U N I V E R S I T A T D E V A L È N C I A

P r o g r a m a d e D o c t o r a d o e n P s i c o g e r o n t o l o g í a

F A C U L T A D D E P S I C O L O G Í A

BIENESTAR PSICOLÓGICO EN LA VEJEZ Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA SATISFACCIÓN VITAL

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:

ENCARNACIÓN SATORRES PONS

DIRIGIDA POR:

JUAN CARLOS MELÉNDEZ MORAL

Valencia 2013

A mis padres, por brindarme la posibilidad de seguir estudiando sin pedir nada a cambio. En especial a mi madre, que siempre estuvo a mi lado, por su infinita paciencia y comprensión ante los momentos difíciles que surgieron en este largo proceso, por animarme siempre a continuar y no dejar que me rindiera nunca, y por su apoyo incondicional en este y en cualquier reto que me proponga en la vida.

A mi tutor, el doctor Juan Carlos Meléndez Moral, por acogerme como doctoranda en un momento complicado de mi proceso de formación. Porque sin su ayuda, implicación y dedicación desde el principio, nunca hubiera podido realizar este trabajo.

A todas aquellas personas que creyeron en mí y me dieron fuerzas para seguir a delante.

Índice

Prólogo **1**

Capítulo 1. Envejecimiento: demografía y teorías explicativas **5**

1. El envejecimiento demográfico 9

2. Concepto de envejecimiento 12

3. Aproximación multidimensional al estudio del envejecimiento 18

3.1. Teorías biológicas 18

3.2. Teorías sociológicas 21

3.3. Teorías y modelos psicológicos 30

Capitulo 2. Dependencia y valoración del anciano **45**

1. Dependencia y envejecimiento 49

2. Las actividades de la vida diaria y la dependencia 51

2.1. Factores asociados al de dependencia y limitación funcional 62

3. Valoración Geriátrica Integral 69

Capitulo 3. Bienestar y envejecimiento **81**

1. Introducción 85

2. Concepción hedonista. Bienestar subjetivo 86

2.1. Determinantes del bienestar subjetivo 89

3. Concepción eudaimónica. Bienestar psicológico 101

3.1. Determinantes del Bienestar Psicológico 107

4. Envejecimiento con éxito 115

4.1. Estudios empíricos sobre envejecimiento activo 118

4.2. Indicadores multicriterio del envejecimiento con éxito 120

Capítulo 4. Método **129**

1. Objetivos e hipótesis 131

1.1. Objetivos específicos e hipótesis 131

2. Participantes 135

3. Instrumentos 138

3.1. Índice de Barthel 138

3.2. Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) 141

3.3. Escalas de BienestarPsicológico de Ryff 144

4. Análisis estadísticos 149

Capítulo 5. Resultados **151**

1. Descriptivos y relaciones entre las medidas de ABVD, Satisfacción y Bienestar ... 153

2. Índice de Barthel y su relación con las principales variables 155

3. Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) y su relación con las principales variables..... 160

4. Escalas de Bienestar psicológico y su relación con las principales variables 166

4.1. Escala de Autonomía 166

4.2. Escala de Dominio del Ambiente 171

4.3. Escala de Crecimiento Personal 176

4.4. Escala de Relaciones positivas con los demás 181

4.5. Escala de Autoaceptación 185

4.6. Escala de Propósito en la vida 190

5. Modelo de ecuaciones estructurales 196

Capítulo 6. Discusión **199**

Capítulo 7. Bibliografía **217**

Anexos **257**

Índice de figuras

Figura 1.1. Proyección de la población española a largo plazo 10

Figura 2.1. Personas con discapacidad por grupos de edad EDDS 1999 y EDAD 2008 59

Figura 2.2. Personas con discapacidad por edad y sexo EDDS 1999 y EDAD 2008 60

Figura 3.1. Modelo de bienestar con dos factores 105

Figura 4.1. Porcentajes para los grupos de edad y género 135

Figura 4.2. Porcentajes en función del estado civil 136

Figura 4.3. Porcentaje en función del nivel de estudios 136

Figura 4.4. Porcentaje en función de vive en 137

Figura 4.5. Porcentaje en función de con quien vive 137

Figura 4.6. Porcentaje en función del nivel de ingresos 138

Figura 5.1. Media del Índice de Barthel en las categorías de edad 155

Figura 5.2. Puntuaciones medias del Índice de Barthel según Estado civil 156

Figura 5.3.Puntuaciones medias del Índice de Barthel según Nivel de Estudios 157

Figura 5.4. Puntuaciones medias del Índice de Barthel en la variable Vive en 158

Figura 5.5. Puntuaciones medias del Índice de Barthel en la variable Con quien vive 159

Figura 5.6. Puntuaciones medias del Índice de Barthel según Ingresos 159

Figura 5.7. Media del Índice de Satisfacción Vital para las categorías de edad 161

Figura 5.8. Puntuaciones medias del Índice de Satisfacción Vital según Estado Civil 162

Figura 5.9. Puntuaciones medias de la LSI-A según Nivel de Estudios 162

Figura 5.10. Puntuaciones medias de la LSI-A en la variable Vive en 164

Figura 5.11. Puntuaciones medias de la LSI-A Vital en la variable Con quien vive 164

Figura 5.12. Puntuaciones medias de la LSI-A en la variable según Ingresos 165

Figura 5.13. Puntuaciones medias de Autonomía según Estado Civil 167

Figura 5.14. Puntuaciones medias de Autonomía según Nivel de Estudios..... 168

Figura 5.15. Puntuaciones medias de Autonomía en la variable Vive en 169

Figura 5.16. Puntuaciones medias de Autonomía en la variable Con quien vive 169

Figura 5.17. Puntuaciones medias de Autonomía según Ingresos 170

Figura 5.18. Puntuaciones medias de Dominio del Ambiente para la edad 171

Figura 5.19. Puntuaciones medias de Dominio Ambiente según Estado Civil 172

Figura 5.20. Puntuaciones medias de Dominio Ambiente según Nivel de Estudios..... 173

Figura 5.21. Puntuaciones medias de Dominio del Ambiente en la variable Vive en 174

Figura 5.22. Puntuaciones medias de Dominio del Ambiente en Con quien vive 175

Figura 5.23. Puntuaciones medias de Dominio del Ambiente según Ingresos..... 175

Figura 5.24. Puntuaciones medias de Crecimiento personal para la edad..... 177

Figura 5.25.Puntuaciones medias de Crecimiento personal según Estado Civil..... 178

Figura 5.26. Puntuaciones medias de Crecimiento personal según Nivel de Estudios 178

Figura 5.27. Puntuaciones medias del factor Crecimiento personal para Vive en 179

Figura 5.28. Puntuaciones medias de Crecimiento personal en Con quien vive..... 180

Figura 5.29. Puntuaciones medias de Crecimiento personal según Ingresos 181

Figura 5.30. Puntuaciones medias de Relaciones positivas en la variable Vive en 184

Figura 5.31. Puntuaciones medias de Autoaceptación según Estado Civil 186

Figura 5.32. Puntuaciones medias de Autoaceptación según Nivel de Estudios 187

Figura 5.33. Puntuaciones medias de Autoaceptación en la variable Vive en 188

Figura 5.34. Puntuaciones medias de Autoaceptación según Ingresos 189

Figura 5.35. Puntuaciones medias de Propósito en la vida para las categorías de edad.... 190

Figura 5.36. Puntuaciones medias de Propósito en la vida según Estado Civil 191

Figura 5.37. Puntuaciones medias de Propósito en la vida según Nivel de Estudios..... 192

Figura 5.38. Puntuaciones medias de Propósito en la Vida en la variable Vive en 193

Figura 5.39. Puntuaciones medias de Propósito en la vida en Con quien vive 194

Figura 5.40. Puntuaciones medias de Propósito en la vida según Ingresos..... 195

Figura 5.41. Modelo de ecuaciones estructurales inicial prediciendo AVD y Bienestar .. 196

Figura 5.42. Modelo de ecuaciones estructurales final prediciendo AVD y Bienestar..... 197

Índice de tablas

Tabla 1.1. Crecimiento vegetativo proyectado 11

Tabla 4.1. Porcentaje del número de hijos..... 136

Tabla 5.1. Estadísticos descriptivos de los instrumentos..... 153

Tabla 5.2. Análisis de fiabilidad de las Escalas de Bienestar de Ryff..... 153

Tabla 5.3. Correlaciones entre las medidas utilizadas..... 154

Tabla 5.4. Estadísticos descriptivos del Índice de Barthel según Género 156

Tabla 5.5. Estadísticos descriptivos del Índice de Barthel para la variable Tiene hijos.... 157

Tabla 5.6. Resumen de la significación en el Índice de Barthel..... 156

Tabla 5.7. Estadísticos descriptivos del LSI-A según Género 161

Tabla 5.8. Estadísticos descriptivos del LSI-A para la variable Tiene hijos 163

Tabla 5.9. Resumen de la significación en el LSI-A 165

Tabla 5.10. Estadísticos descriptivos de Autonomía según Género..... 166

Tabla 5.11. Estadísticos descriptivos de Autonomía para la variable Tiene hijos 168

Tabla 5.12. Resumen de la significación en Autonomía 170

Tabla 5.13. Estadísticos descriptivos de Dominio del Ambiente según Género..... 172

Tabla 5.14. Estadísticos descriptivos de Dominio del Ambiente para Tiene hijos 173

Tabla 5.15. Resumen de la significación en Dominio del Ambiente 176

Tabla 5.16. Estadísticos descriptivos de Crecimiento personal según Género 177

Tabla 5.17. Estadísticos descriptivos de Crecimiento personal para Tiene hijos..... 179

Tabla 5.18. Resumen de la significación en Crecimiento personal..... 181

Tabla 5.19. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas en la Edad 182

Tabla 5.20. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas según Género..... 182

Tabla 5.21. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas según Estado Civil 183

Tabla 5.22. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas según Nivel de Estudios .. 183

Tabla 5.23. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas para Tiene hijos 183

Tabla 5.24. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas para Con quien vive 184

Tabla 5.25. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas según Ingresos 184

Tabla 5.26. Resumen de la significación en Relaciones positivas con los demás 185

Tabla 5.27. Estadísticos descriptivos de Autoaceptación para las categorías de edad 185

Tabla 5.28. Estadísticos descriptivos de Autoaceptación según Género 186

Tabla 5.29. Estadísticos descriptivos de Autoaceptación para la variable Tiene hijos 187

Tabla 5.30. Estadísticos descriptivos de Autoaceptación según Con quien vive 188

Tabla 5.31. Resumen de la significación en Autoaceptación 189

Tabla 5.32. Estadísticos descriptivos de Propósito en la vida según Género 191

Tabla 5.33. Estadísticos descriptivos de Propósito en la vida para Tiene hijos 192

Tabla 5.34. Resumen de la significación en Propósito en la vida 195

Tabla 5.35. Resumen de la significación en las Escalas de Bienestar de Ryff 195

El espectacular aumento de la esperanza de vida, junto con la disminución de la natalidad, ha producido un envejecimiento progresivo y rápido de la población a nivel mundial. En concreto, España presenta uno de los índices más altos de envejecimiento no sólo de Europa sino del mundo, situándose actualmente en un 17%, con un aumento importante de las personas mayores de 80 años que constituyen un 4,1% del total de la población, cifra que aumentará en los próximos años. Este cambio demográfico representa un gran desafío para la sociedad y para las ciencias de la salud cuyo objetivo será generar un sistema que no sólo permita aumentar la esperanza de vida, sino que esos años de vida se vivan satisfactoriamente, generando las condiciones para que los mayores puedan vivir con el mayor bienestar posible.

Debemos tener en cuenta que con este envejecimiento de la población también aumenta el riesgo de tener un peor estado de salud física y psicológica, y con él, el riesgo de encontrarse en situación de dependencia, por lo que es importante la identificación de aquellos factores que contribuyen a promover niveles de salud y bienestar en las personas de tercera edad, y especialmente en los longevos con vistas a incrementar su calidad de

vida. Por ello, tenemos que encontrar una manera de seguir apoyando a las personas mayores pero al mismo tiempo sin considerarlas una carga para la sociedad, ya que la tercera edad no debe verse como una etapa de pérdidas, sino también como un momento de la vida donde se puede obtener ganacias y experiencias positivas. Por tanto lo que es relevante acerca de una población que envejece es principalmente fomentar la capacidad de los mayores de funcionar independientemente ahora y en el futuro, y uno de los principales objetivos de salud en las personas mayores debería de ser el aumento de los años de vida libre de discapacidad, ya que según la literatura revisada, la principal preocupación de las personas mayores es la salud, y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, considerada como causa fundamental de sufrimiento.

Evitar la aparición de dependencia es tanto o más importante que abordarla, y abordarla cuando es reciente y reversible es más efectivo que hacerlo cuando está claramente establecida. Por este motivo es importante resaltar y potenciar esta prevención, incidiendo con énfasis en las responsabilidades esenciales de los diferentes niveles asistenciales y la coordinación entre éstos. En este sentido, la valoración geriátrica integral (VGI) o valoración geriátrica exhaustiva, es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.

Tradicionalmente el estudio del envejecimiento se había centrado en un modelo de déficit y en características exclusivamente patológicas, pero con el surgimiento de la psicología positiva, se cambia el foco de interés centrándose en encontrar las cualidades humanas para que funcionen como amortiguadores de la adversidad y así conseguir una mejor calidad de vida y un mayor bienestar. Ya no solo se trata de vivir más años, sino de vivir mejor y en mejores condiciones nuestra vejez. En este contexto cobra especial relevancia el estudio del bienestar de las personas mayores, dado que se encuentran en un momento vital en el que disminuye el número de años que les queda por vivir, en el que las

probabilidades de enfermedad y disfunciones aumentan, y en el que, por ello, la calidad de vida y su promoción es fundamental.

Para realizar este trabajo, hemos dividido la parte teórica en tres capítulos que a continuación pasamos a comentar brevemente. En el primer capítulo nos centraremos en el envejecimiento, donde expondremos en primer lugar algunos datos sobre la estructura demográfica actual de la población de España. A continuación presentaremos algunas de las definiciones que sobre el envejecimiento se han realizado, remarcando el cambio conceptual que se produce desde las primeras definiciones con una marcada influencia médica, hasta las más actuales en las que se contemplan aspectos físicos, sociológicos y psicológicos. Por último, se expondrán las principales teorías biológicas, sociológicas y psicológicas desde las cuales se ha abordado el tema del envejecimiento.

En el segundo capítulo se abordará el tema de la dependencia, dado que al aumentar el número de personas mayores, también se ha visto incrementado el número de personas con limitaciones en su capacidad funcional. En primer lugar expondremos algunas definiciones sobre dependencia, ya que aunque se han realizados diferentes intentos de lograr una clasificación unánime, no existe todavía una definición consensuada. A continuación nos detendremos en el término de Actividades de la Vida Diaria, dada su importancia en la valoración de la dependencia, así como en la exposición de algunos factores que pueden incidir en el aumento de la probabilidad de aparición de ésta. Por último, nos detendremos en la Valoración Geriátrica Integral, debido a la alta relación entre la dependencia y la salud y ya que con esta forma de valoración se obtiene un diagnóstico multidimensional y interdisciplinario que permite identificar y cuantificar los problemas que pueda presentar el anciano, retrasando así la aparición de la dependencia y por tanto mejorando su capacidad funcional y su calidad de vida.

Por último, en el tercer capítulo se abordará el tema del bienestar, que es el foco de interés de carácter psicológico de este estudio. Para tal caso, se presentarán las dos grandes líneas de trabajo del concepto del bienestar. En primer lugar expondremos aquella que se centra en el bienestar subjetivo (concepción hedonista), entendido como el resultado de un

balance global entre el placer y el displacer y se compone de aspectos como la felicidad y la satisfacción vital. A continuación expondremos la otra línea, referida al bienestar psicológico (concepción eudaimónica), más asociado al logro de nuestras metas y centrado en el proceso de consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades placenteras o displacenteras. Posteriormente haremos una aproximación al concepto de envejecimiento con éxito y en el que aspectos como actividades cotidianas o bienestar se presentan como algunos de los aspectos centrales del cambio producido desde un envejecimiento normal, hacia un envejecimiento óptimo y más positivo.

CAPÍTULO 1

ENVEJECIMIENTO: DEMOGRAFÍA Y TEORÍAS EXPLICATIVAS.

En este primer capítulo se pretende ofrecer una visión general sobre el envejecimiento que está acaeciendo en nuestra sociedad. El aumento de la esperanza de vida no se reduce solo al hecho de que la población viva más años, sino que el número de personas mayores aumenta al mismo ritmo que cambian sus características personales y sociales, tienen nuevas formas de vida y sus opiniones, convicciones y objetivos difieren bastante de los que tenían quienes formaban este mismo grupo de población hace tan sólo unas décadas.

A continuación se expondrá el cambio que ha experimentado el concepto de envejecimiento, desde las primeras definiciones con una gran influencia médica y biológica, centradas en un modelo de déficit y, en las que se contemplaba a la vejez como un estado previo a la muerte, hasta las perspectivas sociológicas y psicológicas que consideran al envejecimiento de una forma más amplia y se alejan de las definiciones centradas exclusivamente en aspectos biológicos, ya que plantean que la involución no es el único modelo de análisis, sino que, como en cualquier etapa de la vida, existen ganancias y pérdidas.

Por último, se expondrán las principales teorías biológicas, sociológicas y psicológicas desde las cuales se ha abordado el tema del envejecimiento. Las teorías

biológicas, pretenden explicar las causas del envejecimiento aludiendo a un declive en el funcionamiento corporal. En este apartado diferenciaremos entre dos grupos de teorías, las estocásticas que contemplan el envejecimiento como la acumulación de daños que se producen en el organismo; y las no estocásticas, que consideran que el envejecimiento está programado genéticamente. A continuación presentaremos las teorías sociológicas, que pretenden dar sentido a como envejecemos y haremos un breve repaso por las tres generaciones de teorías que explican como los ancianos se adaptan a los cambios que se producen en los últimos años de sus vidas. Por último expondremos las teorías psicológicas, presentando en primer lugar algunas de las teorías clásicas del desarrollo que se han ocupado de estudiar a las personas a partir de la segunda mitad de la vida como las de Jung, Levinson, Havighurts y Erikson. Para terminar, presentaremos las teorías ecológicas y dentro de estas la perspectiva del Ciclo Vital, que propone que el desarrollo depende de las interacciones entre factores sociales, ambientales y genéticos y afirma que todos los procesos de desarrollo implican pérdidas y ganancias y que la interacción de los tres factores, cambia con la edad.

1. El envejecimiento demográfico.

Europa envejece de forma progresiva y rápida. Estamos en el inicio de un fenómeno poblacional que está trastocando las estructuras demográficas y que tiene amplias repercusiones sociales, económicas y culturales. Se trata de una revolución silenciosa que avanzará a lo largo del siglo XXI y demanda cambios importantes en nuestra sociedad respecto al grupo de población protagonista: las personas mayores.

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico, el descenso de la mortalidad y su derivado aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad. Este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad, y principalmente de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población (Chackiel, 2004).

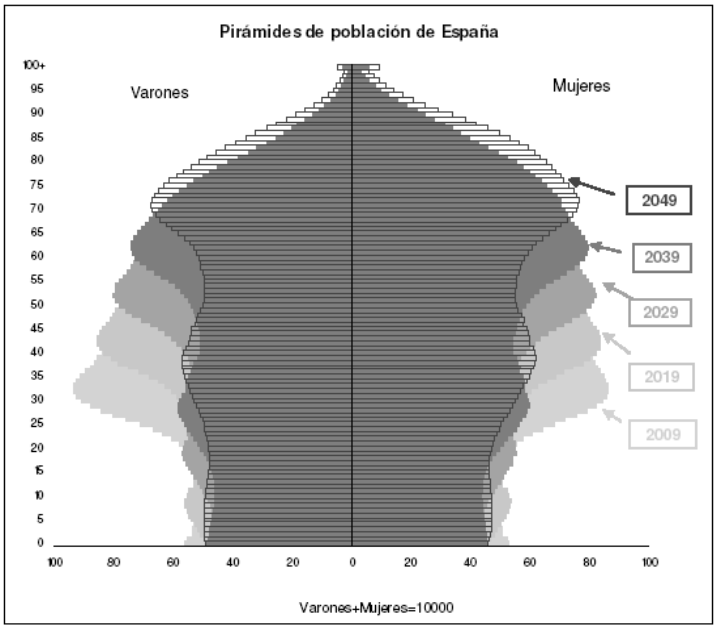
Los cambios en la fecundidad y la mortalidad, traen como consecuencia el descenso del ritmo de crecimiento medio anual de la población y una estructura por edades cada vez más envejecida. Esta modificación tan profunda de la conducta reproductiva, conlleva un complejo conjunto de cambios sociodemográficos y culturales (Villa y Rivadeneira, 2000). La relación directa que tiene la baja fecundidad con el envejecimiento es que, al incorporarse un menor número de individuos en el grupo etario de 0 a 4 años, el peso del resto de los grupos de edad aumenta, y por ende la proporción de personas mayores tiende a incrementarse (lo que se expresa en la contracción del escalón inferior de la pirámide de edades). A medida que pasa el tiempo y persiste el descenso por un tiempo prolongado, se genera un "envejecimiento por el centro". El peso de los grupos de las edades centrales es mayor y la pirámide tiende hacia una forma rectangular. Posteriormente, y en la medida en que su efecto se combine con el de la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas, origina estructuras etarias con una cúspide amplia y una base estrecha (Villa y Rivadeneira, 2000).

Sólo en España, los datos del Instituto Nacional de Estadística muestran que actualmente hay censadas un total de 7.877.778 personas con 65 años o más, lo que supone

el 17,06% de la población española (INE, 2011). España ocupa el cuarto lugar en el escalafón de países más envejecidos del mundo, encabeza la lista Japón, seguida de Italia y Alemania (Naciones Unidas, 2010).

La estructura demográfica actual de la población de España y las tendencias demográficas actuales nos llevarán a un escenario de reducidas tasas de crecimiento poblacional futuro, el cual supondrá un incremento de 2,1 millones de habitantes en los próximos 40 años. El crecimiento demográfico será, además, progresivamente decreciente en las próximas décadas. La simulación realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2010 (figura 1.1.), muestra también el progresivo envejecimiento al que se enfrenta nuestra estructura demográfica, que se observa de forma evidente en la evolución de la pirámide poblacional de España.

Figura 1.1. Proyección de la población española a largo plazo.



Fuente: INE (2010). Proyección de población a largo plazo.

Los mayores crecimientos absolutos y relativos en los próximos 40 años se concentrarán en las edades avanzadas. Concretamente, el grupo de edad de mayores de 64 años se duplicará en tamaño y pasará a constituir el 31,9% de la población total de España.

Por otro lado, la población de 0 a 15 años se incrementará en 157 mil personas (un 2,2%), lo que se derivará de la prolongación futura de las tendencias al crecimiento de la

fecundidad actualmente observada. Sin embargo, la población de 16 a 64 años, se verá disminuida en más de medio millón de efectivos, un 18,4% de su volumen actual. Con ello, por cada 10 personas en edad de trabajar, en 2049 residirán en España casi nueve personas potencialmente inactivas (menor de 16 años o mayor de 64). Es decir, la tasa de dependencia se elevará hasta el 89,6%.

La continuidad futura de las tendencias recientes de la fecundidad llevará al número medio de hijos por mujer hasta un nivel de 1,71 en 2048. El número de nacidos no volverá a elevarse hasta 2028, una vez superado el efecto sobre la pirámide poblacional femenina que produjo la crisis de natalidad de los años 80.

Por otro lado, de mantenerse los ritmos actuales de reducción de la incidencia de la mortalidad por edad sobre la población de España, la esperanza de vida al nacimiento alcanzaría los 84,3 años en los varones y los 89,9 años en las mujeres en 2048 (tabla 1.1.). No obstante, el mayor tamaño poblacional y una estructura demográfica cada vez más envejecida producirán un continuo crecimiento del número anual de defunciones. Con ello, el saldo entre nacimientos y defunciones entraría en una dinámica continuamente decreciente. De hecho, dicho excedente vegetativo, tras haber alcanzado su máximo de las últimas décadas en 2008, acabará tornándose en negativo a partir de 2020, lo cual supondrá un fuerte freno al crecimiento poblacional.

Tabla 1.1. Crecimiento vegetativo proyectado.

Años	*Nacimientos*	*Defunciones*	*Crecimiento vegetativo*
2009-2018	4.801.676	4.120.462	681.214
2019-2028	4.188.170	4.383.448	-195.278
2029-2038	4.325.747	4.679.220	-353.474
2039-2048	4.560.425	5.224.559	-664.134

Fuente: INE (2009). Proyección de población a largo plazo.

A la vista de las proyecciones de futuro y dado que el envejecimiento de la población seguirá aumentando en las próximas décadas, se hace necesario aplicar cambios en las políticas sociales, sobre todo en aquellas destinadas a la población mayor, ya que no solo están aumentando en número sino que están cambiando algunas de sus características personales y sociales.

Por tanto se deben consideran nuevas formas de valorar a la persona anciana desde una postura más positiva, que supere las teorías centradas sólo en el déficit. Esta reflexión

nos lleva a considerar el envejecimiento como un proceso natural, una etapa más del desarrollo evolutivo humano, en la que existen ganancias y pérdidas, planteamiento ampliamente recogido en las teorías del Ciclo Vital (Baltes, 1987; Heckhausen, Dixon y Baltes, 1989).

2. Concepto de envejecimiento.

A la hora de definir que entendemos por envejecimiento, tenemos que abordar el tema desde planteamientos multidimensionales e interdisciplinarios, dada la gran cantidad de disciplinas como la medicina, la psicología, la sociología, la filosofía y la historia que han hecho sus aportaciones para contribuir al estudio y definición de este concepto. Tanto en la ciencia como en la sociedad han existido dimensiones importantes que se han utilizado para definir la vejez. En particular pueden identificarse tres vertientes más comunes:

1. La *biológica*. Incluye una definición de la vejez desde dos dimensiones principalmente: la función del patrón de referencia cronológica y, a partir de los cambios morfofuncionales de cuya declinación depende el grado de envejecimiento (García, 2003).

2. La *psicológica*. Incluye también, por lo menos, dos dimensiones más sobresalientes de estudio: primera, la de los cambios en los procesos psicológicos básicos, y el desarrollo que estos presentan; y, segunda, la que se refiere al estudio de la personalidad y sus cambios.

3. La *social*. Esta dimensión parte del estudio de 3 dimensiones: la sociodemográfica, que implica el crecimiento poblacional y sus efectos endógenos y exógenos; la sociopolítica, que implica el nivel de participación y de integración social de las personas mayores, y; la económica política, que incluye el estudio de los recursos y condiciones socioeconómicas de las personas en la vejez.

A partir de estas dimensiones pueden encontrarse diversas aproximaciones sobre el

concepto de vejez. Existe también una diversidad de formas conceptuales a las que se recurren como: vejez, senectud, ancianidad, tercera edad, adultez tardía. La utilización de estos términos remite a esta edad generalmente como un producto, mientras que términos como envejecimiento o senilidad refieren, aparentemente, a la idea de un proceso.

A continuación, presentaremos una revisión de algunas de las definiciones que se han generado sobre la vejez y que permiten tener un panorama general de las aproximaciones conceptuales a las que se ha llegado para plantear, entonces, una aproximación psicosocial de la vejez.

Las primeras definiciones de la vejez desde un planteamiento científico aparecieron en los años cincuenta, momento en el que las investigaciones médico-científicas cobraban un mayor auge. Peter Medawar en 1953 decía que: "la vejez es el cambio fisiológico que sufre el individuo, cuyo término inevitablemente es la muerte". El biólogo Alex Comfort (1956) consideraba en esos mismos años a la senectud como un proceso de deterioro: "Lo que mide, cuando lo medimos, es una disminución en viabilidad y un aumento en vulnerabilidad… se muestra como una creciente probabilidad de muerte con el aumento de la edad cronológica".

Desde esta perspectiva médica, las primeras definiciones que se ofrecieron en la Gerontología contemplaron a la vejez como un estado previo a la muerte. Como la de Lansing (1959), que proponía que la vejez "es un proceso progresivo, desfavorable, de cambio ordinariamente ligado al paso del tiempo histórico, que se vuelve perceptible después de la madurez y concluye invariablemente en la muerte". Golfarb (1965), desde la Psiquiatría, señalaba que: "el envejecimiento está mejor definido en términos funcionales como un proceso inevitable y progresivo de menoscabo de la capacidad para adaptarse, ajustarse y sobrevivir. La senectud es un estado en el cuál la disminución de la capacidad funcional, física y mental, se ha hecho manifiesta, mensurable y significativa".

