rev. Mult. Gerontol*, 12 (2), p. 90-100.
- Holland, J.C., Kash, K.M., Passik, M.K., Gronert, M.K., Sison, A., Lederberg, M., Russek, S.M., Baider, L., Fox, B. (1995), "The System of Belief Inventory (SBI): a scale to measure spiritual and religious beliefs in quality of life and coping research". *Psychosom Med*, vol. 5, p. 57-62.
- Hultsch, D.F. y Deutsch, F. (1981). Adult Development and Aging, a Life Span Perspective. New York, Mc Graw- Hill Book Co.
- Jerusalem, Matthias; Mittag, Waldemar, "Autoeficacia en transiciones vitales estresantes" en Bandura, Albert (ed.), España, Editorial Desclée de Brouver.
- *Journal of Social Issues* (1984) vol.40, N°4 (Número especial dedicado a Apoyo Social).
- *Journal of Social Issues* (1985) vol.41, N°1 (Número especial dedicado a Apoyo Social)
- Lazarus, R.S. (1966) Psychology Stress and the Coping Process. New York, Mc Graw- Hill
- Lazarus, Richard; De Longis, Anita (1983) "Psychology Stress and Coping in Aging". American Psychologist, Vol. 38: 245-254



- Lazarus, Richard (1993). "From psychological stress to the emotions". Anual Review of Psychology. Vol. 44: 1-21.
- Lawton, Powell (1991), "A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders" en Birren, James; Lubben, James; Cichowlas Rowe; Janice; Deutchman, Donna, (1991). The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly. San Diego, Academic Press.
- Lehr, Ursula (1984) Reportes sobre resultados de los estudios de la ciudad de Born.
- Lin, Nan y Ensel, Walter (1989). "Life stress and health: stressors and resources" American Sociological Review vol.54, p.382-399.
- Lucas, Richard; Diener, Ed; Suh, Eunkook (1996), "Discriminant validity of well-being measures", Journal of Personality and Social Psychology, vol. 71, p. 616-628.
- Mc Dowell, Ian y Newell, Claire (1996) Measuring Health. Oxford University Press.
- Mancini, Jay y Sandifer, Dan (1996). "Family Dynamics and the Leisure Experience of Older Adults: Theoretical Viewpoints" en Blieszner y Bedford (eds) Aging and the Family, Theory and Research, Wesport, Praeger.
- Masten, Ann (2001) "Ordinary Magic, Resilience Processes in Development", American Psychologist vol. 56, N° 3, pp. 227-238.
- Moberg, David (2002) "Exploring Spirituality and Aging" en The Gerontologist vol. 42, N° 2, p. 284-285.
- Myers, David (2000), "The funds, friends, and faith of happy people", American Psychologist, vol. 55, N° 1, p. 56-67.
- Newman, Barbara; Newman, Phillip (1984). El desarrollo a través de la vida. Homewood I11, The Dorsey Press.
- Palomba, Rosella (2002), "Calidad de vida: conceptos y medidas". Ponencia presentada en Taller sobre Calidad de vida y redes de apoyo de las personas adultas mayores, Santiago, CELADE/CEPAL.
- Pavot, William; Diener, De (1993). "Review of the Satisfaction with Life Scale", Psychological Assessment, Vol.5, N°2, pp. 164-172.
- Rand Corporation and Ware, John (1990). The short form-36 Health Survey en Mc Dowell y Newell op.cit.
- Rodin & McAvay (1992). "Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults". Journal of Gerontology, 47, 373-384.
- Rothbaum, F.; Weisz, J.; Snyder, S. (1982), "Changing the world and changing the self. A two process model of perceived control", Journal of Personality and Social Psychology, vol. 42, p. 5-37.
- Rowe, John y Kahn, Robert (1997) "Successful Ageing" The Gerontologist, vol. 37, N° 4, p. 433-440
- Ryff, Carol; Keyes, Corey Lee (1995). "The structure of Psychological Well-being Revisited". Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 69, N°4, pp. 719-727.



- Schwarzer, R. (2001) "General Perceived Self-Efficacy in 14 Cultures", Berlin, Freie Universität.
- Setien, M. Luisa (1993). Indicadores sociales de calidad de vida. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, Monografía N° 133.
- Shumker, Sally y Brownel, Arlene (1984) "Towards a Theory of Social Support" Journal of Social Issues, vol. 40, N°4, pp. 55-76.
- Slangen-de Kort, Yvonee (1999). A Tale of two adaptations: coping processes of older persons in the domain of independent living. Universiteit Eindhoven. Ph.D. thesis.
- Smith, Gregory; Kohn, Steven; Savage-Stevens, Susan; Finch, Julie; Ingate, Randall y Lim, Yeon (2000) "The effects of Interpersonal and Personal Agency on Perceived Control and Psychological Well – being in Adult hood" The Gerontologist, 40 p. 458-468