Estas primeras definiciones marcan la tendencia en los inicios de los estudios sobre la vejez, altamente influenciados por perspectivas médicas y biológicas. Esta línea tuvo mucha influencia en las definiciones que se ofrecieron durante el siglo XX, como la de San Martín (1988) quien considera, desde el punto de vista fisiológico, que el envejecimiento tisular comienza cuando termina el período de crecimiento, lo cual ocurre entre los 25 y los

30 años, señalando que el envejecimiento es un proceso gradual e insidioso, pero progresivo, que se objetiva después de los 40 años cuando el desgaste de los tejidos se hace evidente.

Durante los últimos años del siglo XX y también desde una perspectiva biológica, aparecieron otras definiciones sobre vejez, de este modo para Birren y Schroots (1996) "el envejecimiento se refiere a una transformación con el tiempo ordenada y regular de los organismos representativos que viven bajo entornos representativos". En esta misma línea de pensamiento Point Geis (1997) señala que el organismo envejece, se transforma y va perdiendo progresivamente sus facultades. Según esta autora, el envejecimiento "reflejaría la tendencia al desorden que manifestaría un ser vivo organizado como un sistema interrelacionado de substancias químicas inestables que reaccionan en forma secuencial". Por tanto se considera que es una etapa del desarrollo y proceso de evolución del organismo resultado del deterioro funcional, donde el individuo será cada vez más incapaz. Por otra parte Craig (2001) considera que la vejez es un período importante por su naturaleza y que comienza al inicio de los 60 años, aproximadamente. A nivel biológico, señala que el envejecimiento es un fenómeno universal pues "todos los sistemas del organismo envejecen incluso en condiciones genéticas y ambientales óptimas, aunque no con la misma rapidez... Muchos de los efectos no se perciben sino hasta los últimos años de la adultez, porque el envejecimiento es gradual y los sistemas físicos poseen una gran capacidad de reserva" (Craig, 2001). Para Gonzalo (2002) el envejecimiento o senescencia indica los cambios que se producen en la tercera y cuarta edad sin que se añadan alteraciones producidas por otras enfermedades, es decir, el envejecimiento normal.

Esta tendencia a ubicar a la vejez como un producto biológico aportó elementos importantes a la discusión conceptual de la vejez. Sobre todo, cuando se pudo observar la falta de uniformidad de los cambios físicos y la complejidad de otros elementos psicológicos y sociales que también influían significativamente en la forma cómo se presentaba esta edad. Estas discusiones permitieron integrar poco a poco otros elementos que fueron llevando a la vejez de ser un concepto rígido, a relativizarse a la luz de los conocimientos psicológicos y sociales.

A partir del acercamiento más profundo de nuevas áreas al estudio del envejecimiento, como la Gerontopsicología o los aportes de la Psicología Evolutiva, se

incluyeron otros aspectos en la definición haciendo que esta etapa del desarrollo fuera considerada de forma más amplia. De hecho, algunos autores gerontólogos o psicólogos del desarrollo prefieren utilizar el término envejecimiento en lugar del término "vejez". En estas definiciones se incluyen ya elementos de tipo psicológico o social, entendidas como variables influyentes del envejecimiento alejándose de este modo de las visiones centradas exclusivamente en los aspectos biológicos. Así, una de las formas más utilizadas para definir el envejecimiento y en la que se integran diversas perspectivas de estudio es la que se plantea a partir de los conceptos de envejecimiento primario y envejecimiento secundario. Para Belsky (2001), el envejecimiento primario implica los cambios graduales e inevitables que aparecen en todos los miembros de una especie, así, se refiere a los procesos de deterioro biológico genéticamente programado en el que los diferentes procesos ocurren incluso en las personas con mejor salud y sin enfermedades importantes; el envejecimiento secundario, es el deterioro corporal producido por fuerzas dañinas externas y evitables, y que se relacionan con factores controlables, tales como la nutrición, el ejercicio físico, los hábitos de vida y las influencias del ambiente. Hoffman, Paris, y Hall (1996) comparten esta definición y señalan que el envejecimiento primario es normal e inevitable y sucede a pesar de la salud, y que el envejecimiento secundario, son cambios que están correlacionados con la edad y que hacen difícil establecer un curso normal del envejecimiento.

Sáez, Aleixandre y Meléndez (1995), documentan lo que se entiende como envejecimiento terciario, relacionado con la hipótesis del "bajón terminal". Así y de acuerdo con numerosos estudios longitudinales, parece que a medida que se acerca la muerte de una persona se producen deterioros generalizados en su nivel de funcionamiento psicológico. Tales deterioros suelen ser más acusados cuanto más cerca de la muerte se encuentra el anciano. La capacidad de adaptación disminuye, todas las capacidades cognitivas se deterioran, la personalidad se desestabiliza y se hace más vulnerable a las situaciones (estresores).

Según Langarica (1985), el envejecimiento es un proceso que depende de factores propios del individuo (endógenos) y de factores ajenos a él (exógenos). Es un proceso en el cual lo que es afectado en primer lugar no es la conducta cotidiana y probada del organismo para con su medio, sino sus disponibilidades, sus facultades, sus posibilidades de

enfrentarse con una situación insólita, ya sea de orden biológico, personal o social.

Por su parte Fierro (1994) en lugar de hablar de "vejez" como estado, prefiere hablar de "envejecimiento", como curso o proceso, "… un proceso que comienza tempranamente, al término de la juventud, y que a lo largo de la vida adulta se combina con procesos de maduración y desarrollo". Señala que el envejecimiento no constituye un proceso evolutivo o de desarrollo, tampoco involutivo, pero sí de decadencia o deterioro vital. También señala que no constituye un proceso simple y unitario sino un haz de procesos, asociados entre sí, que no son necesariamente sincrónicos y son asociados a la edad cronológica.

Desde el ámbito de la Geriatría, Albretch y Morales (1999) señalan que el envejecimiento comprende diversas modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas, psicológicas y sociales según el contexto temporo-espacial en el que se desarrolló el individuo en las etapas anteriores de su vida, resultado del paso del tiempo. Señalan que estos cambios se inician o aceleran después de haber alcanzado el crecimiento y madurez alrededor de los 30 años de edad.

Rice (1997) desde la Psicología del Desarrollo señala que la vejez es "un momento de ajustes, particularmente a los cambios en las capacidades físicas, las situaciones personales y sociales, y las relaciones". Para Buendía (1994) el envejecimiento es "un proceso que comienza tempranamente y que a lo largo de la vida adulta se combina con los procesos de maduración y desarrollo". Considera que en el envejecimiento no sólo tienen lugar ciertos deterioros o pérdidas, sino que se mantienen también y se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas. Fernández-Ballesteros (2000) asume que "la vejez está en función del tiempo que transcurre para un determinado organismo frecuentemente medido según la edad".

La distinción entre vejez y envejecimiento apunta a un cambio de términos y también a una redimensión epistemológica en muchos de los casos, que relativizó el conocimiento sobre la vejez. Sin embargo, la inclusión del contexto social como una influencia importante del "desarrollo" en la edad adulta fue más tardía o no tuvo la misma fuerza conceptual. Poco a poco algunas definiciones fueron resaltando el papel de las condiciones sociales y psicológicas en el envejecimiento. Por citar un ejemplo, para

Silvestre, Solé, Pérez y Jodar (1995) el envejecimiento "no debe entenderse únicamente como un fenómeno estrictamente orgánico, sino que es un proceso más complejo en el que también interactúan variables sociales y psíquicas". Plantean que el envejecimiento del ser humano "es un proceso caracterizado por la diversidad. Los factores que determinan dicha diversidad son: la herencia genética, el estado de salud, el status socioeconómico, las influencias sociales de la educación y la ocupación ejercida, las diferencias por generación y la personalidad… es una etapa cambiante a lo largo del tiempo".

Bazo y Maiztegui (1999) consideran que el envejecimiento es un "fenómeno multidisciplinar que afecta a todos los componentes del ser humano: su biología, psicología, roles sociales". García (2003) señala que la vejez es una etapa de la vida (biológica), pero también un modo de realidad (filosófica), "es uno de los momentos más dramáticos del devenir del ser". Señala también que la vejez no debe ser interpretada como algo decrépito y negativo, sino como un "modo existencial abarcante, ineluctable, inaplazable, como lo es cualquier otra etapa de la vida humana". Para Ham (2003) la condición de vejez y sus grados "se determinan por ciertos signos que son condicionantes o eventos biológicos, psicológicos, sociales y/o económicos, los cuáles varían en sentido y relevancia de acuerdo con las épocas, las culturas y las clases sociales". Para Motte y Muñoz (2006) el envejecimiento "es el conjunto de procesos que sigue un organismo después de su fase de desarrollo. Estos procesos dinámicos implican un cambio, es decir, transformaciones biológicas, psicológicas y/o sociales del organismo en función del tiempo".

Las definiciones citadas dan cuenta de la forma en que se ha integrado en la conceptualización de la vejez una dimensión social. Esto fue importante en el proceso de generación de una definición de la vejez más integral, que contemplara el papel que tienen los aspectos psicológicos y sociales en la conformación y comprensión de una edad.

Como podemos observar a la vista de la multitud de definiciones y ámbitos de estudio relativos al envejecimiento, no existe un consenso general a la hora de definir que se entiende por envejecimiento. En la actualidad el énfasis se centra en destacar que no es un proceso involutivo, ya que cada vez más la investigación señala que muchas personas mayores mantienen una buena calidad de vida incluso en edades avanzadas.

La calidad de vida ha sido estudiada desde diferentes disciplinas. Socialmente calidad de vida tiene que ver con una capacidad adquisitiva que permita vivir con las necesidades básicas cubiertas además de disfrutar de una buena salud física, psíquica y de una relación social satisfactoria.

En las sociedades que envejecen a ritmo creciente, promocionar la calidad de vida en la vejez y sobretodo en la vejez dependiente es el reto más inmediato de las políticas sociales. El creciente aumento de la esperanza de vida, el descenso sin precedentes históricos de la tasa de natalidad, los cambios en la estructura, en el tamaño, en las formas de la familia, los cambios en el status de las mujeres, la reducción creciente de las tasas de actividad laboral entre las personas de cincuenta y cinco y más años, han convertido el envejecimiento de la sociedad en una cuestión de máximo interés.

3. Aproximación multidisciplinar al estudio del envejecimiento.

A continuación se expondrán las principales teorías biológicas, sociológicas y psicológicas desde las cuales se ha abordado el tema del envejecimiento. No obstante, el objetivo no es realizar un análisis exhaustivo de todas y cada una de las teorías existentes, sino presentar una revisión que permita ubicar de forma teórica el origen de esta investigación.

3.1. Teorías biológicas.

En el ámbito biológico coexisten diversas teorías sobre las causas del envejecimiento. Aunque en ellas no han sido los aspectos positivos y de crecimiento los que han primado, también han contribuido a la comprensión y definición del envejecimiento. Desde estas, el envejecimiento está caracterizado por una serie de cambios, entre los que destacan los cambios en la composición química de cuerpo, los progresivos cambios degenerativos, la reducción en la capacidad adaptativa, el incremento de la vulnerabilidad a un número importante de enfermedades o el incremento en la mortalidad (Cristofalo, 1990).

El envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible que determina

una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación. Se trata de un proceso intrínseco, dado que no es debido a factores ambientales modificables. Además es heterogéneo e individual, ya que, aunque cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, la velocidad de declinación funcional, varía enormemente en cada sujeto.

A nivel biológico existe una gran variedad de teorías que pretenden explicar el proceso de envejecimiento, Goldstein y Reichel (1981) las han revisado extensamente y finalmente las han dividido en dos grandes categorías, las estocásticas y las no estocásticas.

3.1.1. Teorías estocásticas.

Las teorías estocásticas afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren de forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo. Las teorías agrupadas bajo la denominación de estocásticas, son también llamadas, teorías del "uso y desgaste", y asumen que el envejecimiento está causado por la acumulación de daños del ambiente. Estos daños van aumentando progresivamente hasta que son incompatibles con la vida. No obstante, hay datos que parecen contradecir esta perspectiva teórica, como es el hecho de que el ejercicio moderado y continuado, aunque conlleva un mayor uso y desgaste del cuerpo, no acelera el proceso de envejecimiento, sino que a la luz de los resultados existentes, tendería a mejorar la calidad de vida y el bienestar del adulto mayor, incluso cuando este está institucionalizado (Piedras-Jorge, Meléndez y Tomás, 2010).

Una de las teorías estocásticas más populares, es la Teoría de los Radicales Libres (Denham Harman, 1956), que propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres. La explicación a esta teoría radica en el hecho de que el oxigeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria y como la utilización y manejo del oxigeno no es perfecta, se producen radicales libres, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como el colágeno, la elastina y los lípidos entre otros. Aunque faltan más estudios para comprender a fondo el papel de los radicales libres en el proceso de envejecimiento, lo que sí es claro, es el importante papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías

relacionadas con el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las cataratas o la Enfermedad de Alzheimer entre otras.

Otra teoría estocástica sería la Teoría del error catastrófico (Orgel, 1963), que propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría el daño en la función celular. Se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos errores se acumulen en el tiempo.

Por poner otros ejemplos mencionaremos dos teorías estocásticas más que son, la Teoría del entrecruzamiento, que postula que ocurrirían enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad, como ocurre con las cataratas (las proteínas del cristalino sufren glicosilación y comienzan a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a la opacificación progresiva de éste); y la Teoría del desgaste, que propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, órganos y finalmente del organismo. Aunque la capacidad de reparación del ADN correlaciona positivamente con la longevidad, estudios animales no han demostrado una declinación en la capacidad de reparación del ADN en los animales que envejecen, así que faltan aún más estudios para determinar si realmente se acumula daño en el ADN con el envejecimiento.

3.1.2. Teorías no estocásticas.

Según este grupo de teorías, el envejecimiento estaría predeterminado. Proponen que el envejecimiento sería la continuación del proceso de desarrollo y diferenciación, y correspondería a la última etapa dentro de una secuencia de eventos codificados en el genoma.

Hasta el momento no existe evidencia en el hombre de la existencia de un gen único que determine el envejecimiento, pero a partir de la Progeria (síndrome de envejecimiento prematuro), se puede extrapolar la importancia de la herencia en el proceso de envejecimiento.

Estas teorías, también llamadas Programadas, engloban aquellos fenómenos que se describen mediante un número limitado de variables conocidas, que evolucionan

exactamente de la misma manera en cada reproducción del fenómeno estudiado. Además, sugieren que una serie de procesos del envejecimiento están programados innatamente dentro del genoma de cada organismo. Así, afirman que éste lleva grabado desde nuestro nacimiento cuál va a ser la evolución de nuestro organismo hasta la muerte del mismo. Por tanto, proponen que los genes tienen unas instrucciones claras y precisas que controlan tanto el crecimiento y la maduración del ser vivo como su decadencia y muerte.

Una teoría dentro del grupo de las no estocásticas sería la Teoría del Marcapasos, según la cual, los sistemas inmune y neuroendocrino serían "marcadores" intrínsecos del envejecimiento. Su involución está genéticamente determinada para ocurrir en momentos específicos de la vida. Acorde con esta teoría, el timo jugaría un rol fundamental en el envejecimiento, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumenta, entre otros, la frecuencia de cánceres.

Otra teoría considerada dentro de este grupo sería la Teoría Genética, que destaca que el factor genético es un importante determinante del proceso de envejecimiento. Aunque aún no se conocen exactamente los mecanismos involucrados, si existe evidencia sobre el control genético de la longevidad. Algunas de estas evidencias serían apoyadas por datos como que existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal, que existe una mayor correlación en la sobrevida entre gemelos monocigotos que entre hermanos, que la sobreviva de los padres correlaciona con la de sus hijos y que en los dos síndromes de envejecimiento prematuro (Síndrome de Werner y Progeria), en los cuales los niños mueren de enfermedades relacionadas con el envejecimiento, hay una alteración genética autosómica hereditaria.

Un ejemplo más de estas teorías no estocásticas sería la denominada Hipótesis de la Telomerasa. Los telómeros parecen ser el reloj que determina la pérdida de la capacidad proliferativa de las células. Los telómeros son los extremos de las secuencias de ADN, es decir, el final de los cromosomas. La longitud de los telómeros desciende progresivamente en las células que se dividen en el organismo, hasta que se acorta a una longitud que no permite ninguna replicación más.

3.2. Teorías sociológicas.

Mientras que las teorías biológicas intentan explicar porque envejecemos y

atribuyen el declive al deterioro de las funciones celulares o a la acción de determinados factores o sustancias sobre estas, las teorías sociológicas pretenden dar sentido a como envejecemos dentro de un marco social y se han centrado en explicar como los ancianos se adaptan durante la última etapa de su vida a las condiciones que les ofrece la sociedad, la forma en que buscan respuestas a los problemas que se les presentan y como asumen las pérdidas y frustraciones que estos les generan.

En líneas generales se establecen tres etapas en la generación de las teorías sociológicas del envejecimiento. La primera corresponde a las "teorías adaptativas" centradas en el individuo y en las relaciones de éste con la sociedad. La segunda se refiere a las "teorías estructurales" sobre la modernización, basadas fundamentalmente en la sociedad del trabajo. La tercera generación contiene los enfoques más recientes que intentan reconciliar ambas posturas, dando lugar a lo que se ha llamado la "economía moral".

A continuación haremos un repaso de las tres generaciones, resaltando las teorías más importantes dentro de cada una de ellas.

3.2.1. Primera generación, las teorías adaptativas.

Esta generación emergió en un momento de predominio del análisis funcionalista, donde la atención se centró en la capacidad de interacción del individuo con su medio social. La línea predominante concibió el envejecimiento como una forma de ruptura social y, consecuentemente, como una pérdida progresiva de funciones sociales.

Dentro de esta primera generación, la Teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961) sostiene que para que una sociedad se mantenga estable es necesario que las personas que en un futuro inmediato van a ser incapaces de realizar satisfactoriamente sus tareas, sean reemplazadas por otras más jóvenes, de manera que sean desempeñadas con las mínimas interrupciones posibles.

Desde este punto de vista las personas se van haciéndose cargo del declive de sus habilidades a medida que envejecen y se van desvinculando o distanciando de las actividades que hasta el momento habian realizado. La desvinculación empieza con una reducción de actividades que tienen que ver con la competitividad y con la productividad y esta desvinculación también es aceptada por parte de la sociedad que va acomodando sus

demandas, expectativas y encargos al progresivo deterioro que produce el envejecimiento (Buendia, 1994).

Según esta teoría el anciano se va apartando cada vez más de las relaciones sociales, reduce sus roles más activos y se centra en su vida interior, y la sociedad va cerrando al individuo anciano posibilidades de participación, y le libra de sus obligaciones y roles sociales, lo que hace que la persona se sienta feliz y satisfecha. Esta desvinculación resulta, asimismo, positiva para la familia y las relaciones más cercanas, ya que ofrece la posibilidad de buscar sustitución a las tareas que el anciano ya no realiza, y de reorganizar los roles con bastante tiempo para reflexionar sobre las decisiones que se han de tomar.

Cercana a la teoría de la desvinculación, la Teoría de la subcultura (Rose, 1965) argumenta que las personas ancianas forman un grupo social distinto por sus características comunes y su aislamiento, posee los rasgos de cualquier grupo aislado y proporciona un conjunto de normas que definen y dirigen la conducta. También sostiene que las personas de edad avanzada tienen tendencia a interactuar más entre sí que con grupos de edad diferente lo que les ayuda a mantener su identidad y una autoestima positiva, pues ello les permite establecer comparaciones de sí mismos con otras personas que están en una situación similar a la suya. Próxima a la anterior, la Teoría del grupo minoritario establece que las personas mayores se ven forzadas a formar una minoría de personas discriminadas por compartir ciertas características relacionadas con la edad y les aplica pues los rasgos de los grupos minoritarios: falta de movilidad, pobreza, segregación, baja autoestima e impotencia.

Las teorías anteriores han sido objeto de crítica, en tanto que en ellas la vejez es considerada no solo en sus aspectos más problemáticos, sino en los más negativos, considerando a la vejez como sinónimo de improductividad, falta de compromiso y como una carga. La pérdida de funciones que comporta el envejecimiento, junto al deterioro de las capacidades físicas y mentales se conceptualiza en términos de aislamiento. Y aunque en la década de los setenta y ochenta los argumentos respecto a los problemas de la dependencia y el envejecimiento se desplazaron desde el individuo a la estructura social, lo cierto es que esta concepción de la vejez choca con la moderna concepción del envejecimiento activo.

Es cierto que los ancianos no están en condiciones de competir ni de producir al ritmo que los jóvenes pero en ellos también puede haber un tipo diferente de competitividad y de productividad adaptado a sus características particulares. Además, esta desvinculación a la que aluden las teorías anteriores, también se puede estar dando más por lo estereotipos y prejuicios que existen en el anciano y en la sociedad, que por una desvinculación real.

La Teoría de la desvinculación recibió críticas en las dos décadas siguientes a su aparición, y también surgieron revisiones como las de Neugarten, Havighurst y Tobin (1961) quiénes hablan de una reestructuración cualitativa, o sea, más que una disminución cuantitativa lo que se produce son cambios en la participación o vinculación. Estos autores comentan, igualmente, la importancia de los componentes individuales; así, según la personalidad de cada uno, unas personas serán más felices retirándose de la vida de la comunidad, y otras siendo activas y estando integradas en la misma.

Posteriormente Salvarezza (1988) hace un repaso por varios estudios en los que se comprueba que las personas mayores prefieren la actividad y los contactos sociales. En su opinión, una vejez feliz viene condicionada por el apego de los ancianos a sus objetos y actividades y, en cualquier caso, para las actividades que no pueda seguir realizando, se buscarán sustitutos.

También Bazo (1990) se opone a las teorías anteriores y afirma que no se puede apoyar la idea de una desvinculación universal, ni que la desvinculación es uniforme. Este autor afirma que si muchas personas abandonan sus roles y actividad es más debido a la falta de oportunidades y/o a los correlatos del incremento de la edad, como son el ir perdiendo la salud, los amigos/as o los ingresos.

Contrarias a las teorías mencionadas anteriormente, en esta generación surgen otras, como la Teoría de la Actividad (Havighurst, 1961), que según Carstensen (1990) no se trata de una teoría formal, sino que es una perspectiva sobre el envejecimiento que se opone a la teoría de la desvinculación. Esta teoría sostiene que un alto nivel de actividad mejora la satisfacción personal y por ende el bienestar. Dado que la identidad se construye, en gran medida, en base a las actividades y roles que se desempeñan, un mejor envejecimiento precisa de un mantenimiento de estos, tanto como sea posible, puesto que si se priva de ciertos roles, y los que restan no están claramente definidos, la confusión resultante puede

conducir a un estado de anomia que tiende a interiorizarse, por lo que el individuo se torna inadaptado y alienado de la situación y de sí mismo. Se defiende, desde este punto de vista, que una buena vejez tendría que estar acompañada de nuevas actividades o trabajos (hobbies, participación en clubs o asociaciones, etc.) que sustituyan a los que se tenían tiempo atrás. La teoría destaca también la diversidad social que existe entre las personas ancianas.

Se ha observado en diferentes estudios (Maddox, 1963) que la moral alta en la vejez está relacionada con un nivel alto de actividad, lo cual apoya esta teoría; pero no se niega que, con la edad, hay una menor tasa de actividad global, debida a imposiciones externas como el decremento de roles sociales, el fallecimiento de amigos y familiares o el deterioro de la salud.

Otra teoría opuesta igualmente a la teoría de la Desvinculación, es la Teoría de la continuidad (Atchley, 1971), que se focaliza en todo el ciclo vital y los procesos de continuidad y cambio. Ciertamente en el proceso de envejecimiento se experimenta una cierta discontinuidad, pero también es cierto que la adaptación y el estilo de vida están fuertemente influenciados por las actitudes, preferencias y hábitos adquiridos a lo largo del ciclo vital. La adaptación social a la vejez, la jubilación u otros acontecimientos están determinados esencialmente por el pasado, por la biografía. Según esta teoría la mejor manera de predecir el comportamiento en la vejez, es considerando su conducta a lo largo de toda su vida.

Por último, en esta generación de teorías surge la Teoría del medio social (Gubrium, 1973) que sostiene que el comportamiento en la vejez depende de factores biológicos y sociales, y respecto de éstos señala que el medio en que se desenvuelve una persona mayor incluye el contexto social y su normatividad, así como los obstáculos de tipo material y las posibilidades disponibles. A partir de esta teoría se defiende que en el nivel de actividad de una persona mayor hay tres factores que inciden fundamentalmente, y son: la salud, el dinero y los apoyos sociales (Fernández Lópiz, 1994; Mishara y Riedel, 1986) y todos actúan como limitadores, de modo que los factores procedentes del medio social, susceptibles de influir en el grado de actividad, resultan desfavorables en la vejez.

3.2.2. Segunda generación, las teorías estructurales.

Superando el individualismo que había caracterizado a la anterior generación, ésta analiza el impacto de la organización social sobre el envejecimiento. Cowgill y Holmes (1974) vinculan la pérdida de estatus de las personas de edad avanzada al avance del proceso de modernización, y concretamente a factores como el perfeccionamiento de la tecnología sanitaria, el desarrollo y la eficacia de la tecnología económica, la urbanización y los procesos de instrucción.

Townsend (1957), desde un paradigma marxista, alude a la creación social de la dependencia como la "Dependencia estructurada", que hizo referencia originalmente a las privaciones en materia de pensiones, salud o bienestar, pero se amplió con posterioridad para dar cabida a la dependencia interpersonal e incluir la infantilización de las personas mayores a las que se incapacita y se llega a excluir de los lugares públicos.

A la Economía política de la vejez se refieren Walker (1980) en el Reino Unido y Estes (1986) en Estados Unidos al considerar que la calidad de vida de la última fase del ciclo vital en las sociedades capitalistas modernas está determinada por la influencia de la situación del mercado de trabajo adulto en el momento de la jubilación, y con posterioridad a ésta. Ambos concluyen que los efectos de una posición poco sólida en el mercado laboral antes de la jubilación suponen una limitación de acceso a un amplio abanico de recursos y se concreta en la imposición de una categoría social deprimida.

El enfoque de la segunda generación ha sido valorado en la medida en que corrige el individualismo de los anteriores enfoques y que pone en primer término la dimensión política de envejecimiento. Sin embargo, tampoco ha sido ajeno a críticas, dada la excesiva importancia otorgada a los factores estructurales y la escasa atención concedida a los microprocesos, la posibilidad de cambio y oportunidades. Esta segunda generación pone el acento en la creación social de la dependencia basada casi exclusivamente en la sociedad del trabajo, entendido éste como trabajo remunerado.

3.2.3. Tercera generación, la economía moral.

Esta generación es la más reciente e intenta reconciliar las posturas individualistas con las estructurales dando lugar a la "Economía moral" que se caracteriza por el énfasis en el cambio y las oportunidades.

La Teoría de la tercera edad (Lanslett, 1989) presenta el envejecimiento como un ejemplo de cambio social no planificado, ya que la magnitud de las variaciones en la estructura de edad requiere una modificación de los planteamientos ante nuevas cuestiones y problemas sociales. Los cambios son asociados a cuatro etapas del curso vital. La primera es la etapa de dependencia, socialización, inmadurez y educación; la segunda es la de la independencia, la madurez y la responsabilidad, de ganar y ahorrar; la tercera es una época de realización personal; y la cuarta de dependencia final, decrepitud y muerte. La entrada y salida del mercado de trabajo marcan las transiciones de la primera a la segunda, así como de la segunda a la tercera. Lo novedoso radica en que la "tercera edad" es considerada como la etapa del apogeo de la vida, liberada ya de las limitaciones de la segunda y no aquejada por las sombras de la cuarta. Lanslet (1989) presta especial atención a las mujeres, quienes tienen mayor probabilidad de llegar a la tercera edad y vivir en ella. En todo caso, la teoría parece desplazar las dificultades de la tercera a la cuarta edad; niega la posibilidad de que una vejez satisfactoria pueda ser compatible con un modo de vida más pasivo, y parece presuponer la disponibilidad de recursos para el desarrollo de aspectos creativos generalizados a todas las personas y de todas las clases sociales.

Las Teorías del curso vital acentúan la diversidad de experiencias frente a la inevitable dependencia, y las experiencias colectivas frente a las actitudes individualistas, poniendo de manifiesto que la edad y envejecimiento se han tornado dimensiones claves de las sociedades modernas. Riley (1987) sostiene que en torno al curso vital ha aparecido una "Sociología de la edad" que hace hincapié en dos aspectos relacionados entre sí: la consideración del envejecimiento en el transcurso de la vida como un proceso social, y la valoración de la edad como una característica estructural de sociedades y grupos cambiantes, en tanto que las personas y sus funciones se diferencian de acuerdo a la edad.

En el balance positivo estas perspectivas evidencian al fin las diferentes experiencias de distintos grupos sociales o de edad y la construcción social misma del envejecimiento; toman en consideración a las mujeres, dado su mayor peso en la tercera y cuarta edad, así como la construcción social de género. Sin embargo, tampoco han sido ajenas a las críticas, pues han olvidado las crisis crónicas del gasto público y la reestructuración del Estado de Bienestar, que en muchos países puede conducir a la intensificación de las desigualdades en la vejez más agudas en el caso de las mujeres, en

lugar de favorecer el pluralismo y la igualdad.

Dentro de este grupo de teorías sociológicas no queremos dejar de presentar la Teoría de la Selectividad Socioemocional (TSS) de Carstensen (1992), dado que este enfoque teórico proporciona una explicación a los cambios en el contacto social que tienen lugar con el envejecimiento.

Ciertos resultados empíricos (Labouvie-Vief, DeVoe y Bulka, 1989; Lawton, Kleban, Rajagopal y Dean, 1992) avalan la idea de que los individuos más maduros poseen una experiencia emocional más compleja y diferenciada, apoyando la idea de que la mayor experiencia acumulada por las personas mayores a lo largo de su vida les proporcionará una mayor capacidad para ejercer control sobre sus emociones y optimizar su experiencia emocional, evitando las sobrecargas emocionales.

Según la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1992), el envejecimiento iría acompañado por un giro motivacional que sitúa la optimización de la experiencia emocional y la extracción de significado en el primer lugar de la jerarquía de metas, convirtiendo la regulación emocional efectiva, fundamentalmente de tipo «preventivo» (selección de relaciones interpersonales y situaciones a las que se enfrentan), en una característica de la edad avanzada.

Esta teoría ha sido considerada, a veces, como una teoría psicosociológica centrada en la persona y que ayuda a comprender las preferencias y conductas sociales a lo largo del ciclo vital.

Hasta el momento en que se formuló esta teoría, existían dos explicaciones teóricas de este fenómeno, cuyas características principales hemos expuesto anteriormente: la Teoría de la Actividad, que consideraba la inactividad como un problema inducido socialmente y arraigado en normas sociales, como el retiro y las estructuras sociopolíticas (Havighurst y Albrecht, 1953); y la Teoría de la Desvinculación, que postulaba que la aproximación a la muerte instigaba un distanciamiento psicológico entre la persona mayor y la sociedad, que preparaba la persona para la muerte, y a la sociedad para la pérdida de sus miembros (Cumming y Henrry, 1961).

La SST, a diferencia de las teorías previas, considera los factores cognitivos y motivacionales, elementos fundamentales en el cambio producido en la red social. Se

plantea que el contacto social a lo largo del ciclo vital está motivado por un grupo esencial de metas psicosociales, que pueden ser clasificadas en dos categorías: Búsqueda de información (o conocimientos) y regulación emocional.

Cuando el tiempo es considerado como limitado, la constelación de metas es reorganizada de forma que las metas a corto plazo, como las relacionadas con los propios sentimientos, adquieren mayor importancia que las metas a largo plazo, como la adquisición de información (Carstensen y Fredrichson, 1998; Fredrickson y Carstensen, 1990).

Siguiendo a Carstensen y Charles (1998), algunas de las ideas fundamentales de la teoría en cuanto al área emocional son las siguientes:

La interacción social selectiva incrementa los aspectos emocionales de la vida. Las investigaciones de Lang y Castensen (1994) concluyen que, aunque la red social sea menor, el número de relaciones íntimas no cambia de forma sustancial. Así, a pesar de las perdidas y reducciones en los contactos sociales, las personas mayores, en líneas generales, están incluso más satisfechas con sus vidas que los jóvenes (Diener y Suh, 1997).

Cuando el tiempo es limitado se prefieren las relaciones emocionalmente intimas. Cuando se percibe el fin cercano, las personas se centran en el presente más que en el pasado o el futuro y este cambio temporal lleva a poner más énfasis sobre el mundo intuitivo y subjetivo que sobre el planeado y analítico. En varios estudios diferentes se han encontrado pruebas de que el momento del ciclo vital está asociado con la sapiencia de la emoción y las representaciones mentales (Carstensen y Fredrickson, 1998; Fredrickson y Carstensen, 1990) y por ende con un procesamiento más profundo de la información emocional (Carstensen y Turk-Charles, 1994).

La integridad del sistema emocional se mantiene en la vejez. En un estudio en el que se midieron experiencias subjetivas, expresión facial espontánea y respuesta psicofisiológica, la intensidad subjetiva de la experiencia emocional, la expresión facial y los perfiles específicos de activación fisiológica fueron indistinguibles entre jóvenes y adultos. No obstante, el nivel total de “arousal” fisiológico era significativamente menor en los mayores (Levenson, Carstensen, Friesen y Ekman, 1991).

Las diferencias de edad en experiencia emocional son positivas. Ciertos estudios

(p.e. Carstensen, Pasupathi, Mayr y Nesselroade, 2000) sugieren que los niveles de afecto positivo son similares a lo largo de sucesivas cohortes de edad de mayores, pero se observa una reducción en el afecto negativo. Así mismo, en los estudios que se ha encontrado una reducción del afecto positivo, un análisis mas detallado sugiere que existen ciertas emociones, como la excitabilidad y la sensación de búsqueda, que están relativamente reducidas en mayores; en cambio, otras emociones positivas tales como felicidad y diversión se mantienen (Lawton et al., 1992; Lawton, Kleban y Dean, 1993).

Las personas mayores regulan sus emociones mejor que la gente joven. Las pruebas empíricas (p. e. Carstensen et al., 2000; Lawton, Parmelee, Katz y Nesselroade, 1996) apuntan a una mayor regulación de la emociones en adultos mayores, comparados con adultos jóvenes. Por tanto, no es que en la vejez las emociones negativas no ocurran o que las emociones sean menos intensas, sino que las emociones negativas son mejor reguladas.

Por tanto esta teoría permite explicar tanto el bienestar como el balance entre el afecto positivo y negativo en la vejez. Con la edad el rol del afecto y el de la cognición van reestructurándose permitiendo una mayor cohesión entre los dos y mediando en una mayor regulación de la emoción en la vejez llevando consigo una maximización de los aspectos positivos y minimización de los negativos cuyo producto será una mayor satisfacción o bienestar. En definitiva, si en el mundo cognitivo ocurren cambios negativos debidos a la edad, en el mundo afectivo parecen ocurrir cambios positivos esencialmente ligados a un declive de la emocionalidad negativa que algunos autores han conceptualizado como una mejor integración o elaboración emocional.

3.3. Teorías y modelos psicológicos.

En este apartado expondremos en primer lugar las teorías clásicas del desarrollo, aunque solo aquellas que se han centrado en el estudio de la segunda mitad de la vida. Posteriormente pasaremos a analizar las teorías ecologicas por la importancia de estudiar el contexto donde se desenvuelve la persona y dentro de estas, la perspectiva del Ciclo Vital, que en definitiva es la que permite ubicar teóricamente este trabajo y la que desde nuestro punto de vista mejor nos puede ayudar a estudiar el bienestar psicológico de las personas mayores. Esta perspectiva nos proporciona una visión mucho más amplia de todo el desarrollo en su conjunto y tiene en cuenta como el contexto social y la cultura juegan un

papel importante en el desarrollo a lo largo de la vida, aspecto que puede influir en su satisfacción vital y por tanto en su bienestar, pone énfasis en el papel del individuo como productor de su propio desarrollo, contemplando al sujeto como un ser activo capaz de dirigir o influir en su curso de vida y en la búsqueda de su bienestar y pone énfasis en la plasticidad y la adaptación, proponiendo un individuo capaz de cambiar y adaptarse a las situaciones diversas que van surgiendo en su vida.

3.3.1. Teorías clásicas del desarrollo.

Jung (1875-1961) basó su teoría de la etapa adulta en la perspectiva psicoanalítica del desarrollo humano. Planteó el desarrollo del adulto como un proceso caracterizado por el crecimiento y el cambio, en el que las personas son guiadas por sus metas para el futuro, así como por sus experiencias pasadas. Creía que el desarrollo correcto implica el esforzase en alcanzar el propio potencial. Tal actualización requiere que las personas desarrollen todas las partes de la personalidad y luego las unan a un Yo equilibrado e integrado. Jung distingue dos etapas dentro de esta segunda mitad de la vida.

Mediana edad, en la que según Jung, cada persona posee los aspectos masculinos y femeninos, y entre las facetas no expresadas de la personalidad que van surgiendo en la mitad de la vida se encuentra la feminidad de los hombres y la masculinidad de las mujeres. Una vez finalizados los años de maternidad y paternidad activa, empieza a florecer el otro lado del género. Las mujeres con un pensamiento más firme pueden entrar en el mundo de los negocios o se interesan por un tema social más amplio; los hombres se vuelven más tiernos y menos autoritarios. Jung afirma que a medida que las personas van atravesando la mediana edad, han de marcarse nuevas metas en vez de vivir con las viejas ya deterioradas.

Vejez. Jung propuso que dentro de cada persona existía una orientación hacia el mundo exterior, que denominó extroversión, y una orientación hacia el interior, que denominó introversión. En la juventud y gran parte de la mediana edad, las personas expresan su extroversión. Una vez que la familia ya ha salido a adelante y la vida profesional ha llegado a su fin, hombres y mujeres se sienten libres para cultivar sus propias preocupaciones, reflexionar sobre sus valores y explorar su mundo interior. Este cambio de orientación conduce a las personas mayores a desarrollar la tendencia hacia la introversión.

Erikson elabora su propia teoría centrándose en el desarrollo del ego, que sería la

parte del self que interactúa en y con el mundo real a través del uso de procesos cognitivos como la percepción, el razonamiento y el recuerdo. Según Erikson (1950, 1968) el ego se desarrolla a través de 8 estadios universales organizados jerárquicamente. Cada uno de estos estadios estaría caracterizado por una crisis y la sucesión entre ellos se debería tanto al desarrollo psicológico de la persona como a las expectativas sociales externas. Según Zacarés y Serra (1998), esta teoría describe sus estadios según el principio epigenético, el cual va más allá de la mera sucesión ya que determina ciertas leyes que rigen las relaciones fundamentales que las partes en crecimiento guardan entre sí. Cada etapa supone un conflicto entre un planteamiento adaptativo y uno desadaptativo de la crisis central. Un conflicto tiene que resolverse con éxito en el periodo en que predomina para dejar a la persona bien preparada para enfrentar el problema siguiente.

En concreto los últimos tres estadios son los que corresponden a la adultez y vejez y serán los que expondremos a continuación:

- Adulto joven (20-40 años). Intimidad vs. Aislamiento: La tarea primordial en esta etapa es formar amistades fuertes y lograr un sentimiento de amor y compañerismo con otra persona. Es probable que experimenten sentimientos de soledad o aislamiento como resultado de una incapacidad para formar amistades o una relación íntima.
- Edad adulta media (40-60 años). Generatividad vs. Estancamiento: En esta etapa, los adultos enfrentan las tareas de incrementar su productividad en el trabajo y educar a sus familias u ocuparse de otro modo de las necesidades de los jóvenes. Estas normas de “generatividad” son definidas por cada cultura. Aquellos que son incapaces o que no están dispuestos a asumir estas responsabilidades se estancan o caen en el egocentrismo.
- Vejez (más de 65 años). Integridad del Yo vs. Desesperación: El adulto mayor mira la vida en retrospectiva, viéndola, ya sea como una experiencia significativa, productiva y feliz o como una decepción importante llena promesas sin cumplir y metas sin realizar. Las experiencias propias, en particular las experiencias sociales, determinan el resultado de esta crisis del final de la vida.

Erikson concluye que aunque los estadios de desarrollo están presentes genéticamente, la experiencia única de cada persona y el procesamiento que cada persona hace de sus experiencias se traduce en un resultado único para cada individuo. Esta teoría enfatiza el papel de los factores socioculturales e históricos, entendiendo el desarrollo de la persona como algo biopsicosocial.

Levinson utiliza el concepto de "estructura de la vida", que se refiere a un patrón subyacente de la vida de la persona en un momento dado (Levinson, 1978). La teoría de Levinson describe el desarrollo del varón poniendo de relieve una secuencia ordenada que alterna entre fases estables y transitorias. Durante las fases estables, los hombres persiguen sus metas con mayor o menor tranquilidad, puesto que las tareas pertinentes de desarrollo se han resuelto. Las fases de transición pueden conducir a grandes cambios en la estructura de la vida de un hombre, porque en esos momentos se cuestionan el patrón de su vida y exploran nuevas posibilidades. Los marcadores de esas etapas no son acontecimientos internos de naturaleza biológica o cognitiva, sino acontecimientos sociales.

Por tanto la estructura de la vida de una persona está compuesta de áreas principales de elección y obligaciones que representan la forma en la que el individuo ha optado relacionarse con la sociedad y que tienen gran importancia para el self. El matrimonio, la familia y la ocupación son los elementos más comunes de la estructura de vida, aunque el peso relativo otorgado a cada uno de ellos varía en función de la persona. Otras elecciones principales son: la ideología religiosa, la identificación étnica, y los movimientos sociales.

Levinson divide el proceso de desarrollo de una persona en cuatro etapas, con su correspondiente transición para pasar de una a otra. En la edad preadulta (0-17 años), es en la que se registra un crecimiento biopsicosocial más alto; la edad adulta temprana (22-45 años), es la etapa adulta de mayor energía y de mayores contradicciones y estrés; la edad adulta intermedia (45-60 años), en esta etapa nuestras capacidades biológicas muestran sus primeros cambios. Se trata de una etapa caracterizada por la satisfacción con la vida personal y por el reconocimiento de una posición social; por último, la edad adulta tardía (más de 65 años), no ha sido desarrollada por Levinson. Las dos etapas adultas básicas, la edad adulta temprana y la edad adulta intermedia, vienen delimitadas por dos periodos de transición que son los elementos más destacados de este autor.

Transición a la edad adulta intermedia: De los 40 a los 45 años se ha definido un período de cambio de la personalidad y en los estilos de vida, la crisis de la mitad de la vida. Dicho período se caracteriza por una revisión de la vida pasada y por un planteamiento de los años venideros. A esa edad la persona ya ha alcanzado una serie de logros en varias de sus carreras personales, y tal vez se da cuenta de que su tiempo es corto, que no ha alcanzado la esperada satisfacción y que, si desea cambiar, ha de hacerlo pronto. En este momento, la existencia universal de la crisis está cuestionada. Parece ser que los acontecimientos que las personas experimentan y el tiempo en el que ocurren son más importantes que la edad a la que se producen.

Transición a la edad adulta tardía: Tiene lugar de los 60 a los 65 años, cuando la persona se da cuenta de que ya no cumple una posición central. Ha de reducir las responsabilidades que asumía durante la edad adulta y aprender una nueva relación entre él mismo y la sociedad. Durante esta etapa el individuo aprende el sentido final de lo que es la vida. Este proceso tiene lugar a través de lo que se conoce como revisión de la vida, proceso en el que la persona inspecciona el pasado y separa los acontecimientos buenos de los malos.

El modelo de Levinson fue criticado porque únicamente se basaba en muestras de varones y no se había realizado ningún estudio con mujeres. Otros trabajos han evidenciado que muchas mujeres inician una transición de los 27 a los 30 años. Esta transición no está asociada al ciclo familiar y se caracteriza por una disrupción personal seguida de una autoafirmación y una búsqueda de crecimiento personal y, finalmente, por una explosión de autoconcepto y de bienestar psicológico.

Havighurst (1953) enfatiza la importancia de dominar lo que el denomina “tareas de desarrollo” apropiadas en cada momento de la vida. Una “tarea de desarrollo” es un logro importante que se requiere de un individuo en un momento concreto de su vida. Según este autor las tareas de desarrollo se originan como consecuencia de: la maduración física, la presión de la sociedad sobre la persona y los deseos, aspiraciones y valores de la personalidad emergente. El desarrollo con éxito de estas tareas llevarían a la felicidad, mientras que el fracaso en el desarrollo de las mismas, llevaría a la infelicidad, a la dificultad para llevar a cabo las siguientes tareas y a la desaprobación social. Havighurst más que hablar de estadios, habla de periodos de vida, que no serán vividos por los

individuos de la misma edad de forma semejante. Variables como el género y la clase social pueden ser más determinantes, incluso, que la propia edad cronológica. El efecto de todas estas tareas evolutivas es tan potente que origina cambios significativos en la personalidad.

Tareas de la juventud. Elegir pareja, aprender a vivir con el cónyuge, formar una familia, criar hijos, administrar el hogar, comenzar a trabajar, asumir responsabilidades cívicas y encontrar un grupo social afín.

Tareas de la madurez. Asumir la responsabilidad cívica y social del adulto, establecer y mantener un nivel de vida, ayudar a los hijos adolescentes a ser adultos responsables y felices, aceptar los cambios fisiológicos de la madurez y adaptarse a los padres que envejecen.

Tareas de la vejez. Adaptarse al deterioro de la salud y de la fuerza física, adaptarse a la jubilación y a la disminución de los ingresos, adaptarse a la muerte del cónyuge, establecer una filiación con el grupo de edad y establecer rutinas satisfactorias de vida.

3.3.2. Modelos ecológicos.

Con el termino modelo ecológico se hace referencia a una serie de modelos cuya característica en común es la idea de que no es posible estudiar el envejecimiento estudiando únicamente a la persona, sino que es necesario incluir en el análisis los factores contextuales. Es posible que la psicología del envejecimiento vaya progresivamente adoptando un punto de vista ecológico que abarque las principales modificaciones en nuestras características conductuales, mientras vamos cambiando ambientes y estilos de vida (Birren y Schroots, 1996).

Bronfenbrenner (1979) hablaba de la ecología del desarrollo humano, la cual resulta especialmente valiosa cuando se trata de dar cuenta del contexto del ciclo vital. En esta perspectiva incluye indicadores de estilos y condiciones de vida en términos de espacios donde se desarrolla la actividad humana; modalidades de dicha actividad y formas de interacción. Estos tres elementos se presentan en los distintos sistemas por él considerados: microsistema (el ambiente más cercano a la persona: familia, comunidad, colegio, trabajo), mesosistema (interacción entre los microsistemas), exosistema (circunstancias sociales, políticas, culturales, científicas y económicas), macrosistema (relacionado con elementos simbólicos de las culturas, tales como creencias y representaciones sociales), y

cronosistema (referente al transcurso del tiempo: hechos históricos y biográficos). Teniendo en mente la perspectiva ecológica mencionada, es posible analizar transformaciones en espacios, actividades e interacciones en distintos ámbitos, los cuales, ya sea en forma directa o indirecta, en mayor o menor grado, inciden en el ciclo vital de las personas.

3.3.2.1. Perspectiva teórica del ciclo vital.

Tradicionalmente la Psicología evolutiva se ha ocupado del estudio de la evolución y de los cambios comportamentales que se dan a lo largo del tiempo, aunque limitando este estudio solamente a la infancia y a un concepto de desarrollo que se entiende como un progreso en las funciones y estructuras psicológicas y de comportamiento hacia niveles cada vez mas diferenciados y complejos, dejando de lado el estudio de estos mismos cambios producidos a partir de la adolescencia. De hecho, cuando se han tratado los cambios producidos a partir de la segunda mitad de la vida, se han entendido únicamente a partir de una perspectiva de declive y pérdida.

En este contexto, a finales de la década de los 70 del pasado siglo, un grupo de autores europeos (fundamentalmente alemanes, como Hans Thomae o Paul Baltes) y estadounidenses (Warner Schaie o John Nesselroade) plantean una nueva forma de estudiar el envejecimiento desde la Psicología Evolutiva de manera que aparezca como un proceso integrado dentro del conjunto de la trayectoria vital humana. Esta alternativa, que pronto fue conocida como la orientación o el enfoque del ciclo vital (Life Span Approach) es, más que una teoría formal, un conjunto de principios para poder estudiar el cambio evolutivo con independencia del punto temporal en el que acontezca, incluidas las últimas décadas de la vida. Por tanto, la perspectiva del ciclo vital representa un intento para superar la dicotomía crecimiento - declinación, reconociendo que en cualquier momento de nuestras vidas hay pérdidas y ganancias.

Para Baltes (1987), quizá uno de los autores más representativo del estudio la Psicología del Ciclo Vital, desde estos planteamientos, se ha superado la conceptualización clásica del desarrollo como unidireccional, secuencial, irreversible y universal. Para Baltes et al. (1998), en base a los datos sobre envejecimiento de los estudios longitudinales, se ha visto que el desarrollo es multidireccional, multidimensional, plástico; que no existen trayectorias únicas del desarrollo; o que se producen continuidades y discontinuidades, por

lo que el cambio no se puede predecir. Así, plantean que el foco primordial de esta perspectiva se halla en "la estructura, secuencia y dinámica del curso vital entero en una sociedad cambiante".

El enfoque de Envejecimiento Activo se construye sobre la perspectiva del Ciclo Vital, donde autores como (Labouvie-Vief, 1982; Baltes y Willis, 1982), entienden que el concepto de desarrollo, es un concepto amplio que enfatiza la importancia de la multidimensionalidad de los procesos de desarrollo, así como la multiplicidad de causas intervinientes en los mismos. Por tanto reconoce la importante influencia que tienen sobre el envejecimiento de los individuos las experiencias tempranas en la vida, el género y la cultura entre otros, y toma en consideración los determinantes de salud que incluyen los procesos conductuales, ambientales, sociales, económicos, biológicos y psicológicos que operan a través de todos los estadios del curso de la vida y determinan la salud y el bienestar en la edad avanzada.

Pasamos a continuación a presentar los supuestos básicos de los que parte la Psicología del Ciclo Vital, en base a la conceptualización del desarrollo, a partir de Baltes (1987) y Baltes y Graf (1996), así como de la actualización realizada por Baltes et al. (1998) y Baltes y Smith (1999).

El desarrollo se produce a lo largo de toda la vida.

Esta primera idea nos acerca al planteamiento de que el desarrollo individual (ontogenético) es entendido como un proceso a lo largo de toda la vida, desde la concepción hasta la muerte. De esta manera, los procesos de cambio comportamental que podemos calificar como "evolutivos", pueden suceder en cualquier punto del ciclo vital y por tanto ningún período de edad es más importante que otro como regulador de la naturaleza y curso del desarrollo.

El desarrollo se entiende como el cambio en la capacidad adaptativa del individuo, algo que puede suceder en cualquier etapa (Baltes et al., 1998). Esta idea, está en contraposición con la visión biológica u ontogenética según la cual el cambio acabaría en la edad adulta temprana y cualquier cambio posterior se consideraría un retroceso. Desde esta teoría, el desarrollo biológico no se toma como la guía principal del desarrollo, sino que son los diferentes cambios adaptativos, orientados a adecuarse a las necesidades del momento

evolutivo, los que marcan la pauta evolutiva.

El objetivo de la psicología de ciclo vital es la identificación de cómo y cuando se dan estos cambios, así como el establecimiento de un patrón de orden temporal y de interrelaciones. La psicología del ciclo vital atendería tanto al desarrollo ontogenético como al marco biocultural histórico, generacional (Baltes et al., 1980).

Multidimensionalidad y multidireccionalidad.

Ambos, son principios asociados a esta noción del desarrollo que enfatizan el pluralismo y la diversidad que se encuentra en los cambios ontogenéticos, incluso dentro del mismo dominio. Como principio básico del Ciclo Vital, se plantea que existen diferentes niveles de cambio individual con la edad (inteligencia, sistema perceptivo, lenguaje, valores, relaciones interpersonales, etc.) y cada uno de ellos puede cambiar en una dirección diferente.

Serra, Pérez y Viguer (1994) indican que la multidireccionalidad del cambio ontogenético, se refiere a que en la ontogénesis las conductas cambian sin seguir una única dirección: las distintas categorías conductuales despliegan perfiles de desarrollo diferentes, y dentro de un mismo período de vida encontramos conductas que muestran una dirección ascendente (crecimiento) junto a otras cuya dirección es descendente (declive).

Por otra parte, considerar el desarrollo como un proceso multidimensional lleva a afirmar que el cambio ontogenético sólo puede ser correctamente estudiado y comprendido a través del análisis de la evolución de las distintas dimensiones o componentes de los procesos psicológicos, ya que se ha demostrado que el desarrollo de estas dimensiones no sigue siempre un único curso. Para Vega y Bueno (1996) son múltiples los aspectos del individuo que cambian a lo largo de su vida. No sólo existen cambios biológicos, sino también psicológicos y sociales. La mayor parte de los aspectos del comportamiento puede soportar cambios ordenados a lo largo de la vida. La multidimensionalidad se refiere a los diferentes niveles del individuo que cambian con la edad: los órganos y sistemas corporales, la inteligencia, la memoria, el lenguaje, las actitudes y los valores, las relaciones interpersonales, etc. Recientemente se ha añadido también el concepto de equifinalidad, para caracterizar la naturaleza de los cambios a lo largo del ciclo vital en capacidad adaptativa. Este concepto clarifica el hecho de que el mismo resultado evolutivo puede

alcanzarse por diferentes medios y combinación de medios (Baltes et al., 1998).

Existe una distribución de los recursos para las diferentes funciones del desarrollo.

Para la Psicología del Ciclo Vital, el desarrollo ontogenético implica el reparto competitivo, pero coordinado, de recursos biopsicosociales en tres metas o funciones distintas (Baltes, 1997; Baltes et al., 1998): la función de crecimiento, que se refiere a aquellas conductas que se dirigen hacia el logro de niveles superiores de funcionamiento o capacidad adaptativa; la función de mantenimiento y recuperación, que agrupa todas aquellas acciones del sujeto dirigidas a mantener los niveles de funcionamiento frente a importantes retos del entorno o a volver a los niveles previos tras una pérdida; y la función de regulación de las pérdidas, en la que se identifican aquellas conductas que organizan el funcionamiento individual adecuado de los niveles más bajos, cuando ya el mantenimiento o la recuperación no es posible. De este modo, en la vejez, y a medida que se avanza en edad, se dedican cada vez más recursos hacia la regulación o manejo de las pérdidas, mientras que quedan pocos disponibles para el crecimiento.

La consideración de estas tres funciones de manera simultánea a lo largo del ciclo vital implica el abandono de una visión del desarrollo como avance unidimensional y abre el camino a una concepción alternativa de desarrollo de carácter funcionalista y contextual como selección y adaptación selectiva (Baltes, 1997; Lerner, 1991, 1998; Magnusson, 1996).

El desarrollo como dinámica de pérdidas y ganancias.

En cualquier momento de la vida de una persona pueden encontrarse logros positivos y negativos. El desarrollo, para la teoría del Ciclo Vital, implica siempre pérdidas y ganancias, crecimiento o incremento y declive o decadencia (Baltes, 1987; Uttal y Perlmutter, 1989). Este presupuesto se opone a la idea tradicional de otras orientaciones evolutivas según las cuales el desarrollo es sinónimo de crecimiento continuo y ascendente hasta la adolescencia, a partir de la cual se inicia una tendencia involutiva hasta el final de la vida. La ontogénesis, desde este punto de vista, consiste en un sistema continuo, cambiante e interactivo de ganancias y pérdidas en la capacidad adaptativa: no hay ganancias en el desarrollo sin pérdidas y no hay pérdidas sin ganancias. Cualquier progreso evolutivo conlleva al mismo tiempo una nueva capacidad adaptativa así como la pérdida de

la capacidad previamente existente. No hay etapas en las que sólo existan ganancias o sólo deterioro y pérdidas.

La dinámica cambiante en la proporción de ganancias y pérdidas parece también que se refleja en las concepciones subjetivas o creencias que los propios adultos tienen sobre la trayectoria evolutiva de los cambios a través del ciclo vital (Heckhausen et al., 1989).

La Optimización Selectiva con Compensación.

Este modelo propone que para llegar a un envejecimiento exitoso (maximización de ganancias y minimización de pérdidas) es necesario contemplar múltiples criterios (entre otros, tiempo de vida; salud biológica; salud mental y eficacia cognitiva). Se hace hincapié en la necesidad de contemplar tanto factores subjetivos como objetivos desde una perspectiva ecológica. Así mismo, se afirma que el envejecimiento está caracterizado por una gran variabilidad individual con respecto a variables mentales, conductuales y sociales. Estas diferencias se deben tanto a factores genéticos como a la forma en que cada persona desarrolla su curso de vida, ya que el curso del envejecimiento normal puede ser modulado por una variedad de patologías. Considerando todo esto en su conjunto se definen tres procesos: selección, optimización y compensación, así como la articulación entre ellos.

Selección: La selección implica direccionalidad, metas y resultados. Hace referencia a una restricción de la propia vida de la persona a menos áreas de funcionamiento. El desarrollo se considera como un movimiento hacia una mayor eficacia y un mayor nivel de funcionamiento, es decir, siempre se dirige a un grupo de metas de funcionamiento. El desarrollo siempre procede dentro de una capacidad limitada, incluyendo la limitación en tiempo y recursos. La selección está condicionada por el hecho de que los organismos poseen disposiciones biológicas (modalidades sensoriales, repertorios motores, mecanismos cognitivos) seleccionadas durante la evolución. Además, la selección también está condicionada por cambios, relacionados con la edad, en plasticidad y asociada con pérdidas en el potencial biológico. Dichas pérdidas incrementan la presión para la selección. Por tanto, un mayor nivel de selección en las áreas de funcionamiento indicará una menor adaptabilidad.

Baltes et al. (1998), distinguen dos tipos de selección. La selección electiva, es el

resultado de una selección entre posibilidades, impulsada por la motivación activa hacia la especificación y contextualización de metas. Mientras que la selección basada en la pérdida, proviene de la no disponibilidad de recursos o medios para el logro de resultados deseables que previamente sí existían. Esta segunda variedad de selección obligaría, por ejemplo, a reconstruir una jerarquía de metas o a rebajar el nivel de aspiración. Salthouse (1999) señala acertadamente que el principio de selección ha de combinarse con el de diversidad para que se mantenga el potencial para la ejecución elevada en distintos dominios y se reduzca el riesgo y vulnerabilidad asociados con una estrecha y temprana especialización.

Optimización: Hace alusión a la realización de conductas para enriquecer y aumentar las reservas generales. El desarrollo humano considerado como un cambio positivo en capacidad adaptativa hacia un grupo de resultados deseables (metas), requiere incrementos en factores de conducta tales como conocimientos culturales, estado físico, compromiso hacia las metas, práctica y esfuerzo. Los elementos relevantes para la optimización varían en función del estado y área del desarrollo. Así, actividades como la realización frecuente de ejercicio, el implicarse en actividades que supongan demandas cognitivas etc. sería un indicador de intento de mejora de la capacidad de reserva por parte de la persona.

Compensación: Es el resultado de restricciones en el intervalo de plasticidad o potencial adaptativo y opera cuando las capacidades conductuales específicas se pierden o se reducen más allá de lo que se requiere para un adecuado funcionamiento (p.e., pérdida auditiva). Hay dos categorías funcionales de compensación. La primera es la de disponer de nuevos medios como estrategias de compensación para alcanzar la misma meta deseable. La segunda estrategia es cambiar las metas del desarrollo en sí mismas, una vez se han perdido recursos para el logro de las iniciales (Heckhausen y Schulz, 1995). Esta segunda categoría se relaciona con la selección basada en pérdidas a la que nos hemos referido en las características anteriores. Es a partir de la integración de los tres mecanismos como la persona puede conseguir las tres principales metas evolutivas: el crecimiento, el mantenimiento del funcionamiento y la regulación de la pérdida.

Desde un marco teórico-práctico se podría realizar la siguiente caracterización de estos elementos. La selección implica direccionalidad, metas o resultados; la optimización

implica medios para conseguir el éxito (resultado deseado); y la compensación muestra una respuesta a las pérdidas en medios (recursos) usada para mantener niveles deseados de funcionamiento (resultados). A mayor disminución de la capacidad de reserva y menor adaptabilidad, mayor será la presión hacia el uso de estas estrategias (Baltes, 1997).

Plasticidad.

La plasticidad del desarrollo, hace referencia a la modificabilidad en el curso evolutivo, a la variabilidad intraindividual. El ser humano, en cualquier punto de su vida, posee un potencial para cambiar hacía formas de conducta o desarrollo diferentes de las que posee. Esta plasticidad podría manifestarse en el grado en que las mismas personas exhiben distintos comportamientos si se exponen a condiciones de vida diferentes. De esta manera el concepto de plasticidad se convierte en la base de esa noción de desarrollo pluralista que defiende la Psicología del Ciclo Vital, oponiéndose según Triadó y Villar (1997) a la tradicional "concepción del ciclo vital como U invertida" que lo caracterizaba como una función del crecimiento, seguido de estabilidad tras la que sobrevendría un período de fuerte declive.

A partir del concepto de plasticidad, surgen dos importantes implicaciones en relación a los aspectos interventivos, de una parte esa capacidad para el cambio es la base que posibilita y estimula cualquier intervención evolutiva en cualquier período del curso vital humano (Lerner, 1996) y además, se legitima la búsqueda activa a través del ciclo vital de aquellas características de las personas y de sus contextos que, conjuntamente, pueden influir en el diseño de políticas y programas optimizadores del desarrollo.

El contextualismo ontogenético e histórico como paradigma.

En este apartado, se parte de la consideración del concepto de desarrollo como vinculado a un espacio y a un momento histórico determinado. Por ello, no se puede entender el desarrollo ontogenético sin atender al contexto en el que se da (Elder, Modell y Parke, 1993; Baltes et al., 1998; Elder, 1998), hallando evidentes diferencias transculturales y generacionales. Los factores culturales cambian constantemente, al igual que ocurre con los biológicos.

Baltes et al. (1980) señalan a los factores normativos de edad, los históricos y los no normativos, como los responsables del cambio inter e intraindividual, siendo ellos mismos

susceptibles de cambio. Según señalan Baltes et al. (1980) y Gottlieb (1997), el verdadero causante del cambio no serían los diferentes factores en sí mismos (biológicos, históricos...) sino las relaciones existentes entre ellos.

Para Baltes (1987), las influencias normativas relacionadas con la edad se refieren a determinantes biológicos y ambientales que muestran una alta correlación con la edad cronológica, de manera que conociendo la edad de una persona podemos hacer predicciones sobre algunos de sus procesos evolutivos. Las influencias normativas relacionadas con la historia consisten en acontecimientos, e incluso normas, completamente generales experimentados por una unidad cultural dada, en conexión con el cambio biosocial. Estas afectan a todas las personas que viven en una época y en una sociedad determinada. Se distinguen habitualmente dos tipos de influencias normativas históricas (Baltes, 1987): las que muestran efectos continuos y duraderos a largo plazo (p. ej. evolución del sistema educativo o laboral, la industrialización y modernización de un país, etc.) y las que son más específicas y puntuales como una guerra. Finalmente, las influencias no normativas en el desarrollo a lo largo de todo el ciclo vital, se refieren a determinantes ambientales y biológicos que, aunque significativos en su efecto sobre historias vitales individuales, no son generales. No ocurren a todo el mundo ni tienen lugar necesariamente en secuencias o patrones fácilmente discernibles o invariables.

El estudio del desarrollo es multidisciplinar.

Dado que la complejidad de los estudios evolutivos rebasa lo puramente psicológico y que en el concepto de desarrollo intervienen tantos factores biológicos, histórico-sociales, psicológicos,..., debe ser estudiado por diferentes disciplinas, no pudiendo circunscribirnos únicamente a la perspectiva psicológica puesto que caeríamos en un reduccionismo evidente. Se requiere una interdisciplinariedad en la medida que los cursos de la vida individual deben ser analizados desde una perspectiva más amplia que las meras categorías psicológicas.

Dado que el bienestar de las personas viene determinado por multitud de factores, tanto biológicos, psicológicos como sociales, y por la interacción entre todos ellos, en esta investigación nos centraremos en el estudio del funcionamiento global de las personas mayores. La perspectiva ecológica es la que permite ubicar a nivel teórico el presente

trabajo, ya que cualquier otro planteamiento resultaría insuficiente. Por tanto, el marco teórico en el que se ubica esta investigación es la perspectiva del Ciclo Vital. Desde esta perspectiva, las tareas y las metas cambian a lo largo de la vida y se van originando nuevos recursos que hacen posible que la persona se ajuste y aprenda a manejar las pérdidas, ayudándole a mantener un nivel de funcionamiento adecuado. La eficacia de todos estos ajustes que hace la persona por adaptarse a un medio cambiante, determinará en gran medida el bienestar de la persona. Esta capacidad plástica de las personas se refleja en el Modelo de Optimización Selectiva con Compensación, un modelo que entiende el desarrollo como un proceso de adaptación y que está vinculado con el concepto de envejecimiento con éxito.

CAPÍTULO 2

DEPENDENCIA Y VALORACIÓN DEL ANCIANO.

En este capítulo se va a exponer, en primer lugar, algunas de las definiciones del concepto de dependencia, dado que no hay una definición unánime, ya que cada país considera su particular concepto de dependencia. En nuestro caso nos centraremos en *la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), elaborada por la OMS en 2001; en la que se proponen una serie de condiciones como déficit en el funcionamiento, limitación en la actividad, restricción en la participación, barrera y discapacidad para interpretar las consecuencias de las alteraciones en la salud. También nos centraremos en la recomendación del Consejo de Europa aprobada en septiembre de l998, que entiende la dependencia como la necesidad de ayudas importantes para realizar las Actividades de la Vida Diaria (AVD).

En segundo lugar, y dada la importancia que las (AVD) tienen para valorar la dependencia, presentaremos algunas definiciones sobre este término, así como algunas de sus clasificaciones como la de Peña-Casanova, 1998 que las distingue entre básicas, instrumentales y avanzadas según su complejidad, así como también la clasificación hecha por CIF (OMS, 2001) que no hace la distinción mencionada anteriormente y que propone su propia taxonomía. También presentaremos los tres grados o niveles de la dependencia planteados por el Libro Blanco de la Dependencia (2004), que se establecerán en función

de la posibilidad que tengan las personas para la realización de una serie de actividades relativas al cuidado personal, movilidad en el hogar, tareas domésticas y movilidad extradoméstica. Estos tres grados se corresponden con los niveles de moderada, severa y gran dependencia, que serán utilizados posteriormente para la asignación y gestión de las prestaciones.

A continuación, y dado que el envejecimiento que está sufriendo la población española en los últimos años puede influir en la forma de presentación de la dependencia o la limitación funcional, es de gran relevancia conocer las circunstancias de este colectivo de la población. Para ello presentaremos los resultados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008) realizado por el INE, así como su comparación con su predecesora, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS-1999), para observar como ha cambiado el perfil de las personas dependientes durante esos años.

Seguidamente presentaremos algunos factores que según los estudios analizados podrían estar asociados a un mayor riesgo de dependencia y limitación de la capacidad funcional como son la edad, el género, las relaciones sociales, los ingresos y el estado de salud auto-percibido.

Por último, nos detendremos en la Valoración Geriátrica Integral, debido a la alta relación entre la dependencia y la salud. Desde esta forma de valoración se obtiene un diagnóstico multidimensional y interdisciplinario, ya que permite identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psicológicos y sociales que pueda presentar el anciano, retrasando así la aparición de la dependencia y por tanto mejorando su capacidad funcional y calidad de vida. En este apartado presentaremos en primer lugar los objetivos que tiene este tipo de valoración a la hora de explorar de forma global al paciente. Para finalizar expondremos los aspectos que cada una las cuatro áreas debe considerar para su valoración, así como, la descripción de los instrumentos utilizados para tal fin.

1. Dependencia y envejecimiento.

El conocimiento sobre el alcance y circunstancias de la dependencia, y de la discapacidad que la provoca, es importante por ser una forma de analizar el bienestar global de una sociedad. Los diferentes avances en el ámbito de la biomedicina, el aumento de la esperanza de vida y el estado de bienestar han contribuido a que en el mundo occidental uno de los valores más preciados sea la independencia y autonomía personal.

Una de las primeras aproximaciones al concepto de dependencia se produce en 1998 desde el Consejo de Europa en su recomendación nº R(98)9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, en el que se define la dependencia como *«la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana»*, o, de manera más precisa, como *«un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal»*.

Esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, plantea la concurrencia de tres factores para que se pueda hablar de una situación de dependencia: en primer lugar, la existencia de una limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona; en segundo lugar, la incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria; en tercer lugar, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Esa perspectiva también es coherente con el planteamiento de la OMS y la denominada *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), adoptada durante la LIV Asamblea Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2001), y que propone el siguiente esquema conceptual para interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud (Querejeta, 2000; Vázquez, Herrera-Castañedo, Vázquez y Gaite, 2006):

- *Déficit en el funcionamiento* (sustituye al anterior término “deficiencia”): es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término “anormalidad” se usa para

referirse a una desviación significativa de la norma estadística (por ejemplo, la mediana de la distribución estandarizada de una población).

- *Limitación en la actividad* (sustituye al anterior término "discapacidad"): son las dificultades que un individuo puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden calificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin alteración de salud.
- *Restricción en la participación* (sustituye el término "minusvalía"): son problemas que un individuo puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación la determina la comparación de la participación de un determinado individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad.
- *Barrera*: son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos como, por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad y también la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.
- *Discapacidad*: En la CIF es un término "paraguas" que se utiliza para referirse a los déficits, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales).

La dependencia puede entenderse, por tanto, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad y cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una

restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Aunque la dependencia no es un fenómeno exclusivo de las personas mayores, ya que puede estar presente en todos los grupos de edad, si existe una estrecha relación entre dependencia y envejecimiento. El número de personas con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme se consideran grupos de población de mayor edad, al mismo tiempo que se ven afectados más intensamente por ellas. No es extraño, por ello, que la dependencia se vea como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico, y que, algunas veces, se tienda a considerar la dependencia como un fenómeno que afecta sólo a los mayores.

A partir de la definición de dependencia propuesta tanto por el Consejo de Europa como por la OMS en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, parece de suma importancia definir lo que se consideran actividades de la vida diaria (AVD) para poder considerar si una persona se encuentra o no en situación de dependencia.

2. Las actividades de la vida diaria y la dependencia.

El origen del término de las actividades de la vida diaria (AVD), surge principalmente en el ámbito de la salud. Su primer uso estaba relacionado con una lista de comprobación de treinta y siete actividades, en la obra titulada *Physical demands of daily life* (Deaver y Brown, 1945), no obstante estos médico y fisioterapeuta no llegaron a definir qué eran las actividades de la vida diaria.

Habrá que esperar a finales de los 70 y principios de los 80 para encontrar las primeras definiciones formales de las actividades de la vida diaria. La Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AATO), elaboró en 1978 la primera definición de actividades de la vida diaria como aquellos componentes de la vida cotidiana comprendidos en las actividades de autocuidado, trabajo y juego/ocio (Moruno, 2006).

Desde entonces han aparecido diferentes conceptualizaciones como las de Gallagher, Thompson y Levi (1980), que las definen como la capacidad del individuo para llevar a cabo las actividades cotidianas esenciales. En ese mismo año Reed y Sanderson (1980) las definen como las actividades que una persona debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento. Posteriormente las configuran como un conjunto de conductas instrumentales cuya ejecución regular y apropiada es necesaria para el autocuidado personal y el mantenimiento de una vida independiente. Otro autor que estudia las AVD es Fillenbaum (1984), que las describe como la capacidad para valerse por sí mismo y desarrollar las actividades propias de la vida cotidiana. Finalmente para Peña-Casanova (1998) las AVD se definen como el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días, para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir su papel social.

De forma general, existe acuerdo en la existencia de tres tipos diferentes de AVD, clasificadas en función su complejidad:

- Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), serían actividades primarias de la persona, destinadas al autocuidado y movilidad para poder ser una persona autónoma e independiente para poder vivir sin necesitar ayuda de otros. Las ABVD se caracterizan por ser universales, estar dirigidas a uno mismo y suponer un mínimo de esfuerzo cognitivo. Habitualmente dentro de las ABVD se incluyen la alimentación, el aseo, el baño, vestido, movilidad personal, sueño y descanso. Poseen además como dice Moruno (2006), una función social básica, puesto que son indispensables para ser admitido y reconocido como un miembro perteneciente a una comunidad. Es decir constituyen el soporte mínimo para que se de una integración social básica, permitiendo a cada sujeto realizar actividades que lo incorporan a lo social y, a la vez, se conforman en insignias que permiten reconocer a un individuo como perteneciente a una determinada cultura y sociedad.
- Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), conllevan un mayor sesgo cultural y están ligadas al entorno. Estas actividades son instrumentales, frente a las anteriores que son finalistas, dado que las AIVD

son un medio para obtener o realizar otra acción. Son las actividades que le permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad. Suponen una mayor complejidad cognitiva y motriz e implican interacciones con el medio tales como utilizar distintos sistemas de comunicación, escribir, hablar por teléfono, movilidad comunitaria (conducir, uso de medios de transporte), mantenimiento de la propia salud, mantenimiento del dinero, realización de compras, establecimiento y cuidado del hogar, cuidar de otras personas, uso de procedimientos de seguridad y respuesta ante emergencias.

- Las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD), constituyen un conjunto de actividades más complejas que tienen que ver con el control del medio y del entorno social y que permiten al individuo desarrollar un papel social, mantener una buena salud mental y disfrutar de una excelente calidad de vida. No son indispensables para el mantenimiento de la independencia y están en relación con el estilo de vida del sujeto. (Peña-Casanova, 1998).

Si bien esta diferenciación entre las categorías de actividades a realizar mantiene un consenso internacional, la CIF no hace distinción entre actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria, proponiendo su propia taxonomía fundamentada en AVD de forma genérica. De este modo y a partir de la aprobación de la CIF (OMS, 2001), las AVD están identificadas, definidas, y clasificadas en nueve categorías de actividades:

- ✓ Aprendizaje y utilización del conocimiento: experiencias sensoriales intencionadas, resolución de problemas y toma de decisiones.
- ✓ Tareas y demandas generales: realización de tareas sencillas o complejas, organizar rutinas y manejar el estrés.
- ✓ Comunicación: producción y recepción de mensajes, llevar a cabo conversaciones, utilizar instrumentos y técnicas de comunicación.
- ✓ Movilidad: cambiar y mantener la posición del cuerpo, andar, moverse y desplazarse utilizando medios de transporte.
- ✓ Autocuidado: lavarse, vestirse, comer, beber y cuidar la propia salud.
- ✓ Vida domestica: conseguir un lugar para vivir, comida, ropa y otras

necesidades; tareas domesticas.

- ✓ Interacciones y relaciones interpersonales: llevar a cabo interacciones adecuadas al contexto y entorno social.
- ✓ Áreas principales de la vida: educación, trabajo, empleo y vida económica.
- ✓ Vida comunitaria, social y cívica: participación en la vida social fuera del ámbito familiar.

Con el fin de facilitar la utilización de este sistema de clasificación, la CIF intenta resumir mediante una "*Check list*", los ítems que considera fundamentales dentro de cada categoría e intenta ser una herramienta práctica, que resuma la exploración de los casos. En esta "lista breve" y en la categoría de "actividades y participación" se encuentran 48 ítems, que se corresponden con aquellos, que según los estudios previos realizados de tipo intercultural, en todo el mundo, se consideran como más importantes a escala internacional para resumir las actividades que realiza un individuo, o que por lo menos son los que le interesan más a la OMS, a la hora de recoger información sobre el funcionamiento y la discapacidad de los individuos.

Ya en el ámbito español, y por lo que respecta a la exploración oficial de los datos de la Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situación de Dependencia (EDAD-2008), el Instituto Nacional de Estadística, seleccionó de entre un listado de 36 actividades básicas a través de las cuales se operativiza el concepto de discapacidad, 13 actividades que, por su relación con el autocuidado, la movilidad básica y las tareas domésticas, encaja dentro del concepto de actividades de la vida diaria. Estas mismas actividades fueron las contempladas por el Libro Blanco de la Dependencia (2004) y las que se utilizarán para determinar el grado de dependencia que presenta cada persona. Las actividades son las siguientes:

Actividades relativas al cuidado personal.

- Asearse solo: lavarse y cuidar de su aspecto.
- Controlar las necesidades e ir solo al baño.
- Vestirse, desvestirse y arreglarse.
- Comer y beber.

Movilidad en el hogar.

- Realizar cambios de las diversas posiciones del cuerpo y mantenerlas.
- Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado.
- Desplazarse dentro del hogar.

Tareas domésticas.

- Ocuparse de las compras y del control de los suministros y servicios.
- Elaboración de las comidas.
- Cuidar de la limpieza y planchado de la ropa.
- Atender a la limpieza y mantenimiento de la casa.
- Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.

Movilidad extradoméstica.

- Deambular sin medio de transporte.

Según el Libro Blanco de la dependencia (2004), no es suficiente tener la discapacidad, ya que sólo la concurrencia de la imposibilidad o dificultad grave para realizar aquellas actividades que se consideran básicas, llevará consigo el reconocimiento de la prestación de dependencia. Esto es lo que se denomina el "umbral de entrada al sistema de dependencia", el cual, en España y según el Libro Blanco sobre la Dependencia (2004), se establece en tres grados que van de menor a mayor intensidad, facilitando así la valoración y la gestión de las prestaciones. A continuación se presentan los mismos:

- *Dependencia moderada (Grado 1).* Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día. En la que a su vez habría que distinguir dos grupos:

  Grupo 1.A. Personas con discapacidad moderada para alguna ABVD que necesitan ayuda diariamente.

  Grupo 1.B. Personas con discapacidad moderada para algunas AIVD (movilidad fuera del hogar y tareas domésticas), que no tienen discapacidad para ninguna ABVD.

- *Dependencia severa (Grado 2).* Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.
- *Gran dependencia (Grado 3).* Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia continua de un cuidador.

Una de las principales limitaciones que se observa en los sistemas de clasificación hasta ahora presentados es la falta de criterios unificadores dado que tal y como se ha presentado, tanto los umbrales de entrada, como los grados de la dependencia no son equivalentes, aspectos que según el libro Blanco de la Dependencia es generalizable a los países de la UE. Centrándonos en el caso de España, parece importante destacar que no se ha conseguido la unificación a nivel nacional de unos baremos estandarizados para todas las comunidades autónomas, que regulen la estimación de nivel de dependencia y las prestaciones que deberían ser asignadas. Por tanto, existen grandes desigualdades en la gestión y el desarrollo de la tramitación de valoraciones y servicios dependiendo de la comunidad autónoma. Otra desigualdad que se produce a nivel nacional proviene de las formas de gestión del sistema, donde se está generando la privatización de servicios, la externalización y la concentración de plazas, lo que afecta a la calidad de los servicios y a acrecentar las desigualdades, ya que solo acceden a los mejores recursos aquellos que los pueden pagar, cuando en teoría deberían ser universales.

Dentro de este marco de análisis de la dependencia, lo que si parece claro es que uno de los posibles efectos del envejecimiento de la población española en las últimas décadas, es el aumento de las personas con discapacidad, ya que la edad es un factor determinante en la aparición de este fenómeno, de aquí la importancia de su análisis y evaluación.

El aumento de la longevidad ha coincidido con importantes cambios sociales que han llevado a que instituciones sociales y políticas deban ajustar sus objetivos a la nueva realidad, que demanda más protección social y un apoyo a las personas que se encuentran en situación de dependencia.

Para atender a las necesidades del colectivo de personas con discapacidad, se hace

indispensable conocer sus circunstancias: cuántos son, qué limitaciones tienen y con qué severidad, si disponen de ayudas y cuidados. Además, es importante comprender la realidad social y la calidad de vida de estas personas, como su acceso al empleo, el apoyo familiar, la discriminación o las barreras a las que se enfrentan.

Como respuesta a estas demandas de información, el INE con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social y el sector de la discapacidad, a través de la Fundación ONCE, del CERMI y la FEAPS, llevó a cabo durante 2008 la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008). Esta encuesta es la tercera de una serie de estadísticas que comenzó en 1986 con la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM-1986) y continuó con la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS-1999). El objetivo principal es el mismo para cada una de estas tres encuestas, ya que sería ofrecer información sobre los fenómenos de la discapacidad, la dependencia, el envejecimiento y el estado de salud de la población española No obstante, la metodología utilizada y el sistema de recogida de información han sido diferentes en cada una de ellas. Mientras que en la EDDS-1999 la percepción personal del encuestado es determinante para considerarlo como dependiente, ya que es el propio sujeto quien decide si sufre o no alguna discapacidad, en la EDAD-2008, se analizan las limitaciones en la actividad según la taxonomía propuesta por la CIF.

Además y comparando la EDDES-1999 con la EDAD-2008 pueden destacarse tres mejoras muy significativas. En primer lugar, el concepto discapacidad utilizado en la EDDES-1999 era el de “una limitación para realizar actividades de la vida diaria que haya durado o se prevé que vaya a durar más de un año y tenga su origen en una deficiencia”. En la EDAD-2008 se ha ampliado esta definición, para recoger aquellas discapacidades que no tienen su origen en una deficiencia claramente delimitada, sino que obedecen a procesos degenerativos en los que la edad de la persona es un factor determinante. En segundo lugar, el número de discapacidades consideradas ha aumentado de 36 a 44. En tercer lugar, a diferencia de la EDDES-1999, que sólo entrevistaba a personas residentes en hogares, en la EDAD-2008 se extiende por primera vez la investigación a la población que no reside en viviendas familiares. Por tanto, se pueden distinguir dos grandes bloques dentro de esta encuesta: EDAD-hogares y EDAD-centros.

La EDAD-2008 es una de las operaciones estadísticas de mayor despliegue de recursos de las que ha realizado el Instituto Nacional de Estadística. En su diseño incorporó un concepto de discapacidad "autoatribuida", siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La identificación de la población objeto de estudio por tanto se realizó a través de una batería de preguntas que exploraban si alguna de las personas residentes en el hogar o el centro reconocía alguna dificultad para realizar determinadas tareas. Esta estrategia de identificación de la población, si bien presenta algunas dificultades, tiene la ventaja de que se centra en la actividad diaria de la persona y las dificultades a las que hace frente en esa actividad, dejando a un lado la valoración de cuestiones médicas que, además de complejas para la persona entrevistada y el entrevistador, desvían la atención de las cuestiones funcionales, que son, en definitiva, el núcleo de interés en términos de discapacidad.

Para la realización de la EDAD-2008 se tomó como muestra personas de todos los rangos de edad, pero dado que el interés de nuestro trabajo es el estudio de las personas mayores nos centraremos en exponer sobretodo los datos referentes a este sector de la población.

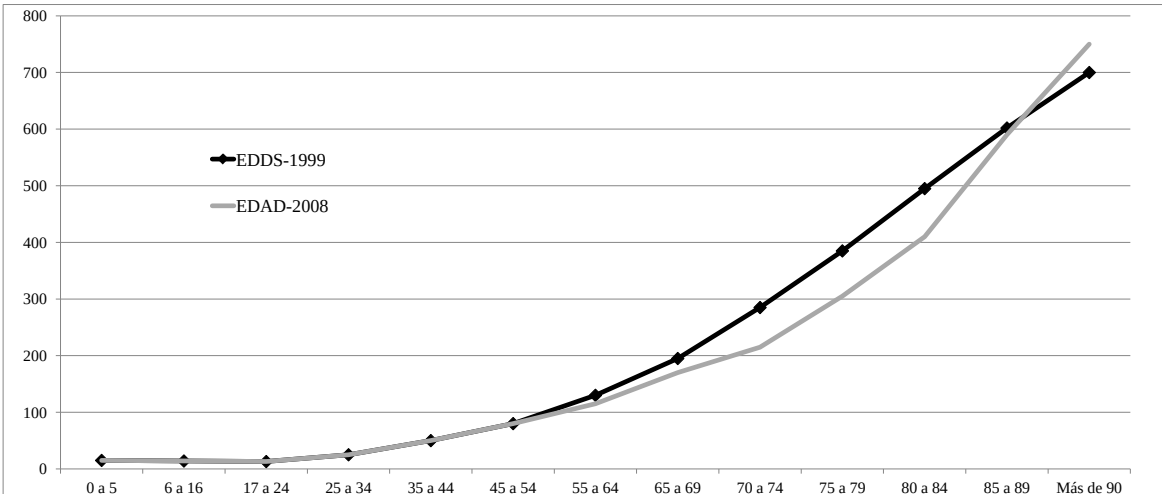
De este modo, y al comparar la EDAD-2008 con el último estudio sobre discapacidad realizado por el INE en el 1999 se observa que el número de personas con discapacidad creció en 320.000 personas. Sin embargo, dado que el crecimiento de las personas con discapacidad fue menor que el del total de la población, la tasa de discapacidad registró una disminución desde el 9% del año 1999 hasta el 8,5% en 2008.

Para explicar las cifras anteriores, hay que tener en cuenta que la evolución del número de personas con discapacidad depende principalmente de dos factores. Por un lado, existe un considerable aumento de la población mayor de 64 años hasta un 14,4%, (grupo de edad en el que más incide la discapacidad) lo cual implica crecimiento del el número de personas con posibilidad de presentar discapacidad; pero por otro lado, la mejora de las condiciones sociales y de salud, hace que el número de estas personas sea menor de lo esperado. El efecto neto de ambos factores supone que el porcentaje de población con discapacidad haya descendido 0,5 puntos desde 1999.

Por otra parte, y analizando la evolución de las tasas por edades, cabe destacar que

la discapacidad para las edades inferiores a 65 años afecta de forma similar a como ocurría en 1999; sin embargo lo hace en menor medida para el conjunto de las edades superiores. Los mayores descensos tuvieron lugar entre las personas de 75 a 79 años (del 16,2%) y en el grupo de edad de 80 a 84 años (del 10,2%).

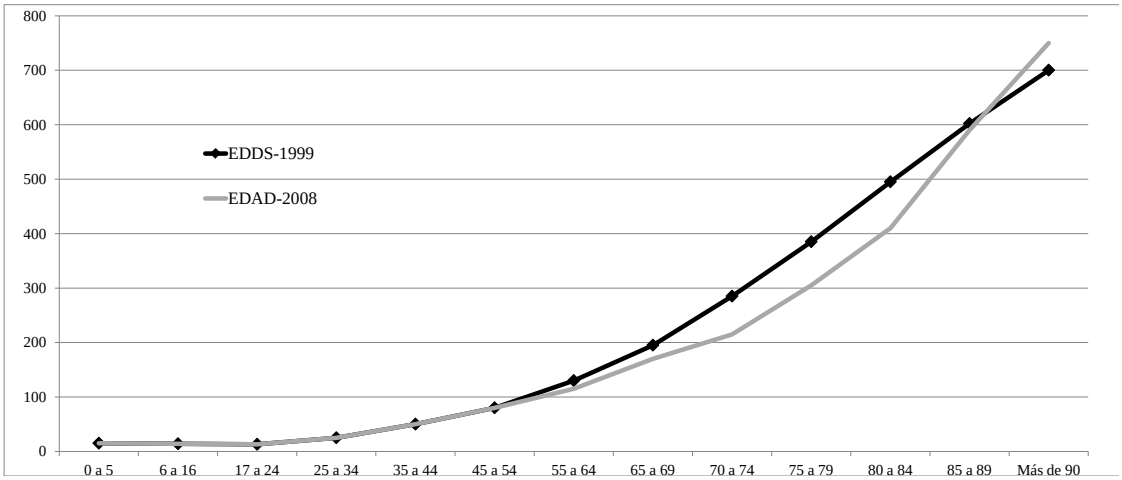
Figura 2.1. Personas con discapacidad por grupos de edad según EDDS 1999 y EDAD 2008 (Tasas por mil habitantes).



Por otra parte, y atendiendo a la clasificación por grados de dependencia, se constata un aumento de los sujetos con grado de dependencia moderado (de 34,34% a 41,24%), además se observa una reducción de aquellos sujetos con niveles severos (de 39,42% a 25,05%) y un fuerte aumento de los grandes dependientes (de 26,94% a 33,71%).

Por lo que respecta a la edad, en 2008 la edad media de las personas con discapacidad ha sido de 64,3 años, mientras que en 1999 era de 63,3. En el grupo de edad de 65 y más años, la edad media se sitúa en 78,8 en 2008 frente a 77,1 en 1999. Además, y unido a estos datos indicar que existe un perfil por sexo y edad que se mantiene a nivel nacional, en el que se encuentra mayor número de mujeres que de hombres con discapacidad, si bien debe indicarse que el análisis de los datos señala que las tasas femeninas son inferiores a las masculinas para los grupos de edad hasta 44 años, observándose un cambio en la tendencia indicada de manera que a partir de los 45 años, son superiores.

Figura 2.2. Personas con discapacidad por edad y sexo según EDDS 1999 y EDAD 2008 (Tasa por mil habitantes).



En relación a los principales grupos de discapacidad de las personas residentes en hogares, destacan principalmente aquellos con dificultades de movilidad (que afecta al 6,0% de la población), vida doméstica (4,9%) y autocuidado (4,3%). De hecho, más de la mitad de las personas con discapacidad tenían limitaciones en su actividad debido a alguno de estos tres motivos. Para el grupo de 80 y más años estos tres principales grupos de discapacidad afectan a siete de cada 10 personas con discapacidad.

Dentro del grupo de movilidad, la restricción de desplazarse fuera del hogar afectaba a dos de cada tres personas con problemas de movilidad. Por sexo, las mujeres presentaban mayores tasas que los hombres en todos los tipos de discapacidad. Y tanto para las mujeres como para los varones la movilidad era el principal motivo de restricción de la actividad.

Del total de personas con discapacidad, el 74,0% (2,8 millones) tenía dificultades para realizar las actividades básicas de la vida diaria. La mitad de ellas no podía realizar alguna de estas actividades si no recibían ayudas. Por sexo, el 80,3% de las mujeres con discapacidad presentan alguna restricción en ABVD frente al 64,6% de los hombres. Las limitaciones adquieren mayor importancia a medida que aumenta la edad. Así, dentro del colectivo de personas con discapacidad entre seis y 44 años, seis de cada 10 tienen una dificultad en ABDV. Mientras que en el grupo de 80 y más años la proporción se eleva a 8,6 de cada 10.

De los 2,8 millones de personas con discapacidades en ABVD, el 80,5% recibe ayuda. Ello permite rebajar sensiblemente la severidad de sus limitaciones (incluso a

339.000 les posibilita superarlas) y reducir el porcentaje de las que tienen un grado total de discapacidad en las ABVD.

La Encuesta ha investigado las deficiencias que causan la discapacidad, entendiendo por deficiencia cualquier problema en alguna estructura o función corporal. Las deficiencias más frecuentes son las que afectan a los huesos y articulaciones (un 39,3%), las del oído (un 23,8%), las visuales (un 21,0%) y las mentales (un 19,0%).

La causa más frecuente de las deficiencias es alguna enfermedad (sucede para casi siete de cada 10 personas con discapacidad), predominando una enfermedad común no profesional. El segundo factor más importante son otras causas, especialmente para el tramo de edad de 80 y más años, debido a que en esta rúbrica se incluye implícitamente el envejecimiento como origen de la deficiencia. Le siguen los accidentes y los problemas perinatales.

La EDAD-2008 ha investigado por primera vez los centros residenciales de personas mayores, los específicos de personas con discapacidad y los hospitales geriátricos y psiquiátricos de larga estancia.

Según los resultados de la encuesta, 269.400 personas que residen en este tipo de centros afirman tener alguna discapacidad (92,7% del total). De este número, 93.700 son hombres y 175.700 mujeres. Este colectivo está formado, fundamentalmente, por personas mayores (el 82,6% tiene 65 o más años, y entre éstos, tres de cada cuatro son mayores de 80 años).

La finalidad principal de la EDAD-2008 era atender las demandas de información para el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), proporcionando una base estadística que permita guiar la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia.

La aportación más relevante de esta encuesta es la descripción del perfil de la dependencia de la población española. De los resultados obtenidos cabe destacar que la composición de los dependientes ha cambiado respecto de la encuesta anterior. Por un lado se observa que de forma general es el género femenino el que presenta un porcentaje más elevado de discapacidad. Sobretodo esta proporción desigual del género femenino se observa para los grupos de edad superiores a los 45 años. Esta gran diferencia entre sexos se debe, en primer lugar, al mayor número de mujeres en edad avanzada y en segundo lugar

a sus tasas más elevadas. El desequilibrio en las tasas se debe además de a factores socioeconómicos (ingresos, formas de convivencia, nivel de estudios…) a una mayor letalidad de los varones en problemas que de no ser mortales serían discapacitantes.

Por otro lado, atendiendo a los niveles de dependencia se observa que son los grandes dependientes los que ocupan el mayor porcentaje dentro de los dependientes, es decir aquellos que necesitan de una ayuda y un seguimiento continuo a lo largo del día y por tanto los más costosos tanto en recursos como en financiación.

En el estudio de la EDAD-2008, se identifican los tres grupos o niveles de discapacidad planteados por el libro Blanco sobre discapacidad (2004), correspondientes a los niveles moderado, severo y gran dependencia. En relación a los niveles de dependencia y al género se observa que el grupo formado por los dependientes moderados se asocia más al género femenino, mientras que los grandes dependientes se asocian más al género masculino. No existen grandes diferencias en la composición de hombres y mujeres para la dependencia severa, siendo los porcentajes y la edad media de ambos sexos muy similares.

Como conclusión, se puede afirmar que, en general, la discapacidad aparece a edades más tardías, aunque haya aumentado el período de exposición al riesgo de discapacidad como consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

2.1. Factores asociados a un mayor riesgo de dependencia y limitación de la capacidad funcional.

Para confeccionar éste apartado se han utilizado tanto los resultados aportados por la EDAD-2008 en cuanto al perfil de la dependencia de la población española, como por otros estudios que han tratado de buscar aquellos factores asociados a un mayor riesgo de dependencia y de capacidad funcional limitada. A continuación se presentan los resultados en relación a algunas de las más importantes variables estudiadas como son la edad, género, relaciones sociales, ingresos y el estado de salud auto-percibido.

2.1.1. Edad.

Con respecto a las ABVD y su relación con la edad, parece ser que la evidencia empírica existente (IMSERSO, 2005) indica que existe una estrecha relación entre ambas dado que el porcentaje de personas con limitaciones en su capacidad funcional aumenta al considerar grupos de población de mayor edad. Ya mediante la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES-1999) se podía observar cómo a

partir de la adultez se produce un punto de inflexión en el que la dependencia va aumentando hasta llegar a porcentajes cercanos al 50% a partir de los 80 años, siendo este dato corroborado en la EDAD-2008. En este mismo sentido, trabajos como los de Yanguas (2006) o Abellán y Esparza (2006), plantean que el grupo de población de más edad es el que presenta mayor tasa de limitaciones en ABVD, aumentando éstas sobre todo a partir de los 80 años, si bien tal y como indican Otero, Zunzunegui, Rodríguez- Laso, Aguilar y Lázaro (2004), está apareciendo un retraso en la aparición de dificultades en las ABVD asociadas al envejecimiento en edades inferiores a 83 años.

Del mismo modo, el trabajo de Hogan, Ebly y Fung (1999) en el que se entrevistó a 603 individuos con 65 o más años, residentes en 10 provincias canadienses y cuyo objetivo era identificar los factores de riesgo de discapacidad para las personas mayores mostró mediante un análisis de regresión logístico para determinar las variables explicativas significativas de la discapacidad moderada, severa o total, que los mayores de 85 años tienen más discapacidades funcionales comparando con los de 65-84 años. También para el caso de los mayores de 85 años, el aumento de la edad fue la única variable con parámetro significativo para explicar la discapacidad moderada, severa o total.

De este modo parece clara la evidencia que indica que existe una estrecha relación entre la dependencia y la edad, siendo por tanto lógico que la dependencia se vea como un problema vinculado al envejecimiento, aunque se debe tener en cuenta que ésta, recorre toda la estructura de edades de la población y por tanto no se puede circunscribir al colectivo de las personas mayores, aún cuando sean éstas las que con más frecuencia se ven afectadas.

2.1.2. Género.

Por lo que respecta a las ABVD y las diferencias de género, indicar que diferentes trabajos, como el de Fernández Ballesteros et al. (2005), muestran que los hombres tienen significativamente mejor percepción de salud que las mujeres, tendencia que se repite según Svedberg, Lichtenstein y Pedersen (2001) o Abellán y Esparza (2006) en el contexto español. En relación a esta tendencia, Jentoft-Cruz (2003) indica que hay que ser cautelosos ya que se debe tener en cuenta que al ser mayor la esperanza de vida en las mujeres, también están a expensas de un mayor tiempo de dependencia funcional. Además, se

observa cómo, si bien hasta los 64 años, los porcentajes son algo superiores en los hombres, a partir de la los 65 años, esta tendencia cambia y el porcentaje de mujeres con discapacidad aumenta considerablemente superando al grupo de los hombres. Incluso, tal y como se plantea en el trabajo de Oliver, Navarro, Meléndez, Molina y Tomás (2009) mediante modelos estructurales en los que se presenta una estimación del efecto del género, pero controlando estadísticamente la edad y en el que no se observan diferencias parece reforzar la idea anterior, según la cual las diferencias en dependencia funcional entre hombres y mujeres puede deberse más al efecto de la edad que al propio género.

2.1.3. Relaciones sociales.

La vertiente social del ser humano y su percepción ha sido reconocida desde la psicología como una de las variables básicas del desarrollo y que en el caso de la vejez puede convertirse en uno de los facilitadores del denominado envejecimiento con éxito. De este modo, el análisis y relación de los elementos sociales que rodean el desarrollo óptimo necesariamente debe pasar por el conocimiento de los apoyos que las personas mayores reciben, ya que este apoyo influye directamente en el bienestar general.

Según el modelo de Berkman y Glass (2000) sobre relaciones sociales y salud las características de las redes y del apoyo social se consideran como características contextuales del individuo, que actuarían como antecedentes en el proceso de discapacidad y como factores externos que modularían ese proceso. Los sentimientos de inutilidad y la no participación en actividades sociales pueden estar asociados a un bajo nivel funcional (Grand, Grosclande, Bocquet, Pous y Albarede, 1988), aunque en general, y la práctica lo confirma, existe una gran heterogeneidad en estas trayectorias de incapacidad. En este sentido el trabajo de Meléndez, Tomas y Navarro (2011) muestra correlaciones altas y negativas entre la valoración funcional y las relaciones con los demás, elementos que al ser analizados tomando la valoración funcional tanto de forma cualitativa como cuantitativa corroboran la existencia de diferencias significativas.

Desde un punto de vista positivo de la relación entre estas variables, otros estudios ponen de manifiesto que una vida social activa, con unas buenas redes sociales y con actividad en la comunidad, protege de la mortalidad y predice el mantenimiento de la capacidad funcional (Mendes de León, Glass y Berkman, 2003) y de la función cognitiva

(Bassuk, Berkman y Glass, 1999; Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan y Winblad, 2000 y Holtzman et al., 2004). Del mismo modo, dos estudios realizados en el norte de Europa (Dinamarca y Finlandia) describen que la diversidad de contactos sociales y relaciones sociales y la alta participación social predice el mantenimiento de las ABVD (Avlund, 2004*a*, 2004*b*).

2.1.4. Ingresos.

Uno de los más exhaustivos y rigurosos estudios sobre el envejecimiento y las principales características de salud física y psicológica fue realizado en México. Este trabajo, denominado Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México (ENASEM-2001), analizó entre otras variables la relación entre ingresos, y capacidad funcional. Entre sus resultados, cabe destacar que existe una fuerte relación entre salud y la capacidad funcional en la vejez y el nivel económico. De este modo, se comprobó como la buena salud entendida como ausencia de dependencia se encuentra asociada positivamente con los ingresos y, particularmente, con la riqueza acumulada y se indica que el nivel económico se encuentra entre los factores que determinan la vulnerabilidad y el nivel de funcionalidad en la vejez, dado que el estatus obtenido en la vida adulta por el puesto de trabajo que se desempeñó, tiene repercusiones en la jubilación y pensión pero también lo ha tenido durante el desarrollo adulto, previniendo complicaciones de cara a la jubilación del adulto mayor. Del mismo modo, en el contexto español, el trabajo de Azpiazu, Cruz Jentoft, Villagrasa, Abanades, García y Alvear (2002) indica que entre los factores asociados a una buena salud se encuentra el nivel económico, si bien, tal y como señalan, en las personas mayores la calidad de vida está principalmente determinada por la compleja interacción entre las características del individuo y su ambiente.

Existen numerosos estudios que afirman que un bajo nivel socioeconómico está asociado a una menor capacidad funcional, aunque también se ha comprobado que el acceso limitado al cuidado médico, puede ser responsables del resultado funcional bajo de personas mayores con bajos ingresos y bajo nivel cultural y educativo (Guralnik y Kaplan, 1989; Kaplan, Strawbridge, Camacho y Cohen, 1993; Guralnik y Simonsick, 1993; Hubert, Bloch y Fries, 1993; Lammi, Kivela y Nissineen, 1989 y Maddox y Clark, 1992).

2.1.5. Estado de salud auto-percibido.

El estado de salud asociado a la discapacidad es un elemento importante en el conjunto de estudios realizados sobre la población en general, y adquieren especial relevancia en aquellos estudios que se centran en las personas mayores de 50 años, siendo en estos trabajos donde se analiza el proceso de envejecimiento y las dificultades que se presentan en la realización de las actividades de la vida diaria.

Uno de los mayores problemas asociados a las enfermedades crónicas es que muchas de ellas llevan asociada incapacidad, y esto produce un fuerte impacto en el funcionamiento cotidiano del individuo y aunque en los estudios longitudinales se asocian los problemas crónicos de salud a una mayor tasa de incapacidad (Deeg, Kardan y Fozard, 1996), también es cierto que esa relación entre enfermedad crónica y deterioro funcional no es perfecta.

Kaplan et al. (1993), así como Mor, Wilcox, Rakowsky y Hiris (1994) asociaron a un menor índice de capacidad funcional una pobre autopercepción de salud y ciertas condiciones crónicas coexistentes. Hay factores no físicos, que pueden ser individuales y ambientales, que afectan a la trayectoria de incapacidad (Verbrugge y Jette, 1994).

La pérdida de la autonomía funcional conlleva una serie de consecuencias asociadas, entre las que se destacan la disminución de la autoestima y de la percepción de autoeficacia, del autoconcepto y del bienestar subjetivo. Existe además un problema añadido, que es que la persona que padece la enfermedad necesita de otros para cubrir sus necesidades, por lo que el problema recae también sobre su entorno, generalmente la familia, y el consiguiente efecto sobre ésta (Izal y Montorio, 1999).

Deeg (1989), así como Grand, Grosclaude, Bocquet, Pous y Albarade (1990) y Koyano, Shibata, Haga y Sumaya (1986), encontraron una asociación entre un nivel alto de incapacidad respecto al autocuidado y a las actividades de vida diaria instrumentales, con una mayor mortalidad. En efecto, cambios a través del tiempo en capacidad funcional han explicado más parte de la mortalidad debida a la edad que factores fisiológicos como nivel de glucosa en sangre, presión sanguínea, etc. (Manton, Stallard, Woodbury y Dowd, 1994), aunque en personas muy mayores un menor nivel de severidad de la enfermedad conduce a

la muerte más fácilmente que en personas más jóvenes.

La autopercepción de salud puede ser considerada como un resultado global de la medida de las trayectorias de incapacidad. De hecho, la autoevaluación de salud tiene un impacto propio en el curso de la enfermedad: se ha mostrado relacionada con la mortalidad, independientemente de evaluaciones más objetivas de salud, tal como enfermedades crónicas y deterioros (Mosey y Shapiro, 1982). De la misma manera, la incapacidad y el declive funcional se ha demostrado que están asociados directamente con un mayor uso de servicios (Mor et al., 1994) e institucionalización (Reuben, Sui y Kampan, 1992; Williams, 1987; Wolinsky, Callahan, Fitzgerald y Johnson, 1993); en todo caso, hay que tener en cuenta que estas asociaciones pueden estar condicionadas por las redes sociales de los individuos, así como por las autopercepciones (Krause, 1987).

Logan y Spitze (1994) demostraron que las personas mayores que se autoperciben como mayores tienen más probabilidades de usar servicios que los que se consideran jóvenes.

Por tanto todas estas variables ejercen algún efecto sobre la capacidad funcional del adulto mayor. A modo de síntesis y tal y como hemos visto en los estudios presentados anteriormente, la edad se asocia significativamente a la disminución de la capacidad funcional, dado que esta disminución será más acusada a medida que se tienen en cuenta personas de mayor edad. En cuanto al género, a partir de los estudios revisados, podemos concluir que no existen diferencias de género para la capacidad funcional. En todo caso, se podría encontrar que las mujeres de mayor edad presentan mayor dificultad para realizar las ABVD, pero estos resultados respecto a las diferencias de género estarán influenciados por la edad, ya que al ser las mujeres las que tienen una mayor esperanza de vida, también serán estas las que estarán expuestas a un mayor periodo de tiempo donde la probabilidad de disminución de capacidad funcional se sabe incrementada. Respecto a las relaciones sociales, una vida social activa, con apoyos sociales percibidos y una alta participación en actividades que requieran la interacción con otras personas pueden servir como moduladores de la capacidad funcional. Del mismo modo, estas interacciones proporcionarán al adulto mayor una mejor satisfacción vital y por tanto un mayor bienestar.

Otra variable que se ha relacionado con una menor capacidad funcional en la vejez, es el nivel socioeconómico, pero también hay que tener en cuenta que un bajo nivel socioeconómico puede limitar el acceso a los recursos sanitarios y por tanto agravar la disminución de la capacidad funcional. Por último la percepción del estado de salud, tiene una estrecha relación con la salud objetiva y refleja el estado físico general, las enfermedades padecidas y otros factores sociales, económicos y del entorno de las personas. Por ello guarda también una estrecha relación con la discapacidad y con la disminución de la capacidad funcional, ya que los dependientes perciben de diferente modo su salud, en contraste con los no dependientes y por tanto percibrán una mayor dificultad para realizar las ABVD.

Dado que el envejecimiento de la población, se está convirtiendo en un fenómeno de los paises desarrollados, nuestra sociedad debe poder ofrecer una atención adecuada para personas cada vez más longevas, con una mayor prevalencia de patologías crónicas, degenerativas, y en conjunto de pérdida de autonomía funcional.

Por lo tanto un moderno sistema de atención de la salud, debería de reconocer a las personas mayores como sus principales usuarios, a la vez que garantizar la búsqueda activa de enfermedad, reconocer sus distintas y específicas manifestaciones, anticipar y posponer la posible dependencia, y disponer de la tecnología e información científica adecuada para estos fines. Esta reforma, debería realizarse sobre la base de una eficiente reubicación y cualificación de recursos, y ejecutarse mediante una progresiva implantación y que tenga como consecuencia la adaptación del sistema sanitario a las necesidades de la persona mayor.

Si bien parece necesario reforzar los dispositivos asistenciales para las personas gravemente dependientes, no se puede dejar en un segundo término los esfuerzos por evitar o recuperar dicha dependencia. El objetivo prioritario de la atención a la dependencia no han de ser sólo las personas con dependencia ya establecida, sino también aquellas personas en situación de riesgo y con discapacidad reversible, por lo que las intervenciones, como las de la Valoración Geriátrica Integral, que tengan como objetivo la actuación precoz, preventiva y rehabilitadora deben de tener un lugar preferente.

3. La Valoración Geriátrica Integral.

La evaluación y el cuidado de paciente anciano mediante los sistemas tradicionales de evaluación clínica se han mostrado insuficientes, dado que enfatizaban casi exclusivamente las variables referidas al estado de salud, centrándose en medidas que especificasen las patologías y el nivel de deterioro como elementos clave para el estudio de las personas mayores (Fernández-Mayorales, Rojo, Abellán y Rodríguez, 2003). Así, nace el concepto de "Evaluación geriátrica integral o global" (*Comprehensive Geriatric Assesment*) como técnica de evaluación específica para el abordaje de la atención a la persona mayor.

De este modo, si bien está demostrado que existe una clarísima interrelación entre la salud y las situaciones de dependencia, el contenido y forma de las intervenciones pueden ejercen un papel importante en el retraso de la dependencia concretamente. Así, intervenciones sanitarias eficaces en la mediana edad pueden prevenir la aparición de la dependencia en edades más avanzadas. Pero también, la mejora de los hábitos de vida contribuye significativamente a mejorar la esperanza de vida sin discapacidad, y, en los casos en los que la dependencia ya esta presente, la adaptación psicológica de la persona es esencial para el adecuado afrontamiento a esa situación, así como para mejorar su calidad de vida.

La valoración geriátrica integral (VGI) o valoración geriátrica exhaustiva es "un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano, con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos (Kane y Kane, 1981; Rubenstein, 1987). De este modo, la VGI constituye una de las formas más razonables de aproximarse al anciano desde cualquier nivel de atención, siendo esencial su aplicación para mejorar la calidad de vida de los mayores.

Se considera la VGI como la herramienta o metodología fundamental de diagnóstico global en que se basa la clínica geriátrica a todos los niveles asistenciales, aceptada su utilidad universalmente incluido nuestro país (Ribera y Cruz, 1991; Salgado y Alarcón,

1993). Destacando entre sus objetivos y propósitos los siguientes:

- Mejorar la exactitud diagnóstica partiendo de un diagnóstico cuádruple (clínico, funcional, mental y social).
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados o no abordados previamente.
- Establecer un tratamiento cuádruple adecuado y racional a las necesidades del anciano.
- Mejorar el estado funcional y cognitivo.
- Mejorar la calidad de vida.
- Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar.
- Situar al paciente en el nivel sanitario y social más adecuado a sus necesidades, evitando siempre que sea posible la dependencia, y con ello reducir el número de ingresos hospitalarios y de institucionalizaciones.
- Disminuir la mortalidad.

De este modo, la VGI, como forma de evaluación global, incluye la valoración estructurada de cuatro esferas: la clínica, la mental, la social y la funcional. Así, se ha demostrado su eficacia, incluso en diferentes ámbitos de actuación e intervención (hospitales de agudos, de media y larga estancia, interconsultas hospitalarias, centros de rehabilitación, asistencia domiciliaria, consultas de atención primaria, centros de día, residencias, etc.) dado que es capaz de optimizar los resultados de la evaluación médica tradicional porque esta valoración conduce a tomar acciones que la valoración en si no mejora, si no se toman las medidas adecuadas después. (Stuck, Siu, Wieland, Adams y Rubenstein, 1993; Ruipérez, Midón, Gómez-Pavón, González, Maturana y Macias, 2003).

La **esfera clínica** es la más complicada de cuantificar por la peculiar forma de enfermar del anciano con una presentación atípica e inespecífica de la enfermedad (infección sin fiebre, infarto de miocardio indoloro...) (Perlado, 2001). Entre los aspectos que ésta debe incluir, destacan: entrevista clínica clásica añadiendo preguntas directas sobre la presencia de alguno de los grandes síndromes geriátricos (inmovilidad, caídas, malnutrición, deterioro cognitivo, depresión, disminución auditiva o de agudeza visual,

estreñimiento, incontinencia...), historia farmacológica, historia nutricional, exploración física, solicitud de exploraciones complementarias y elaboración de un listado de problemas. En la valoración clínica también se plantea la anamnesia centrada en los antecedentes personales, valorando diagnósticos pasados y presentes, ingresos e intervenciones, revisión de aparatos y síntomas junto con la exploración física como mecanismos de evaluación.

En cuanto a la valoración del **estado mental** es importante atender al estudio tanto de la esfera cognitiva, como afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. La fragilidad cognitiva depende de variables orgánicas, factores psicosociales y entidades clínicas, como HTA (hipertensión arterial), DM (diabetes mellitus), ACV (enfermedad cerebro vascular), enfermedades tiroideas, insuficiencia renal, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), polifarmacia y alteraciones en los órganos de los sentidos. En cuanto a la fragilidad afectiva, hay que recordar que un 25% de los ancianos padecen algún trastorno psíquico y que los trastornos por ansiedad y depresión son los más frecuentes en este grupo de edad (Sanjoaquin, Fernández, Mesa y García-Arilla, 2006), por lo que la identificación de factores de riesgo asociados a ellos podría ser una forma de identificar al anciano afectivamente frágil.

La importancia del deterioro cognitivo viene dada no sólo por su elevada prevalencia, sino por la tendencia a la asociación con trastornos conductuales, la conversión a demencia, por la mayor utilización de recursos sociosanitarios, apareciendo durante su curso alguno de los principales síndromes geriátricos, por su implicación directa sobre las esferas funcional y social y por el peor pronóstico rehabilitador. Estudios recientes (Gauthier, Reisberg, Zaudig, Petersen, Ritchie y Broich, 2006) informan que hasta el 12% de los mayores de 70 años podría tener un diagnóstico compatible con DCL (Degterioro cognitivo leve), con una prevalencia del 3-19% y una incidencia del 8-58 ‰ al año. En este sentido, algunos autores (Flicker, Ferris y Reisberg, 1991; Petersen et al., 1999) han observado una evolución hacia la demencia en el 1-2% de los adultos sanos, incrementándose hasta el 10-25% en el caso de los sujetos con DCL. En el contexto clínico español, según Baquero et al., (2004) la tasa de conversión es de aproximadamente un 10%, mientras que en contextos no clínicos la tasa de conversión de DCL a demencia es del 12% durante los tres primeros años de seguimiento (Díaz-Mardomingo, García-Herranz y

Peraita-Adrados, 2010).

Conocer el grado de deterioro cognitivo permite, por un lado, estimar la calidad de la información que aporta el paciente sobre sí mismo y su enfermedad y valorar su capacidad para comprender la información que recibe. La evaluación cognitiva, además, permite detectar los cambios en el nivel cognitivo a lo largo del tiempo, lo cual influirá en las decisiones diagnósticas, terapéuticas y de ubicación futuras.

El proceso de evaluación de la esfera cognitiva requiere de una buena entrevista tanto con el paciente como con sus cuidadores/familiares así como la aplicación de diversas pruebas de evaluación neuropsicológica.

De este modo, lo pertinente es reunirse con el paciente y su familia para realizar la entrevista clínica como instrumento diagnóstico eficaz y fiable. A través de esta se obtiene información sobre la historia del paciente y sobre variables mediadoras tales como la edad, el nivel de funcionamiento premórbido, el grado de escolaridad, situación laboral alcanzada…etc. Sin un adecuado conocimiento del valor de estas variables mediadoras resultará imposible interpretar los resultados de cualquier prueba de evaluación neuropsicológica empleada. También es importante obtener a lo largo de la entrevista, mediante una buena observación, información acerca de los patrones de su conducta y personalidad, de modo que conozcamos su nivel de ajuste previo y descartemos aspectos como la existencia de inadaptación social, que puedan contribuir a explicar problemas emocionales actuales, así como determinar las consecuencias psicosociales que está ocasionando el trastorno en cuestión. Finalmente, una de los aspectos más importantes a determinar y precisar de forma concreta es su estado emocional, y para ello conviene valorar la existencia de sintomatología depresiva y, si la hay, apatía y autoestima/autopercepción.

Para la valoración neuropsicologica contamos con múltiples pruebas, las cuales señalamos a continuación por su amplia difusión, comodidad y sencillez de aplicación.

Cuestionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ). Fue diseñado por Pfeiffer en 1975. Se trata de un cuestionario de rastreo validado para la detección del deterioro cognitivo en los pacientes ancianos. Consta de 10 ítems, que puntúan cuatro parámetros: la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo, la

orientación, la información para hechos cotidianos, y la capacidad de cálculo. Se puntúan los errores, pero se permite un error de más si el entrevistado no tiene educación primaria, y un error de menos, si el entrevistado tiene estudios superiores. Es una escala heteroadministrada. Enfatiza mucho el lenguaje y la memoria y tiene una intensa orientación verbal, por lo que en algunos déficit sensoriales o trastornos psiquiátricos (depresión) podría dar falsos positivos. A pesar de haber sido diseñada como para prueba de *screening* o cribado, no detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución del deterioro. Su fiabilidad test-retest oscila entre 0,82 y 0,85. Su sensibilidad varía de 68 al 82% y su especificidad de 92 al 96%.

Mini-Mental State Examination (MMSE) fue desarrollada por Folstein, Folstein y Mc Hugh (1975). Requiere de 5 a 10 minutos para su aplicación y valora un rango más amplio de funciones que el SPMSQ. Es útil en el *screening* de deterioro cognitivo moderado. Consta de una serie de preguntas agrupadas en diferentes categorías que representan aspectos relevantes de la función intelectual: Orientación témporo-espacial, memoria reciente y de fijación, atención, cálculo, capacidad de abstracción, lenguaje y praxis (denominación, repetición, lectura, orden, grafismo y copia). Una puntuación por debajo de 24 puntos indica deterioro cognitivo, aunque no tenemos que olvidar que el resultado final se debe ajustar por edad y años de escolaridad. El MMSE tiene mucha carga de información verbal, y por ello hace efecto suelo cuando se utiliza con personas con deterioro cognitivo grave. Presenta una sensibilidad del 89% y especificidad del 66% en ancianos. Fue adaptado y validado por Lobo a la población anciana española resultando el denominado Mini-Examen Cognoscitivo (MEC). El *Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)* desarrollado por Lobo, Saz y Marcos. (2002) sigue los mismos parámetros que el MMSE, su puntuación total es de 30 y el punto de corte 23-24. La puntuación se interpreta como: Deterioro cognitivo leve (19-23>), Deterioro cognitivo moderado (14-18) y Deterioro cognitivo severo (< 14). Presenta una sensibilidad del (87%) y una especificidad del (92%) para puntuaciones inferiores a 24. Posee un valor predictivo positivo de 69% en mayores de 74 años.

Montreal Cognitive Assessment (MOCA) (Nasreddine, et al., 2005). Es una prueba breve, de unos 10-15 min. Mide los 6 dominios cognitivos básicos (memoria, capacidad visoespacial, función ejecutiva, atención/concentración/memoria de trabajo, lenguaje y

orientación; además de incluir una prueba de memoria más exigente que el MMSE, ya que exige recordar mayor cantidad de palabras (5 contra 3) con mayor tiempo de espera entre la repetición y la evocación. Fue validado en Montreal y tiene una sensibilidad de un 100% y un 90% para el diagnóstico de SD (síndrome demencial) y DCL (deterioro cognitivo leve) respectivamente, usando un punto de corte de 26/30. Es más sensible que el MMSE para detección de deterioro vascular (Popović, Serić y Demarin, 2007), siendo recomendada para su evaluación. Sin embargo, no está validado para población española y probablemente tenga un gran sesgo educacional al igual que el MMSE.

Test del reloj. Fue elaborada originalmente por Battersby, Bender, Pollack y Kahn en 1956 para detectar la denominada negligencia contralateral en pacientes con lesión en el lóbulo parietal. Actualmente su aplicación se ha extendido dado que proporciona valiosa información acerca de diversas áreas cognitivas entre ellas lenguaje, memoria a corto plazo, funciones ejecutivas, práxicas y visoespaciales. Se trata de un test sencillo que valora el funcionamiento cognitivo global, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12 horas del reloj) y marcar una hora concreta. También se utiliza para seguir la evolución de los cuadros confusionales.

Set-tests. Fue introducido por Isaacs y Akhtar en 1972 y propuesto como ayuda en el diagnóstico de la demencia en el anciano por Isaacs y Kennie en 1973. Explora la fluencia verbal, la denominación por categorías y la memoria semántica. Es una prueba breve y generalmente bien aceptada por los pacientes, con gran utilidad en pacientes analfabetos o con déficit sensoriales. Para su puesta en práctica, se le pide al paciente que diga tantos nombres como pueda recordar de cada una de cuatro categorías (set): colores, animales, frutas y ciudades. Se obtiene 1 punto por cada ítem correcto, con un máximo de 10 ítems puntuables en cada set. El tiempo máximo de que dispone el paciente por categoría es de un minuto. Las repeticiones o los nombres que no correspondan a la categoría pedida no puntúan, siendo interesante anotar todas las respuestas para el seguimiento evolutivo. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos, considerando el resultado normal para adultos de 29 o más aciertos, y de 27 o más si se trata de ancianos. Este test tiene una sensibilidad del 79% y una especificidad del 82%.

Test de los siete minutos (T7M) Desarrollado en 1998 por Solomon y Pendlebury y validado y adaptado al castellano por Del Ser, Sánchez, García de Yébenes, Otero y Muñoz

(2004). El test consta de cuatro pruebas simples y fáciles de llevar a cabo. La primera consiste en evaluar la orientación temporal (preguntas sobre el día de la semana, el mes y el año). El análisis de memoria, segunda parte del test, se lleva a cabo presentando al sujeto imágenes que deben ser perfectamente recordadas posteriormente, independientemente de cuál sea su edad o nivel educativo. En este momento, se facilita una clave semántica (pista para ayudar a recordar), y si con esta ayuda no mejora el rendimiento final de la prueba, orienta hacia una demencia tipo Alzheimer o a la existencia de un mayor riesgo a desarrollarla. Las dos últimas partes se relacionan con pruebas de fluidez del lenguaje y praxia constructiva. Sólo se necesita para la realización de esta prueba lápiz, papel y un bloc específicamente diseñado, que contiene las imágenes para evaluar el lenguaje y la prueba de memoria. Una vez objetivada la existencia de deterioro cognitivo, el estudio debe ir encaminado a responder si el deterioro cognitivo observado cumple criterios de demencia, de que tipo d demencia se trata y como repercute el deterioro cognitivo en la funcionalidad del paciente y a nivel familiar y social.

A la hora de explorar la esfera afectiva, debemos evaluar: estado anímico, labilidad emocional, anergia/hipoergia, anhedonia/hipohedonia, trastorno del apetito, trastorno del sueño, signos de ansiedad, ideación de muerte, ideación o tentativas autolíticas y quejas somáticas.

Para valorar la esfera afectiva, se utilizan entre otros la *Escala de depresión geriátrica de Yesavage (Geriatric Depressión Scale, GDS)*, diseñada por Brink y Yesavage en 1982. Esta escala evita los síntomas somáticos, focalizando la atención en la semiología depresiva y calidad de vida. Sus aplicaciones son: *screening* de depresión, evaluación de la severidad del cuadro depresivo y monitorización de la respuesta terapéutica.

Ha sido ampliamente recomendada en el cribado general del paciente geriátrico por su simplicidad y buenos valores de sensibilidad y especificidad, llegando hasta valores de 0.94 (consistencia interna), 0.94 (por el método de las dos mitades) y 0.85 (fiabilidad test-retest). Está compuesta en su versión original por 30 ítems siendo sus respuestas dicotómicas. La versión original GDS-30 presenta una sensibilidad de (95,7%) y una especificidad de (92,4%) para un punto de corte de 13. Por otra parte la versión reducida, que incluye 15 ítems, es la escala recomendada por la British Geriatrics Society para evaluar la depresión en los ancianos aunque se reduce su capacidad diagnóstica ya que

presenta una sensibilidad de (95,7%) y una especificidad de (84,3%) para un punto de corte de 5. Para la interpretación de la versión reducida de esta escala, el punto de corte se sitúa en 5/6; una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9 puntos indica depresión probable, y una puntuación igual o superior a 10, depresión establecida.

Otros de los instrumentos utilizados para la evaluación afectiva del sujeto anciano son el *Inventario de depresión de Hamilton* utilizado para estimar la severidad y establecer el pronóstico de la depresión; del mismo modo el *Inventario de depresión de Beck o* la *Escala de Zung* se utilizan fundamentalmente en investigación geriátrica, así como la *Escala de Cornell de depresión en la demencia* que valora el humor, las alteraciones de conducta, los signos físicos, las funciones cíclicas y la alteración de las ideas.

Respecto a la **valoración social**, ésta permite conocer la relación entre el anciano y su entorno. Aspectos relacionados con el hogar, apoyo familiar y social, son cuestiones importantes a la hora de organizar el plan de cuidados de un anciano. En función de ellos podremos ubicar al paciente en el nivel asistencial adecuado y tramitar los recursos sociales que va a precisar.

La valoración social es complicada, en cuanto a que no existe acuerdo entre los componentes de la salud social. No debemos olvidar en su evaluación incluir un factor subjetivo, pero no por ello menos importante: la calidad de vida. Los instrumentos de medición más utilizados son:

La Escala de satisfacción de Filadelfia desarrollada en 1975 por Lawton. Es la escala recomendada por grupos de expertos de la British Geriatrics Society y el American Nationl Institute of Aging para la medición o cuantificación de la calidad de vida. Evalúa la actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción con la soledad y la ansiedad con un objetivo claro, el de medir el grado subjetivo de satisfacción del anciano. Su aplicabilidad es excelente y sólo se ve limitada o interferida por la presencia de trastornos del lenguaje (afasias) y deterioro cognitivo.

La Escala OARS de recursos sociales, es una herramienta diagnóstica multidimensional, que fue adaptada por Grau, Eiroa y Cayuela (1996), en población anciana española comprobando su fiabilidad y viabilidad. Proporciona información acerca de cinco áreas: estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental,

salud física y capacidades para la realización de AVD (Duke University, 1978). Evalúa las respuestas en una escala de 6 puntos, que van desde excelentes recursos sociales (1 punto) hasta el deterioro social total (6 puntos).

La *Escala de valoración sociofamiliar de Gijón* (Díaz Palacios, Dominguez Puente y Toyos García, 1994), se emplea para valorar la situación social y familiar de las personas mayores que viven en su domicilio. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales. Evalúa cinco áreas de riesgo social: situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. En relación a sus puntuaciones, de 5 a 9 puntos se considera buena/aceptable situación social, de 10 a 14 puntos existe riesgo social y más de 15 puntos es evaluado como problema social. Cuando las condiciones sociales cambien o se sospeche riesgo social se debe hacer una reevaluación. Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio de un profesional experto. No se ha estudiado ni la validez de contenido ni la validez de constructo. La fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de kappa de 0,957). La consistencia interna es muy baja (alfa de Crombach 0,142).

La *Entrevista Manheim de Apoyo Social* (MISS de Veiel, 1990), es una entrevista estructurada diseñada para obtener información cualitativa y cuantitativa sobre la red de apoyo personal, la distribución de las diferentes funciones de apoyo en esta red y el grado de apoyo disponible en las diversas áreas funcionales (Vazquez y García, 1997). El marco conceptual en el que se basa tiene en cuenta la diferenciación de los tipos de apoyo y de sus funciones, de sus fuentes y de los diferentes focos de evaluación. El tipo de apoyo puede establecerse, por un lado, según se trate de un apoyo cotidiano o en momentos de crisis, y por otro, según sea este psicológico o instrumental. Así, de cara a la entrevista se trabajan estos cuatro tipos de apoyo combinados en cuatro categorías, de manera que existe: Apoyo psicológico cotidiano (APCo), Apoyo psicológico en crisis (APCr), Apoyo instrumental cotidiano (AICo) y Apoyo instrumental en crisis (AICr).

Por último, en relación a la **valoración funcional**, que es uno de los aspectos centrales de este trabajo y de principal interés en términos de discapacidad, existen múltiples escalas utilizadas tanto en el ámbito práctico como en el de la investigación.

Por función se entiende la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas, que componen nuestro quehacer cotidiano de una manera deseada a nivel individual y social. Esta función se puede desglosar en varios componentes. El realizar la tarea más sencilla que nos podamos imaginar va a exigir unos mínimos de capacidad física (fuerza, capacidad aeróbica, elasticidad), de capacidad cognitiva (conveniencia, organización, planificación y ejecución) y de capacidad emotiva (deseo), así como un entorno y unos recursos sociales que lo permitan. Cuando cualquiera de estos componentes fallan, el realizar la tarea se convertirá en algo difícil o imposible: se habrá alterado la capacidad funcional. Por tanto, el término función es un término muy amplio, que abarcaría las cuatro dimensiones expuestas anteriormente como componentes de la VGI: la física, la mental, la emocional y la social.

Al margen del hecho ineludible del impacto que la discapacidad tiene sobre la calidad de vida, la situación funcional del anciano es uno de los mejores parámetros de medida del estado de salud general, y como tal, puede servir como predictor de dominios relevantes como un aumento en el riesgo de mortalidad, frecuencia de hospitalizaciones y la estancia media, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización, la utilización de recursos sociales y las futuras discapacidades.

El objetivo de la valoración funcional es cualificar y cuantificar la capacidad de realizar las AVD, entendiendo las AVD como aquellos actos necesarios para el normal desempeño de las labores cuotidianas. Se utiliza el estudio de las AVD como un mecanismo para el análisis de trastornos que no son atribuibles a una patología específica pero que hacen que aumente el riesgo de dependencia. A continuación se señalan algunas de las principales escalas utilizadas para su evaluación.

Índice de actividades de la vida diaria (KATZ). Es uno de los índices mejor conocidos, estudiados y validados. Fue elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinar del hospital Benjamin Rose de Cleveland para enfermos hospitalizados afectos de fractura de cadera y publicado por Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe (1963). Consta de seis ítems: baño, vestirse/desvestirse, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. Están ordenados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos. La propia escala describe lo que considera como dependencia/independencia para la ejecución de las tareas. Según la puntuación total,

los pacientes quedan clasificados en siete grupos, donde A corresponde a la máxima independencia y G a la máxima dependencia. Como desventaja de este índice destacar que no es sensible a cambios mínimos.

Índice de Barthel. Publicado en 1965 por Mahoney y Barthel es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriatría para evaluar las ABVD en el anciano. Es la escala más internacionalmente conocida para la valoración funcional. Su aplicación es fundamental en: unidades de rehabilitación y en unidades de media estancia. Evalúa 10 actividades, dando más importancia que el índice de Katz a las puntuaciones de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. Estas actividades son: alimentación, baño, vestido, aseo personal, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulación y escaleras. Presenta gran valor predictivo sobre: mortalidad, ingreso hospitalario, duración de estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta de pacientes con accidente cerebrovascular. Nos detendremos más en la descripción de éste índice, en el apartado de instrumentos, dado que ha sido éste el que se ha utilizado para evaluar las ABVD en este trabajo.

La Escala de incapacidad física de la Cruz Roja. Creada por el equipo del Servicio de Geriatría de Cruz Roja de Madrid en 1972, se trata de una escala muy difundida en nuestro país. Permite obtener una impresión rápida y cuantificada del grado de incapacidad. Se evalúan: AVD (actividades de la vida diaria), ayuda instrumental para la deambulación, nivel de restricción de movilidad y continencia de esfínteres. Gradúa la incapacidad del anciano en números enteros, del 0 (independiente) al 5 (máxima dependencia). Como inconvenientes presenta el valorar en conjunto todas las AVD y aportar datos aislados sobre incontinencia.

La Escala Plutchik. Diseñada por Plutchik y colaboradores del Hospital Bronx de Nueva York en 1970, ha sido principalemente utilizada para distinguir pacientes poco dependientes de los independientes en un medio hospitalario para enfermos mentales (Plutchik et al., 1970). Consta de siete ítems: Alimentación, incontinencia, lavarse y vestirse, levantarse de la cama o sillón sin protecciones, deambulación, visión y confusión.

El índice de Lawton y Brody. Publicado en 1969, fue desarrollado en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población anciana, institucionalizada o no, con objeto de

evaluar autonomía física e AIVD, es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más utilizada en las unidades de geriatría de España, sobre todo a nivel de consulta y hospital de día.

Todo lo expuesto anteriormente nos proporciona una visión de la vejez como una etapa de cambios tanto a nivel biológico, psicológico como social que pueden afectar a la capacidad de la persona para realizar las AVD, requeridas para conservar su autonomía y mantener su estado funcional, que son objetivos prioritarios en la intervención con mayores.

Dado que entre el grupo de personas mayores, el riesgo de enfermedad se sabe incrementado y que son estas enfermedades las principales responsables de las futuras discapacidades, los cuidados preventivos serán esenciales para mantener el bienestar de las personas mayores. La VGI además de ser un excelente instrumento de valoración, puede convertirse en una herramienta que ayude a la sociedad a reconocer los cambios que aparecen con la edad y oriente a las instituciones a crear las condiciones necesarias para la mejora de la calidad de vida y a tomar medidas preventivas para favorecer que los mayores puedan desarrollar su vida de manera autónoma.

CAPÍTULO 3

BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO.

En este último capítulo teórico se presentan los principales aspectos relacionados con el tema del bienestar. En primer lugar abordaremos el tema de mayor tradición, es decir, la concepción hedonista, que asocia el bienestar a la obtención de sentimientos de placer y felicidad (bienestar subjetivo) haciendo alusión al surgimiento de la Psicología positiva, como hito histórico importante a partir del cual se empezaron a estudiar aspectos positivos del funcionamiento humano.

Tradicionalmente los enfoques de análisis del envejecimiento habían enfatizado casi exclusivamente las variables referidas al estado de salud, centrándose en medidas que especificaban las patologías y el nivel de deterioro como elementos clave para el estudio de las personas mayores (Fernández-Mayoralas et al., 2003, Zamarrón, 2006). De la misma manera, la psicología, también se ha dedicado tradicionalmente al estudio de la patología y la enfermedad mental, descuidando algunos aspectos positivos, tales como el bienestar, la satisfacción, el optimismo o la felicidad, ignorándose los beneficios que éstos pueden presentar para las personas. Pero con el surgimiento de la Psicología Positiva, de la mano de autores como Seligman (1998), se produjo un cambio en los centros de interés, centrándose en las cualidades o virtudes que funcionen como amortiguadores de la adversidad consiguiendo una mejor calidad de vida y un mayor bienestar (Haydée y Ramón-Florenzano, 2003).

Así, tal y como indica Triadó (2003), el estudio del bienestar adquiere una gran

relevancia en este contexto, que es especialmente acusada en el caso de las personas mayores, situadas en un momento vital en el que la vida se sabe limitada en un sentido cuantitativo, en el que las probabilidades de enfermedad y disfunciones aumentan, y en el que la calidad de los años de vida que quedan por vivir y su promoción es fundamental. Por otra parte, y desde un punto de vista teórico, las amenazas que puede comportar, y que convierten las últimas décadas de la vida en un contexto vital en cierto sentido más desfavorable que las primeras, ofrecen una interesante oportunidad de observar cómo afectan esos cambios al bienestar. Así, expondremos algunos factores que pueden afectar a los niveles de bienestar subjetivo, como son variables sociodemográficas, características individuales y variables comportamentales.

A continuación, expondremos la visión eudaimónica del bienestar, que asocia el bienestar a la consecución de nuestros potenciales y a la realización de aquello que podemos ser (bienestar psicológico). En primer lugar haremos una breve revisión de las diferentes definiciones sobre el bienestar psicológico que diversos autores han ido planteando a lo largo del tiempo, para detenernos a continuación en las aportaciones hechas por Carol Ryff, una de las autoras que más ha contribuido al estudio del bienestar psicológico. Ryff (1989) definió seis dimensiones de las que constaría el bienestar psicológico y construyó un instrumento para poder medirlas. Las dimensiones que Ryff identifica son seis: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, dominio del ambiente, autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida. Por último al igual que habíamos hecho en el caso del bienestar subjetivo, también expondremos algunos factores que pueden afectar a los niveles de bienestar psicológico, como son variables sociodemográficas (edad, género, estado civil, nivel de estudios y contexto sociocultural), características individuales (personalidad, autoestima, autoeficacia y salud subjetiva) y variables comportamentales.

Posteriormente haremos una aproximación al concepto de envejecimiento con éxito y a las principales teorías que lo definen, y en el que aspectos como actividades cotidianas o bienestar se presentan como algunos de los aspectos centrales de esta derivación del envejecimiento normal hacia un envejecimiento óptimo y más positivo; además trataremos algunos aspectos relacionados con la adaptación en esta etapa del desarrollo desde una aproximación evolutiva y por tanto del desarrollo.

1. Introducción.

El interés en el estudio científico del bienestar surge a finales del siglo XX, precedido por los pensamientos filosóficos de la antigüedad acerca de la "vida buena", la "vida virtuosa" y el "cuidado del alma" presentes en los legados de Platón, Aristóteles, Confucio y Séneca, entre otros; y también por las reflexiones derivadas de las tradiciones espirituales de Oriente y Occidente: el cristianismo, el budismo, el hinduismo, el taoismo, etc., para dar paso a la investigación sobre la felicidad que desde entonces continúa extendiéndose alrededor de todo el mundo.

Tradicionalmente la psicología se ha orientado hacia el estudio y comprensión de las patologías y las enfermedades mentales, logrando un cuerpo de conocimientos que ha permitido generar teorías acerca del funcionamiento mental humano y al desarrollo de nuevas terapias farmacológicas y psicológicas para la enfermedad mental, lográndose importantes avances en materia de recuperación de las personas. Seligman y Csikszentmihalyi (2000), postulan que este gran énfasis de la psicología clásica en la enfermedad la ha hecho descuidar los aspectos positivos, tales como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, ignorándose los beneficios que estos presentan para las personas. En este contexto surge la Psicología Positiva, con el objetivo de investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que estas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven.

A pesar de que el estudio científico del bienestar es relativamente reciente, el bienestar o la felicidad como tema de reflexión filosófica de los grandes filósofos griegos, como Aristóteles, arrancaba con una doble visión, dualidad que se mantiene en la actual investigación en éste ámbito (Ryan y Deci, 2001a). En concreto, los dos puntos de vista desde los que el bienestar personal puede ser contemplado son los siguientes:

- Una visión habitualmente calificada como "hedonista", que asocia el bienestar a la obtención de sentimientos de placer y felicidad (Bienestar subjetivo).
- Una visión que ha sido denominada "eudaimonista", que asocia el bienestar a la consecución de nuestros potenciales y a la realización de aquello que podemos ser (Bienestar psicológico).

Esta dualidad implica diferentes tradiciones dentro del estudio del bienestar personal, con implicaciones diversas en relación con su trayectoria evolutiva, y, en especial, sobre su trayectoria en las últimas décadas de la vida.

2. Concepción hedonista. Bienestar subjetivo.

La concepción hedonista es la que más tradición tiene en el estudio del bienestar. Desde este punto de vista, se asocia bienestar a la experiencia subjetiva de felicidad que surge como resultado de un balance global entre las situaciones de placer y de displacer, entre los buenos y los malos elementos de nuestra vida.

Los primeros estudios sobre bienestar subjetivo, más que abordarlo como un objeto prioritario de investigación en sí mismo, lo recogían como un indicador incluido en investigaciones que tenían otros propósitos. En concreto, y como señala Ryff (1989), el bienestar subjetivo comenzó a usarse como un indicador del efecto de ciertas diferencias y cambios sociales o de la efectividad de programas de diversa naturaleza aplicados en ciertas comunidades. Así, se ha utilizado en investigaciones que intentan determinar, entre otras cosas, el grado en el que ciertas desventajas socioeconómicas (pobreza, desigualdades políticas, falta de recursos educativos, etc.) pueden afectar a la calidad de vida de la persona, así como si ciertas pérdidas y sucesos vitales de carácter negativo (muerte de la pareja, jubilación, divorcio, accidentes, etc.) afectan y en qué medida tienen repercusión directa sobre el bienestar subjetivo y finalmente, si algunos programas destinados a paliar situaciones desventajosas tienen efecto positivo en el bienestar subjetivo.

A finales del siglo pasado emerge la psicología positiva de la mano de Martin Seligman (1998) que propone potenciar las cualidades humanas para que funcionen como amortiguadores de la adversidad. El objetivo de la psicología positiva es por tanto, encontrar las virtudes de las personas para lograr una mejor calidad de vida y un mayor bienestar.

Es en este contexto dónde la Psicología Positiva empieza a poner énfasis en los aspectos positivos descuidados por la psicología clásica tales como el optimismo (Peterson, 2000) definido como la visión que una persona mantiene respecto a su futuro, y

planteándose como un rasgo disposicional que parece mediar entre los eventos externos y su interpretación personal. Peterson (2000) considera que el optimismo involucra componentes cognoscitivos, emocionales y motivadores; la felicidad que se definiría como el resultado de comparar los estados afectivos positivos y negativos en un momento determinado (Stock, Okun y Benin, 1986); la experiencia de flujo que hace referencia a experiencias óptimas, a situaciones altamente positivas y al disfrutar haciendo una actividad y que se convierten en el motor interno o razón para la realización de esas mismas actividades que generan la experiencia del flujo (Csikszentmihalyi, 1998); y la satisfacción vital que se referiría a la manera en la que la persona valora su trayectoria vital en general, o de aspectos particulares de esta (familia, trabajo, salud, amigos, tiempo libre) (Diener, 1994).

Actualmente, todos estos conceptos se engloban en uno más amplio, el bienestar subjetivo (Diener y Lucas, 2000), un concepto que incluiría el estado emocional en un determinado momento, la satisfacción respecto a cada dominio de la vida o una valoración global respecto a la propia vida.

Esta inclusión de términos dentro del concepto de bienestar subjetivo ha hecho que en las últimas décadas hayan comenzado a aparecer estudios que se dirigen a determinar cuáles serían los componentes o dimensiones que incluiría el bienestar y en qué medida esos componentes tienen un soporte empírico. La conclusión a la que muchos de los investigadores, como Triadó (2003) han llegado, es que podemos hablar de dos grandes componentes del bienestar subjetivo:

- Un componente emocional o afectivo, relacionado con los sentimientos de placer y displacer que experimenta la persona, y que comprendería entre otros el concepto de felicidad. Este sería un componente sujeto a cambios a corto y medio plazo (semanas, incluso días).
- Un componente cognitivo, más estable en el tiempo, referido al juicio que merece a la persona su trayectoria evolutiva, es decir, lo que tradicionalmente se ha denominado satisfacción vital.

Dentro de esta línea de investigación centrada en el estudio de los componentes del bienestar subjetivo, una gran parte de científicos sociales se han ocupado de estudiar los aspectos que llevan a una persona a evaluar positivamente su existencia. En este sentido, Veenhoven (1994) definen el bienestar subjetivo como el grado en que una persona juzga

de un modo general o global su vida en términos positivos, es decir, en qué medida la persona está a gusto con su vida. Según este autor, para realizar este tipo de juicios, el individuo utiliza componentes tanto afectivos como cognitivos. Así, mientras que los elementos cognitivos se refieren a su nivel de satisfacción con la vida y representan la discrepancia entre los logros y las aspiraciones de una persona; el componente afectivo se refiere, en cambio, al agrado de la persona en relación con su estado de ánimo, emociones y sentimientos. Por tanto, una persona que considere haber tenido más experiencias emocionales placenteras que desgraciadas, percibirá su vida como deseable y positiva.

Es claro, entonces, que el bienestar subjetivo está relacionado con una valoración positiva de las circunstancias y eventos de vida. Por ello, García Martín (2002) explica cómo Cummins (1996) señalo que dominios como: el bienestar material, la salud, la productividad, la intimidad, la seguridad, la relación con la comunidad y el bienestar emocional, determinan también el componente cognitivo del bienestar subjetivo.

Otra de las definiciones de gran trascendencia en el estudio del bienestar subjetivo es la de Diener, Suh, Lucas y Smith (1999), en la que consideran que el bienestar subjetivo es una categoría amplia de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, dominios de satisfacción y juicios globales de satisfacción con la vida. De acuerdo con la conceptualización de estos autores, los estados de ánimo y las emociones se pueden rotular con el nombre de afecto y representan las evaluaciones en vivo de los eventos de sus vidas. Así mismo, el afecto puede ser clasificado como positivo, si implica emociones placenteras; o negativo, si implica una experiencia emocional que represente malestar o sufrimiento para la persona. Con respecto a la temporalidad del afecto, estos autores informan que la mayoría de las investigaciones coinciden en concentrarse en estados de ánimo a largo plazo, más que en emociones momentáneas. Para ellos, por ejemplo, el balance emocional (la sumatoria de emociones positivas y negativas) constituye el componente afectivo del bienestar subjetivo (Diener, et al., 1999). En cuanto a los juicios globales o generales sobre la satisfacción con la vida, estos constituyen las valoraciones relacionadas con la forma como los individuos evalúan su desempeño a lo largo de su vida a la luz de unas metas y logros personales y de valores sociales determinados. Por su parte, el componente de la satisfacción con los dominios de vida se refiere a una serie de variables externas relacionadas con la satisfacción personal como pueden ser el nivel de satisfacción con el trabajo, la pareja, los ingresos, el lugar donde se vive, entre otros. Tanto los juicios de satisfacción con la vida como los de satisfacción con dominios específicos constituyen el

componente cognitivo del bienestar subjetivo (Diener et al., 1999).

Por tanto el bienestar subjetivo se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognitivas y afectivas que ellos alcanzan cuando evalúan su existencia. Comúnmente se ha denominado felicidad al bienestar subjetivo experimentado cuando se sienten más emociones agradables y pocas desagradables, cuando están comprometidos en actividades interesantes y cuando están satisfechos con sus vidas. Diener (2000) sostiene que lo central es entonces la propia evaluación que la persona hace de su vida.

2.1. Determinantes del Bienestar subjetivo.

Algunos factores psicológicos que han sido relacionados con el bienestar subjetivo involucran características de personalidad como la extraversión, el neuroticismo, la autoeficacia, la autoestima, la capacidad de adaptación, la orientación a las metas y las estrategias para afrontar el estrés.

Por otro lado, algunas variables demográficas también han sido asociadas al bienestar subjetivo. Entre ellas destacan la edad, el sexo, los ingresos, el estatus laboral, el estado civil y el nivel educativo. Sin embargo, se ha podido establecer que estas variables solo explican entre el 15% y el 20% de la varianza del bienestar subjetivo (Gómez, Villegas, Barrera y Cruz, 2007). Esto hace pensar que el peso de las variables psicológicas en la explicación del bienestar subjetivo es mucho más importante y podrían explicar, en mayor medida, las diferencias individuales en los niveles de bienestar y el carácter subjetivo del concepto.

2.1.1. Variables sociodemográficas.

Edad.

La edad es una de las principales variables a tener en cuenta en el envejecimiento, máxime desde una perspectiva evolutiva, tanto por su influencia en las variables psicológicas como por los cambios y modificaciones que se producen durante el desarrollo.

Por lo que respecta a la relación existente entre ambas variables, el meta-análisis basado en 119 estudios realizado por Stock, Okun, Haring y Witter (1983), concluyó que existe relación positiva entre bienestar subjetivo y edad, pero que la cantidad de varianza explicada por este factor no supera el 1%. En esta misma línea de resultados, el trabajo de George, Okun y Landerman (1985), tras su revisión de la literatura sobre el efecto de la

edad en la satisfacción vital concluyo que aunque los efectos totales y directos de la edad son triviales, la edad es un moderador importante de los efectos del estado civil, de los ingresos, y del apoyo social sobre la satisfacción vital.

También Herzog y Rodgers (1981), han confirmado en su revisión la relación positiva entre satisfacción y edad, señalando que la correlación observada adopta una relación de tipo lineal, más marcada en determinados dominios o áreas concretas de la vida (a excepción de la salud) que en la satisfacción vital general. Además, se señala que la magnitud de esta relación se incrementa cuando se suprime el efecto debido a variables como ingresos, educación y salud. De forma más específica y a partir del análisis de los componentes del bienestar subjetivo, Andrews y McKennell (1980) señalan que la edad correlaciona positivamente con el componente cognitivo pero negativamente con el afecto tanto positivo como negativo. Este decremento en la dimensión afectiva, como así queda reflejado en el estudio de Diener y Suh (1998), no significa que necesariamente se produzcan cambios en las puntuaciones de bienestar subjetivo total (Costa, McCrae y Zonderman, 1987). Otros autores como Kunzmann, Little y Smith (2000) informan precisamente de la estabilidad del bienestar subjetivo a lo largo de los años, estabilidad que puede verse amenazada por las limitaciones físicas que se incrementan conforme avanza la edad. En este sentido, el trabajo de Meléndez, Tomás, Oliver y Navarro (2009) señala la existencia de relaciones bivariadas significativas y positivas entre el bienestar y la condición física, observándose además como algunos sociodemográficos como el nivel educativo es un indicador de la satisfacción de vida, y como cuando la edad aumenta tan solo se observa una leve disminución del bienestar.

En relación al afecto negativo y su relación con la edad, cuando cambia, parece disminuir a medida que aumenta la edad, tanto en estudios transversales como en longitudinales (Mroczek y Kolarz, 1998; Charles, Reynolds y Gatz, 2001). Sin embargo, respecto al afecto positivo, los resultados parecen ser más contradictorios. Así, mientras en el estudio de Mroczek y Kolarz (1998) el afecto positivo parecía aumentar algo con la edad, otros estudios, como el de Diener y Lucas (2000) señalan que el afecto o las emociones positivas tienden a declinar ligeramente con la edad, mientras que el afecto o las emociones negativas por una parte, y la satisfacción con la vida por otra tienden a permanecer estables a lo largo del ciclo vital. Estos autores atribuyen los ligeros declives en los estados afectivos positivos a que los estados de gran activación y excitación podrían ser algo menos frecuentes o, sobre todo, menos intensos a medida que pasan los años. Otros autores, como

Ferring y Filipp (1995), indican que este cierto declive de las emociones positivas sólo se observa cuando se comparan personas mayores jóvenes y personas mayores viejas, pero no cuando comparan jóvenes y mayores.

Por tanto podemos concluir que aunque con el paso de los años se producen variaciones en algunos componentes del bienestar subjetivo como el afecto positivo y negativo, no existe un acuerdo unánime en la dirección de estas variaciones. No obstante, lo que si queda abalado por la mayoría de estudios revisados, es que el bienestar subjetivo o la satisfacción vital se mantiene bastante estable con la edad.

Género.

La revisión de la literatura muestra escasas o nulas diferencias en la variable género para los índices de bienestar personal. Por poner algún ejemplo, en el meta-análisis de Haring, Stock y Okun (1984) se halló una débil tendencia (r =.04) en los hombres a presentar puntuaciones más altas que las mujeres. Parece ser según Costa et al. (1987), que las medidas afectivas de bienestar subjetivo son más sensibles a las diferencias de género que las cognitivas, especialmente las que se refieren a afectos negativos. Mirowsky y Ross (1996) ofrecen una explicación a esta diferencia basándose en la mayor expresividad emocional de las mujeres, en lo que se conoce como la hipótesis de la tendencia de respuesta. Esta hipótesis señala que no es que las mujeres presenten un bienestar más bajo sino que expresan más abiertamente sus emociones que los hombres, especialmente cuando éstas son negativas.

Hay evidencia que muestra que el impacto del género en el bienestar subjetivo puede ser indirecto, ejerciendo su influencia a través de otras variables mediadoras. Un ejemplo de esto se puede encontrar en Hickson, Housley y Boyle (1988), que examinaron la relación entre control percibido y satisfacción vital en personas mayores. Los resultados permiten afirmar que un factor central que afecta al bienestar subjetivo es el grado de control que la persona percibe tener sobre su vida. En este sentido, los autores consideran que, culturalmente, las mujeres pueden haber aprendido más actitudes de indefensión en edades más jóvenes que los hombres y esto explicaría en parte las puntuaciones más bajas obtenidas por ellas en relación a los hombres.

Otra variable que se puede considerar mediadora entre el género y el bienestar subjetivo, es la afectividad, que según el estudio de Cardenal y Fierro (2001) muestra diferencias significativas entre hombres y mujeres. En este sentido, parece que las mujeres

no sólo son más expresivas a la hora de manifestar sus emociones, sino que también son más sensibles a los acontecimientos relevantes que ocurren en sus vidas. Acorde con esta mayor sensibilidad, Lee, Seccombe y Shehan (1991) hallaron en su muestra que era más frecuente que las mujeres autoinformaran ser muy felices. De esta manera, en general, la respuesta emocional positiva más intensa parece equilibrar su también más alto afecto negativo; lo que da lugar a unos niveles similares de bienestar subjetivo.

Estado Civil.

Desde que Durkheim (1951) evidenciara que hombres y mujeres solteros tenían una probabilidad de suicidarse mayor que los casados, numerosos estudios transversales, longitudinales y retrospectivos han mostrado una mayor prevalencia e incidencia de muchos desórdenes tanto físicos como psicológicos, así como una menor esperanza de vida entre las personas sin pareja.

Hay numerosos trabajos que demuestran que el matrimonio es uno de los mayores predictores de bienestar subjetivo y que las personas casadas informan de un mayor grado de satisfacción con la vida que las personas solteras, viudas o divorciadas (Acock y Hurlbert, 1993; Campbell, Converse y Rodgers, 1976; Glenn y Weaver, 1981; Mastekaasa, 1993; Wood, Rhodes y Whelan, 1989). Si bien las personas casadas son más felices que las solteras, este resultado no es muy fuerte y su dirección causal aún se encuentra en estudio dónde, además, la calidad de la relación matrimonial será un indicador mucho más importante de la satisfacción (Diener, 1994; Diener et al., 1999; Avia y Vásquez, 1998, Barrientos, 2005, García Martin, 2002).

Por otra parte, en algunos estudios se observan efectos cruzados entre el estado civil y el género en la repercusión del primero sobre el bienestar subjetivo. Aunque que en líneas generales se acepta la idea de que el matrimonio incrementa la percepción de bienestar personal tanto en hombres como en mujeres, existen controversias al considerar la variable estado civil en función del género como determinantes del bienestar subjetivo. En este sentido, Ball y Robbins (1986) informan que en su estudio son los hombres casados los que presentaban unos índices de satisfacción más bajos. En esta misma línea, el trabajo de (Mookherjee, 1997), encuentra que las mujeres casadas expresan una mayor satisfacción en comparación con los hombres. Por último y contrario a lo que planteaban los estudios anteriores Lee et al. (1991), ponen de manifiesto que son las mujeres las que más felices se encuentran estando solteras.

A medida que las personas envejecen, la probabilidad de enviudar y de perder a seres queridos va aumentando, y estas pérdidas se asocian con un mayor riesgo de padecer diversos cuadros psicopatológicos, especialmente desórdenes afectivos. Frecuentemente también el fallecimiento del cónyuge supone una situación de amenaza para la seguridad y el bienestar propios (por ejemplo, económico, afectivo, de realización de actividades, etc.). Este hecho es especialmente relevante en las personas mayores, donde las posibilidades de rehacer sus vidas se ven más limitadas. En este sentido, Arens (1982) comprobó los efectos indirectos de la viudedad sobre el bienestar de las mujeres a través de su efecto indirecto sobre su actividad social. En un estudio similar, Atchley (1975) había encontrado que el menor bienestar subjetivo de las viudas se relacionaba con la restricción de desplazamientos e interacciones sociales debido a la reducción de los ingresos.

Como conclusión podemos decir que la satisfacción con la familia y el matrimonio es uno de los predictores más importantes de bienestar subjetivo, aspectos que incluso ha sido evidenciado a través de los resultados del estudio longitudinal de Headey, Veenhoven y Wearing (1991), en el que de los seis dominios o áreas examinadas (matrimonio, trabajo, nivel de vida, ocio, amigos y salud), sólo la satisfacción marital tenía una influencia significativa sobre la satisfacción global.

Nivel de estudios.

Los datos aportados por Campbell (1981) entre finales de la década de los cincuenta y finales de los setenta en Estados Unidos, sugieren que la educación presenta una asociación con el bienestar subjetivo. No obstante, sus efectos no parece que sean relevantes cuando se controlan otros factores vinculados a ella como los ingresos o el status laboral (Palmore, 1979, Toseland y Rasch, 1979-1980). Es posible que la educación pueda ejercer efectos indirectos en el bienestar subjetivo a través de su papel mediador tanto en la consecución de las metas personales como en la adaptación a los cambios vitales que acontecen.

No obstante, al igual que en algunas de las variables consideradas anteriormente, nos encontramos con efectos cruzados. Así, por ejemplo, aquellas personas que tienen un mayor nivel educativo tienden a manifestar un mayor estrés cuando pierden su empleo, debido probablemente a su también mayor nivel de expectativas.

Ingresos.

En el modelo de Veenhoven (1994) sobre los determinantes de la satisfacción con la vida, uno de los cuatro factores, las "oportunidades vitales", tiene una estrecha relación con las posibilidades económicas del sujeto en relación a los estándares de la sociedad en la que vive. En este sentido, se ha registrado una correlación positiva entre ingresos económicos y bienestar, sin embargo, comparaciones entre países muestran que esta relación es así para los países pobres, pero no para los países ricos, donde la correlación es casi nula (Veenhoven, 1994; Diener, 1994; Diener et al., 1999; Avia y Vásquez, 1998, Barrientos, 2005).

Diener (1994), por su parte, sugiere que la relación entre ingreso y bienestar tendría efectos relevantes en situaciones de extrema pobreza y el bienestar podría ser afectado por factores como status y poder (los cuales al no aumentar en la misma medida que el ingreso harían que la relación no fuese lineal); por otro lado, el efecto del ingreso dependería de la comparación social, entendiendo que éste (ingreso) podría traer consecuencias positivas y negativas. En este sentido, parece ser que las personas se adaptan a su nivel económico, por lo que una pérdida de estatus puede producir infelicidad (Diener et al., 1999; Avia y Váquez, 1998, Barrientos, 2005). Más importante que la cantidad de dinero es la satisfacción con el ingreso (Avia y Váquez, 1998; Argyle, 1999). Los resultados acerca del análisis de la pobreza y el bienestar sugieren por un lado, la existencia de una relación positiva entre ambos constructos, es decir, a medida que la población empobrece, el bienestar disminuye y, por otro, que esta relación es limitada ya que la varianza del bienestar no se explica directamente por variables económicas, sino por variables psicológicas y sociales (Palomar, Lanzagorta y Hernández, 2004).

2.1.2. Características individuales.

Personalidad.

Sin duda, dentro de las características individuales relacionadas con el bienestar subjetivo, la personalidad ocupa un lugar destacado.

Por ello a partir de la evidencia empírica y según Diener et al. (1999) la personalidad y el temperamento ejercen una influencia substancial en el bienestar subjetivo. Así lo demuestran las investigaciones con gemelos y los estudios longitudinales y correlacionales realizados en el tema. Sin embargo, estos autores advierten que es un error

concluir que el bienestar subjetivo se encuentre enteramente determinado por la personalidad o el temperamento de una persona. De hecho, lo que las investigaciones señalan, más bien, es que la relación entre personalidad y bienestar subjetivo parece estar mediada por otro tipo de procesos psicológicos. Algunas personas, por ejemplo, tienen una predisposición genética para ser felices o infelices. Más aún, Diener et al. (1999) informan que los hallazgos empíricos en esta dirección provienen de estudios comportamentales genéticos de heredabilidad con gemelos monocigóticos y bicigóticos, como los realizados por Tellegen, Lykken, Bouchard, Wilcox, Segal y Rich (1988), en los que se encontró que los gemelos monocigóticos que crecían en hogares separados eran más parecidos en el afecto que aquellos gemelos bicigóticos que crecían juntos o separados. De esta forma, Tellegen y colaboradores (1988) estimaron que al menos el 40% de la varianza en el afecto positivo y el 55% del afecto negativo estaban determinados genéticamente, mientras que el ambiente familiar compartido explicaba solo entre el 22% y el 2% de la varianza del afecto positivo y negativo, respectivamente. En el mismo sentido, Diener et al. (1999) informan que en un estudio Lykken y Tellegen (1996) calcularon que el bienestar subjetivo podía ser heredable hasta en un 80%.

De todos modos, según lo indicado por Diener et al. (1999), los rasgos de personalidad que más atención teórica y empírica han recibido son la extraversión y el neuroticismo. McCrae y Costa (1986) consideran que la extraversión ejerce su influencia sobre el afecto positivo, mientras que el neuroticismo tiene una importante repercusión sobre el componente negativo. Esto les ha llevado a afirmar que estas dos dimensiones básicas de la personalidad conducen al afecto positivo y al negativo respectivamente, por lo que su trascendencia sobre el bienestar es evidente.

Diener et al. (1999) también proponen que la influencia de los rasgos de personalidad en las emociones está probablemente mediada por el ambiente en el que el individuo se encuentra inmerso. Es decir, los rasgos de personalidad pueden interactuar con el ambiente para influenciar el bienestar subjetivo. Sin embargo, la evidencia empírica en este tema es limitada y los resultados aun no son consistentes.

Autoestima y autoeficacia.

Otros rasgos de personalidad y disposiciones cognitivas asociadas al bienestar subjetivo han sido la autoestima y la autoeficacia. Tales rasgos muestran entre sí relaciones positivas, es decir, que a mayor nivel de cada una de estas disposiciones, mayor nivel de

bienestar subjetivo.

En lo referido específicamente a la autoestima, numerosos estudios han hallado una vinculación entre esta y el bienestar subjetivo (DeNeve y Cooper, 1998; Diener, 1998; Marks y Mac-Dermid, 1996; Reid y Ziegler, 1980). En este sentido, es un hecho manifiesto que la autoestima decae cuando se atraviesan períodos vitales desafortunados. Asimismo, como pone de manifiesto el estudio transcultural de Diener, Diener y Diener (1995) la relación entre la autoestima y el bienestar no es universal, sino que más bien se encuentra mediada por la cultura. Particularmente, la autoestima influye más en el bienestar subjetivo en culturas individualistas que en culturas colectivistas. No es de extrañar que en las culturas individualistas, los sentimientos positivos acerca de uno, en este caso la autoestima, correlacionen más altamente con la felicidad que en las sociedades en las que prima lo colectivo, donde esta distinción no es tan relevante para el sujeto.

En cuanto a la autoeficacia, Gómez, et al. (2007) indican que en su estudio sobre la autoeficacia, es decir, de aquellos aspectos referidos a la capacidad que sienten las personas de lograr una meta, un reto o superar una situación estresante (Bandura, 1986; Schunk y Zimmerman, 1997; Schwarzer, 1993), se evidencia que cuanto más confiada se siente una persona de lograr sus metas y objetivos en la vida, mayor nivel de bienestar subjetivo presentará.

Existen algunas variables como la percepción de control o la internalidad, entendida como tendencia a atribuir resultados a uno mismo más que a causas externas, que también se relacionan con el bienestar subjetivo (Cooper, Okamura y McNeil, 1995; Erez, Johnson y Judge, 1995) y la mayor parte de los autores defienden una mediación positiva entre estas variables, y otras relacionadas, como es el caso de la autoeficacia. Así, por ejemplo, Houston, McKee y Wilson (2000), con base en las teorías cognitivas sobre la depresión, llevaron a cabo una intervención con personas mayores que vivían solas, orientada a incrementar su percepción de eficacia así como a cambiar sus estilos atribucionales, tras la que observaron un incremento significativo en su bienestar subjetivo.

No obstante, al igual que ocurría con la autoestima, la relación entre la percepción de control y el bienestar subjetivo depende del contexto. En este sentido, Erez et al. (1995), han demostrado que unas expectativas de control excesivamente altas pueden repercutir de manera negativa sobre el bienestar subjetivo a través de la autodecepción cuando no se consiguen alcanzar los resultados esperados.

Salud percibida/subjetiva.

Se considera la salud subjetiva como una característica multidimensional del individuo, dado que cada persona valora su estado de salud en función de una serie de atributos que estima conjuntamente como pueden ser el dolor, el estado emocional, la fatiga, las capacidades visuales o auditivas, la movilidad, la capacidad de relacionarse socialmente, etc., y a partir de esta estimación, hará una valoración subjetiva de su estado de salud.

Existen numerosos trabajos científicos que tratan de relacionar el bienestar subjetivo con la salud percibida, destacando por ser uno de los primeros el realizado por Campbell el al. (1976), que señala que aunque la salud sea valorada por los sujetos como el factor más importante para la felicidad, la satisfacción con aquélla es, sin embargo, el octavo predictor en importancia con relación a la satisfacción con la vida. De forma más concreta el estudio de Mancini y Orthner (1980), estableció junto con la salud, el control de otras variables como la realización de actividades lúdicas, y esto les permitió concluir que es la influencia de la salud sobre la posibilidad de llevar a cabo este tipo de actividades lo que determina la relevancia de la salud en el bienestar subjetivo de los sujetos analizados. Finalmente señalar que algunos autores como Harris, Pedersen, Stacey y McClearn (1992) o Struthers, Chipperfield y Perry (1993) han encontrado que la relación entre la salud subjetiva y el bienestar personal experimenta cambios conforme avanza la edad, modificándose los factores que median en esta relación e incrementándose el peso de aquéllos que están más vinculados a las características personales del sujeto como el valor o importancia que se le otorga a su salud.

De este modo, parece ser que la percepción que el sujeto tiene de su propia salud, así como la importancia que cada persona le conceda a ésta puede determinar y modificar el bienestar personal. Por tanto las personas que se valoren como saludables, verán incrementada la posibilidad de llevar a cabo actividades gratificantes para ellos y harán una valoración positiva de su satisfacción personal.

Orientación al Logro de Metas.

Las personas con alta orientación al logro de metas, se hallan orientadas hacia los resultados y poseen una motivación muy fuerte para cumplir sus objetivos y sus exigencias, no vacilan en afrontar objetivos desafiantes y en asumir riesgos calculados, recaban la información necesaria para reducir la incertidumbre y descubrir formas más adecuadas de

llevar a cabo las tareas en las que se hallan implicados. Además buscan información respecto a sus logros, es decir buscan una retroalimentación de las tareas realizadas.

Según Diener et al. (1999), la relación entre bienestar subjetivo y las metas está mediada no solo por el hecho de que las personas tengan unas metas de vida claras, sino también por el progreso obtenido para alcanzarlas. Al parecer, el compromiso personal con las metas genera un sentido de autoeficacia que a su vez genera felicidad (Cantor y Sanderson, 1999). Para estos últimos autores, las metas también pueden estar mediadas por la cultura y por los valores sociales, pues, para que la consecución de metas conduzca a un mayor nivel de bienestar o felicidad, estas deben ser congruentes y valoradas culturalmente (Cantor y Sanderson, 1999). Más concretamente, Diener et al. (1999) comentan que el hecho de que las metas sean congruentes con las aspiraciones de vida y los recursos personales de los individuos determina el nivel de afecto positivo y negativo (Carver y Scheier, 1998), al igual que el progreso hacia las metas (Hsee y Alberson, 1991) y el nivel de satisfacción que generan (Emmons y King, 1988). Por último, la ambivalencia y el conflicto en las metas conlleva al afecto negativo (Emmons, 1986).

Capacidad de adaptación y estrategias de afrontamiento.

La capacidad de adaptación es el proceso por el cual un grupo o un individuo modifica sus patrones de comportamiento para ajustarse a las normas imperantes en el medio social en el que se mueve. Al adaptarse, un sujeto abandona hábitos o prácticas que formaban parte de su comportamiento y adquiere otros en consonancia con las expectativas que se tienen de su nuevo rol.

Por tanto, la idea de la adaptación o habituación de los individuos a sus condiciones de vida es central para el estudio del bienestar subjetivo en las personas mayores, ya que estas deben adaptarse continuamente a los cambios que van surgiendo con el proceso de envejecimiento.

Según Diener et al. (1999), lo que han mostrado las investigaciones en el tema son dos tendencias generales: primero, se considera que los eventos de vida estresantes recientes tienen mayor impacto en el estado emocional y, por lo tanto, en el bienestar subjetivo, que los ocurridos en el pasado. Segundo, se ha observado que las personas tienden a adaptarse muy rápidamente a las nuevas circunstancias de la vida (Suh, Diener y Fujita, 1996; Headey y Wearing, 1989). Así, las investigaciones sobre este tema han demostrado que aunque el miedo y la tristeza fueron las emociones predominantes al

momento de un accidente en pacientes cuadrapléjicos y parapléjicos, el afecto positivo predominaba tan solo 8 semanas después del accidente (Silver, 1982). De igual forma, en otro estudio se encontró que los ganadores de la lotería, trascurridos unos meses, no fueron más felices que el grupo de control o que pacientes con lesiones medulares (Brickman, Coates y Janoff-Bulman, 1976).

De lo anterior, se puede deducir que las personas se adaptan más rápidamente a ciertos eventos que a otros. En este sentido, entre los eventos de vida que toman más tiempo para la adaptación se encuentran la pérdida de un ser querido (Stroebe, Stroebe, Abakoumkin, y Schut, 1996) o la aceptación de enfermedades crónicas y degenerativas como el Alzheimer (Vitaliano, Russo, Young, Becker y Maiuro, 1991). Por su parte, Frederick y Loewenstein (1999) encontraron que las personas tienden a adaptarse rápidamente a situaciones como estar en prisión y aumentos en sus ingresos.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se ha encontrado que algunas de estas estrategias se relacionan más estrechamente con el bienestar subjetivo que otras (Diener et al., 1999). Por ejemplo, estrategias como encontrar un significado positivo en medio de una situación negativa, o aquellas dirigidas a resolver directamente los problemas, así como a encontrar un significado espiritual en medio de las dificultades, o aquellos comportamientos como la búsqueda de ayuda, el apoyo social y la acción racional, entre otros, han sido asociados a altos niveles de bienestar subjetivo. Por el contrario, el afrontamiento neurótico, la negación o el afrontamiento emocional correlacionan con bajos niveles de bienestar subjetivo (Diener et al., 1999; Folkman, 1997; McCrae y Costa, 1986).

2.1.3. Variables comportamentales y acontecimientos vitales.

Las actividades que las personas realizan en su vida cotidiana repercuten en su posterior estado de ánimo, al verse influido este por el nivel de satisfacción que les produce el poder llevarlas a cabo. No obstante, cuando se ha tratado de estudiar de una manera más sistemática la influencia que estas actividades ejercen sobre el bienestar subjetivo, los investigadores han tropezado con los problemas derivados de la amplitud o vaguedad del término; así, el concepto de actividad puede aplicarse a cosas tan dispares como contactos sociales, actividades físicas, culturales, viajes, aficiones, participación en actos religiosos o en organizaciones formales, etc. Se ha podido comprobar que la participación social, y los contactos sociales, que de ella se derivan, presentan correlaciones positivas con medidas de bienestar personal, como así lo confirman diversos estudios (Bowling, 1988-1989;

Haditono, 1986; Olsen, 1980).

Esta conclusión es reafirmada por el meta-análisis llevado a cabo por Okun, Stock, Haring y Witter (1984), en el que sus resultados indican que la actividad social se relaciona significativamente con los indicadores de bienestar subjetivo, incrementándose el porcentaje de varianza explicada por esta variable cuando se controlan otras covariables. Otros estudios han encontrado que es la cualidad (por ejemplo, intimidad, compañerismo, etc.) más que la frecuencia de la actividad social lo que se relaciona con el bienestar subjetivo (García Martín, 2002).

Por otra parte, numerosos trabajos han demostrado la importancia de examinar los acontecimientos vitales en su repercusión sobre el bienestar (Diener, 1984; Eronen y Nurmi, 1999; Murrell y Norris, 1984; Reich y Zautra, 1988; Suh, Diener y Fujita, 1996). La relación de estos eventos con el bienestar subjetivo es consistente pero modesta. Por ejemplo, diversos estudios con muestras de jóvenes señalan que los sucesos valorados como negativos se relacionan con la enfermedad (Tausing, 1982; Zuckerman, Oliver, Hollingsworth y Austrin, 1986). En otros trabajos, se observa que otras características de estos acontecimientos como, por ejemplo, el grado en que la persona percibe control sobre ella misma (Reich y Zautra, 1981) o su alcance (Hughes, George y Blazer, 1988), indican que la manera en la que son percibidos por el sujeto influye considerablemente sobre su bienestar subjetivo. En general, los acontecimientos positivos se relacionan más intensamente con medidas positivas de bienestar subjetivo, mientras que se observa el mismo patrón entre los eventos negativos y medidas de bienestar del mismo signo (French, Gekoski y Knox, 1995). En este sentido, se ha comprobado que las personas que experimentan muchos eventos positivos y escasos negativos, presentan puntuaciones en bienestar subjetivo mayores que aquellos que tienen que hacer frente a muchas adversidades sin que estas se vean acompañadas de un alto número de experiencias positivas. Frente a estos, aquellos otros que manifestaron tener muchas o escasas vivencias de ambos signos, presentaban puntuaciones intermedias (Eronen y Nurmi, 1999).

En conclusión, para autores como Diener et al. (1999), los últimos años de investigación han ampliado el conocimiento sobre el tema, y la contribución más importante tiene que ver con el entendimiento de que los factores externos son responsables de un efecto pequeño en la explicación de la varianza del bienestar subjetivo, en tanto que los factores psicológicos, al moderar la influencia de los eventos de vida en el bienestar

subjetivo, tienen un efecto significativamente mayor y pueden explicar mejor la variabilidad del bienestar subjetivo.

3. Concepción eudaimónica. Bienestar psicológico.

Frente a la concepción del bienestar subjetivo ligado a los conceptos de felicidad y satisfacción vital, en las últimas décadas se ha alzado una concepción alternativa a la cual le interesa investigar el desarrollo y crecimiento personal, los estilos y maneras como las personas enfrentan los retos vitales y el esfuerzo e interés por conseguir lo que deseamos.

Así, esta concepción del bienestar, a la que denominamos siguiendo a autores como Ryff (1989) o Ryan y Deci (2001b) "bienestar psicológico", sitúa el bienestar en el proceso y consecución de aquellos valores que nos hacen sentir vivos y auténticos, que nos hacen crecer como personas y no tanto en las actividades que nos dan placer o nos alejan del dolor.

Waterman (1993) es uno de los primeros autores en caracterizar el bienestar psicológico y diferenciarlo del bienestar subjetivo tradicional. Este autor vincula la concepción eudaimónica del bienestar a lo que él denomina sentimientos de "expresividad personal". Este tipo de estados los vincula a experiencias de gran implicación con las actividades que la persona realiza, de sentirse vivo y realizado, de ver la actividad que se realiza como algo que nos llena, de una impresión de que lo que hacemos tiene sentido.

Por su parte Fierro (2000), asocia el bienestar psicológico con el potencial o la posibilidad activa de "bien-estar" y "bien -ser" entendida como una disposición a cuidar la propia salud mental de modo que la persona responsablemente puede crear vivencias positivas o experiencias de vida feliz estando consciente de ello. Desde este punto de vista el bienestar psicológico puede ser concebido como un potencial innato, y al mismo tiempo, como un potencial adquirido y modificable, resultante de una adecuada gestión de la propia experiencia, pero además como un indicador de la capacidad de auto-cuidarse y manejarse en la vida presente de la persona.

En esta misma línea, González-Méndez (2005) vincula el bienestar psicológico con el estado mental y emocional que determina el funcionamiento psíquico óptimo de una

persona de acuerdo a su paradigma personal y al modo de adecuarse a las exigencias internas y externas del entorno físico y social. Así mismo, relaciona el bienestar con las creencias que orientan las acciones de las personas y el significado atribuido a sus experiencias previas. Además, asocia el bienestar con el poseer experiencias aceptadas y asimiladas cognitiva y emocionalmente de manera satisfactoria, con la capacidad de rechazar aquellas consideradas como inconvenientes y con la habilidad de adaptarse a diversas circunstancias con flexibilidad.

Otros investigadores, entre ellos Salotti (2006) y Salanova, Martínez, Bresó, Gumbau y Grau (2005) señalan que el bienestar psicológico es el resultado de la percepción sobre logros alcanzados en la vida y el grado de satisfacción personal con lo que se ha hecho, se está haciendo o puede hacerse. En esto coincide con Diener (1984) uno de los investigadores más destacados en el estudio del bienestar subjetivo para quien la experiencia frecuente y prolongada del afecto positivo en la persona, y la baja frecuencia y corta duración de estados de ánimo negativos son indicadores determinantes. De este modo, un elevado grado de bienestar dependerá de si la apreciación positiva sobre la vida perdura a lo largo del tiempo; y por el contrario, el bajo bienestar dependerá del desajuste entre las expectativas personales y los logros alcanzados.

Desde una perspectiva quizá más amplia y por ser una de las autoras que más ha trabajado el tema, Ryff (1995) comenta que "una caracterización más ajustada del más alto de los bienes humanos, es definirlo como el esfuerzo por perfeccionarse y la realización del propio potencial". Así, el bienestar psicológico tendría que ver con tener un propósito en la vida, con que la vida adquiera significado para uno mismo, con los desafíos y con un cierto esfuerzo con superarlos y conseguir metas valiosas, mientras que el bienestar subjetivo tendría que ver más con sentimientos de felicidad, de ausencia de problemas y de presencia de sensaciones positivas. Por poner un ejemplo extremo, una persona que esté experimentando sufrimiento y dolor (es decir, un bajo bienestar subjetivo) podría al mismo tiempo experimentar un gran bienestar psicológico si contempla ese sufrimiento como algo con significado desde su perspectiva que le hace convertirse en mejor persona. En resumen, y como comenta George (2000), "la perspectiva del bienestar psicológico enfatiza el funcionamiento positivo más que los sentimientos positivos".

A la hora de sistematizar que se entiende por bienestar psicológico, Ryff (1989) desarrolla uno de los primeros trabajos y de mayor relevancia en la comunidad científica al

respecto de la estructura del bienestar psicológico, donde se intenta encontrar criterios y cualidades concretas y estables que permitan hablar de bienestar y explorar en qué medida la persona cumple esos criterios o posee esas cualidades, mientras que en el caso del bienestar subjetivo, la única medida es la experiencia subjetiva.

Para establecer estos criterios Ryff (1989) se fundamenta en distintos precedentes, recogiendo corrientes tanto médicas como psicológicas, que abogan por la definición positiva de la salud más allá de la ausencia de enfermedad, como las propuestas de Jahoda (1958); que analizan no tanto la patología sino más bien la posibilidad de alcanzar un funcionamiento psicológico pleno, como las propuestas de Maslow (1968); o que se basan en una concepción evolutiva que enfatiza el cambio y el progreso de la persona a lo largo de la adultez, como la propuesta de Erikson (1959).

Pero, posiblemente, el cambio central fue integrar todas estas perspectivas en algo coherente en su conjunto, identificando los puntos de convergencia de todas estas formulaciones de pensamiento positivo. Así, y a partir de estos antecedentes, Ryff (1989) define seis dimensiones de las que constaría el bienestar psicológico y construye un instrumento para poder medirlas. Las dimensiones que Ryff identifica a partir de las fuentes antes mencionadas son seis: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, dominio del ambiente, autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida.

- ✓ Autoaceptación, que sería uno de los criterios centrales del bienestar. Significa algo más que conocerse a sí mismo y tener una percepción precisa de las propias acciones, motivaciones y sentimientos; incluye la necesidad de alcanzar una visión positiva de uno mismo. Tal y como indica Triadó (2003), esta dimensión implica el mantenimiento de una actitud positiva hacia sí mismo, reconociendo y aceptando la multiplicidad de aspectos que lo componen, incluyendo componentes positivos y no tan positivos. De este modo, se parte de que las personas intentan sentirse bien consigo mismas, incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones.
- ✓ Relaciones positivas con los demás. Para Jahoda (1958), el afecto a los demás es una de las fuentes principales del bienestar, siendo la capacidad de amar el componente central de la salud mental positiva. Para Triadó (2003), esta dimensión implica la capacidad de mantener

unas relaciones estrechas con otras personas, basadas en la confianza mutua y la empatía, así como ser capaz de preocuparse genuinamente por el bienestar del otro.

- ✓ Dominio del ambiente, que se refiere a la existencia de un sentido de dominio y control en el manejo de los entornos en los que se está implicado. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.
- ✓ Autonomía, que se relaciona con las cualidades de autodeterminación y la capacidad para resistir la presión social y evaluarse a sí mismo y las situaciones en las que se está en función de criterios personales. Para poder sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales, las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones (autodeterminación), y mantener su independencia y autoridad personal (Ryff y Keyes, 1995). Las personas con autonomía son capaces de resistir en mayor medida la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento (Ryff y Singer, 2002).
- ✓ Propósito en la vida, definido como el sentido de que la vida tiene significado, y que este significado es capaz de integrar las experiencias pasadas con el presente y lo que traerá el futuro. Incluye la presencia de objetivos vitales definidos.
- ✓ Crecimiento personal, que haría referencia a la visión de uno mismo como abierto a nuevas experiencias que nos enriquezcan y permitan realizar todo nuestro potencial. Así, de todos los aspectos del bienestar, este es el más cercano al significado de la eudaimonía, relacionado explícitamente con la autorrealización del individuo.

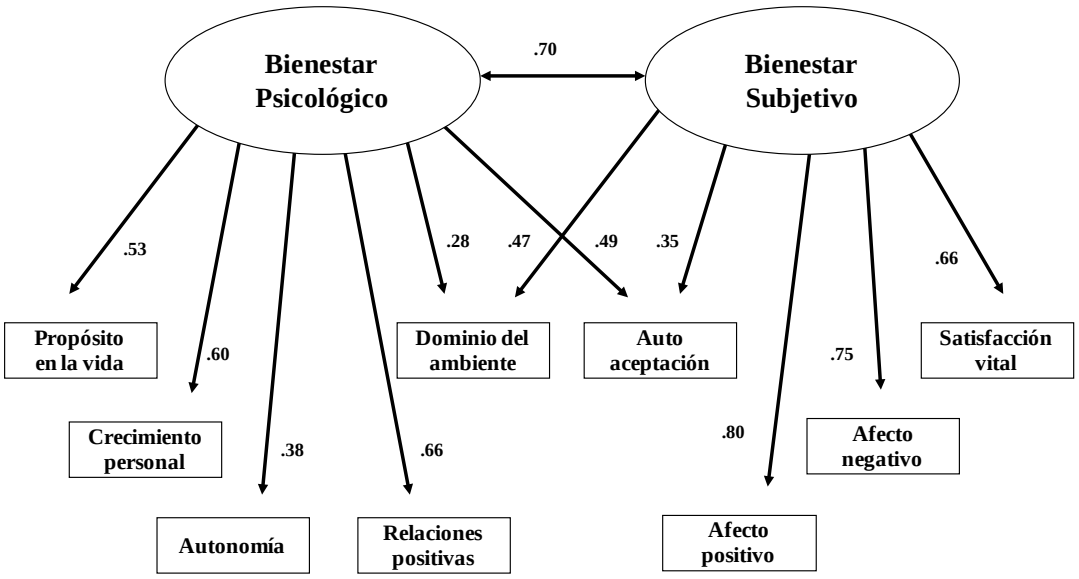
A partir de la definición del bienestar psicológico, Ryff (1989) elabora las Escalas de Bienestar Psicológico (Scales of Psychological Well-Being, SPWB), en cuya descripción no nos detendremos en este momento, ya que se hará mención a ellas en el apartado de instrumentos, puesto que es uno de los instrumentos utilizados en este estudio.

Tras la definición de Ryff (1989) de los componentes que formarían parte del

bienestar psicológico, se trató de hacer una distinción entre éste y el bienestar subjetivo, y explorar si existía alguna relación entre estas dimensiones del bienestar psicológico y las medidas de bienestar subjetivo. A continuación presentamos algunas investigaciones con éste propósito.

Los datos de los que disponemos hasta el momento parecen indicar que el bienestar psicológico tal y como es medido por Ryff es un concepto relacionado, aunque distinto, del bienestar subjetivo. Por ejemplo, en un estudio cualitativo con personas mayores y de mediana edad, Ryff (1989) comprobó cómo muchos de los participantes mencionaban la importancia tanto de la felicidad como de los desafíos en su definición de lo que es el bienestar. Desde un enfoque cuantitativo, Ryff y Keyes (1995) indican que algunas dimensiones del bienestar psicológico (en concreto, la autoaceptación y el dominio del ambiente) parecen estar relacionas con medidas de felicidad y satisfacción con la vida (es decir, con medidas de bienestar subjetivo), mientras que las dimensiones que quizá representan de manera más genuina el sentido del bienestar psicológico (propósito en la vida y el crecimiento personal) no muestran apenas relación con las medidas de bienestar subjetivo. Este planteamiento fue corroborado posteriormente por Keyes, Shmotkin y Ryff (2002), y utilizando una muestra representativa de la población de Estados Unidos y mediante el análisis factorial confirmatorio, se obtuvo que el modelo de relación que más se ajustaba a los datos era precisamente el indicado por Ryff y Keyes (1995) y que se observa en la siguiente figura 3.1.

Figura 3.1. Modelo de bienestar con dos factores (Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002).



Según (Keyes et al., 2002) el modelo que más se ajustaba a los datos presentaba las siguientes características:

- Ambos constructos (bienestar subjetivo y bienestar psicológico) estaban relacionados de una manera global.
- Pese a ello, ambos poseían dimensiones únicas que no compartía el otro. En el caso del bienestar psicológico, estas dimensiones únicas incluían el propósito en la vida y el crecimiento personal.
- Existían áreas de solapamiento entre los dos constructos, áreas que incluían las dimensiones de autoaceptación y competencia ambiental, que parecían estar relacionadas tanto con el bienestar psicológico como con el subjetivo.

Una vez hecha la distinción entre bienestar subjetivo y psicológico, nos disponemos a exponer algunas investigaciones que se han centrado en la trayectoria evolutiva del bienestar psicológico, dado que el interés de éste trabajo es el estudio del bienestar psicológico de las personas mayores, con especial atención en los últimos años de la vida, en los que tienen que adaptarse a nuevos estados psicosociales y físicos.

A pesar de que estos cambios son inevitables, los ancianos se adaptan a estas nuevas situaciones, replanteándose sus metas y desafíos, y adaptándolas a sus nuevas capacidades sociales, psicológicas y físicas; es por esta razón que muchos de ellos informan altos niveles de bienestar, pues sus metas ya no son las misma que tenían tiempo atrás, lo que disminuye la frustración al fracaso cuando no se puede llegar a concretar las metas propuestas a esta edad (Zamarrón, 2006).

Respecto a las medidas de bienestar psicológico de las dimensiones propuestas por Ryff, algunas dimensiones muestran claros efectos de la edad, mientras otras permanecen estables. En concreto, y dentro de las dimensiones que permanecen relativamente estables, encontramos la “autoaceptación”, precisamente una de las dimensiones más relacionadas con el bienestar subjetivo. Junto con ella, en la dimensión “relaciones positivas con los demás” tampoco se aprecian diferencias entre grupos de edades diferentes. Por lo que respecta a la dimensión “dominio del ambiente” (la otra que parece estar más relacionada con el bienestar subjetivo), tiende a ser mayor en las personas mayores y de mediana edad que en los jóvenes, pero permanece estable de la mediana edad a la vejez. Un patrón similar sigue la dimensión “autonomía”, aunque en este caso el crecimiento de la juventud a la

mediana edad es menos acusado. Por último, las restantes dos dimensiones ("propósito en la vida" y "crecimiento personal") muestran un decrecimiento a lo largo de los diferentes momentos vitales estudiados, siendo este decrecimiento especialmente acusado al comparar personas de mediana edad y personas mayores (Ryff, 1989).

Este último hallazgo es especialmente relevante si tenemos en cuenta que son estas dos dimensiones ("propósito en la vida" y "crecimiento personal") las más características de la definición de bienestar psicológico y las que más se apartan de las tradicionales medidas de bienestar subjetivo.

Por otra parte, y exclusivamente con población anciana, Navarro, Meléndez y Tomás (2007), observaron relaciones lineales de decremento entre la edad y tres de las dimensiones de Ryff, dominio del ambiente, crecimiento personal y propósito en la vida. Los citados autores indican que el descenso en la dimensión dominio del ambiente, posiblemente tiene que ver con el mayor uso de estrategias acomodativas, lo cual implica una modificación de objetivos, reduciendo el nivel de aspiración, desimplicándose de ciertos objetivos o estableciendo parámetros alternativos de comparación para evaluar la situación actual. En esta misma línea, y en relación al descenso en las dimensiones crecimiento personal y propósito en la vida según aumentaba la edad, indican que puede tener una doble explicación, de una parte, mientras que la esperanza de vida es cada vez mayor, el contexto sigue ofreciendo oportunidades reducidas para este grupo de edad, lo cual no favorecería ni el crecimiento ni el desarrollo personal.

3.1. Determinantes del Bienestar psicológico.

Por medio de la investigación psicológica centrada en los aspectos positivos de la vida cotidiana se ha podido identificar una gran variedad y multiplicidad de factores determinantes del bienestar psicológico.

3.1.1. Variables sociodemográficas.

Edad.

En cuanto a la edad, Ryff (1989), realizó un estudio para examinar la influencia de esta en las dimensiones del bienestar psicológico. Para realizar este estudio se establecieron tres grupos para la variable edad, correspondientes a adultos jóvenes (promedio de 20 años), adultos medios (promedio de 50 años) y adultos mayores (promedio de 75 años). Los resultados mostraron que los adultos medios presentaban mayores puntuaciones que los

adultos mayores en propósito en la vida y que los adultos jóvenes en autonomía. En este mismo estudio se encontró que las personas más jóvenes informaron menores puntuaciones en dominio del ambiente en comparación con los más mayores, mientras que los adultos mayores obtuvieron menores puntajes que los otros dos grupos en crecimiento personal.

En el mismo sentido, en el estudio realizado por Meléndez, Tomás y Navarro (2008), también se encontró un ligero pero claro descenso en las dimensiones crecimiento personal y propósito en la vida según aumentaba la edad. Este descenso puede tener una doble explicación; por una parte, mientras que la esperanza de vida es cada vez mayor, el contexto sigue ofreciendo oportunidades reducidas para este grupo de edad, lo cual no favorecería el crecimiento ni el desarrollo personal.

Género.

En cuanto a posibles diferencias de género en el bienestar psicológico de los adultos mayores la evidencia no es consistente. Algunos estudios han encontrado que las mujeres informan menores niveles de bienestar, mayores niveles de agotamiento y menor actividad física que los hombres (Alvarado, Zunzunegui, Béland y Bamvita, 2008; Barrantes, 2006). Sin embargo, también hay estudios que señalan mayores niveles de bienestar psicológico en las mujeres, lo cual podría explicarse por su mayor estabilidad emocional con el aumento de la edad, y la comparación social que realiza la persona en la evaluación de las circunstancias objetivas que vive (Hicks, Epperly y Barnes, 2001; Pinguart y Sorensen, 2001). Otra posible explicación sería que al envejecer los hombres se tornan más dependientes ante la pérdida del rol laboral que los define socialmente, en tanto las mujeres mantienen en mayor medida su rol social, al cuidar de su grupo familiar (Stefani, 2004).

En el estudio realizado por Ryff (1989), para analizar la relación entre las dimensiones del bienestar psicológico y el género, la única diferencia significativa que se encontró era que las mujeres mostraban mayor nivel que los hombres en la dimensión relaciones positivas con otros, no existiendo un efecto de interacción entre la edad y el género. No obstante en un estudio con adultos suecos, Lindfors, Berntsson y Lundberg (2006) encontraron que además de la diferencia de género señalada en relaciones positivas con otros, las mujeres también presentaban mayor nivel en propósito en la vida y los hombres presentaban mayor nivel que las mujeres en dominio ambiental.

Estado civil.

El estado civil es otra variable que puede influir en el bienestar psicológico en el contexto del envejecimiento. Pinguart y Sorensen (2001) señalan que los adultos mayores casados poseen un importante recurso de apoyo y validación de parte de su pareja, por lo cual las personas divorciadas serían más propensas a enfermar y presentan mayores índices de mortalidad y accidentes que aquellas casadas.

También se ha demostrado que el bienestar psicológico y sus distintas dimensiones pueden guardar relación con el estado civil del adulto mayor, principalmente esta diferenciación se da en dos de sus dimensiones que serían el dominio del ambiente y las relaciones positivas con los demás, en las que serían las personas casadas frente a las solteras las que puntuarian más alto en estas dimensiones (Meléndez, 1997; Molina y Meléndez, 2006), por tanto, la función de apoyo del cónyuge sería un importante determinante a la hora de anlizar variables de tipo personal y de adaptación.

Nivel de estudios.

En estudios de predicción de los componentes del bienestar, el nivel de estudios se ha asociado positivamente con los componentes del bienestar (Ryff, 2002). En concreto, en el estudio de (Oliver, Navarro, Meléndez y Molina., 2009), en el que se utilizó un odelo de ecuaciones estructurales para predecir tanto la capacidad par llevar a cabo las ABVD, como el bienestar, se obtuvo que el nivel de estudios fué el indicador que más relaciones mostró con las variables del modelo a predecir. Sus resultados finales mostraron que las relaciones del nivel de estudios fueron siempre positivas, tanto con el nivel de dependencia (para las ABVD) como con las dimensiones propias del bienestar subjetivo (dominio del ambiente) y psicológico (crecimiento personal y propósito en la vida).

Contexto socio-cultural.

En cuanto a la influencia del contexto socio-cultural, puede afirmarse que la mayoría de la gente ha internalizado a través de sus relaciones con el entorno cultural, social y afectivo inmediato, una gran diversidad de creencias acerca del significado de “estar bien” “sentirse bien” o “tener bienestar”. Estas creencias han sido reproducidas de manera diferencial a través de dos tendencias: el individualismo y el colectivismo (Triandis, 1994; D´Anello, 2006).

Según estos autores, la tendencia al colectivismo supone ciertos riesgos en el

disfrute y conservación del bienestar psicológico, sobre todo en aquellos casos en que las personas han privilegiado en sus vidas el cumplimiento de normas y las exigencias de su grupo de referencia, del trabajo, de su familia o de su comunidad; mientras que la tendencia al individualismo aumenta por el contrario, la probabilidad de anteponer las propias necesidades psicológicas y las metas personales, al bienestar psicológico compartido. Desde esta perspectiva, dentro de las instituciones y mediaciones culturales en cada contexto socio-cultural se podría fomentar estratégicamente en las personas desde temprana edad y en el transcurso de toda la vida, el mantenimiento del equilibrio entre las demandas internas individuales y las expectativas ajenas, disminuyendo así el riesgo de que prevalezcan en ellas: la anomia, la alienación, el narcisismo y el egocentrismo.

Así, las medidas de bienestar psicológico sí parecen sensibles a cambios objetivos en las condiciones de vida, cambios no referidos únicamente a la edad, sino también por otras variables de tipo sociodemográfico, como el nivel de estudios, el nivel de ingresos o ciertos indicadores del estado de salud objetivo (Villar, et al., 2003).

3.1.2. Características individuales.

Personalidad.

En relación con las variables personalísticas, Bisquerra (2000) afirma que existen dos rasgos de la personalidad favorables al bienestar: la extroversión y la felicidad. Desde su punto de vista, las personas extravertidas y felices suelen ser aspirantes en su desempeño y estatus profesional, tienen más facilidad de establecer amistades y conservarlas, se muestran más seguras de sí mismas, aprenden más rápido participando en actividades grupales, tienden a interpretar positivamente diferentes situaciones de la vida, son menos hostiles y vulnerables, más enérgicas y decididas, más creativas y cooperadoras, más organizadas en el uso del tiempo; tienden a ser más estables emocionalmente, autónomas o autodeterminadas en lo que hacen, que las personas introvertidas o que se han definido a sí mismas como “infelices”.

También se han identificado otras características personales vinculadas con el bienestar psicológico, entre ellas: poseer un nivel adecuado de autoestima y autoeficacia, tener la habilidad para adaptarse a las exigencias de una situación imprevista o novedosa, ser tolerante a la frustración, poder manejar adecuadamente el estrés, demostrar capacidad afiliativa y de iniciativa, ser optimista, poseer objetivos vitales y proyecto de vida (García-Viniegras y López, 2005).

Csikszentmihalyi (1998, 2005) coincide con los autores citados, al afirmar que la presencia de rasgos autotélicos de la personalidad facilita la experiencia subjetiva de bienestar. De acuerdo a sus hallazgos, las personas autotélicas tienen mayor probabilidad de vivenciar la experiencia óptima de flujo de la energía psíquica en la conciencia al percibirse a sí mismas de manera positiva, específicamente cuando se concentran en objetivos claros y realistas y se proponen superar situaciones desafiantes probando de manera autónoma sus habilidades personales. Otros rasgos autotélicos son: la capacidad de comprometerse emocionalmente con lo que hacen evidenciando un alto nivel de motivación intrínseca que les conduce a ser cada vez más creativas, a descubrir sus propias estrategias personales encontrando el modo de transformar los sucesos destructivos, negativos o neutros, y así mismo, las tareas impuestas u obligatorias en algo valioso o significativo. Las personas autotélicas suelen dedicar tiempo a la práctica de actividades vinculadas con el arte, el deporte, la religión o el cultivo de la espiritualidad, diferenciándose e integrándose socialmente al mismo tiempo, en la medida en que sus personalidades evolucionan.

Autoestima.

La autoestima es un importante indicador de salud y bienestar, y se define generalmente como una actitud o sentimiento positivo o negativo hacía la persona, basada en la evaluación de sus propias características, e incluye sentimientos de satisfacción consigo mismo (Sebastián, Manos, Bueno y Matero, 2007).

La importancia de la autoestima radica en que es un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional, cognitivo y práctico, afectando de un modo importante todas las áreas de la vida (Miranda, 2005). En algunas investigaciones se propone que ésta va disminuyendo durante la edad madura y la vejez (Matad, 2004).

Para la tercera edad, la autoestima es clave, debido a que el anciano debe valorar sus habilidades y características, las cuales han sufrido cambios objetivos en comparación con años atrás. La dificultad radica principalmente en el contexto en el cual se realiza esta evaluación, ya que el anciano se encuentra en una situación física, social y culturalmente menoscabada, motivo por el cual se sienten rechazados y perciben que la sociedad los valora negativamente, debido al mayor aprecio de los valores asociados a la belleza juvenil por parte de la sociedad y del menor aprecio a la experiencia y sabiduría, como valores propios de la ancianidad (Trujillo, 2005).

Entre los aspectos más importantes de la autoestima se encuentran todas aquellas

conductas promotoras de salud, que actuaría por medio de un efecto directo a través del enfrentamiento a retos y amenazas o indirectos a través del afrontamiento al estrés, por tal motivo es trascendental su mantención y promoción para mantener niveles de bienestar adecuados, con adultos mayores participando activamente en la consecución de tareas relacionadas principalmente con su estado de bienestar y salud (Sánchez, Aparicio y Dresh, 2006).

Por tanto, la autoestima es uno de los elementos psicológicos más importantes en la valoración del adulto mayor, sobre la cual se requiere especial atención y fortalecimiento en el trabajo diario con el anciano.

Autoeficacia.

La autoeficacia se entiende como el conjunto de creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros o resultados. La importancia de la autoeficacia radica en que hace referencia a la confianza que tiene la persona en sus capacidades para lograr los cursos de acción necesarios para alcanzar los resultados deseados y determinaría la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta y cómo las personas recuperarán su estabilidad en la vida frente a situaciones adversas.

Para los adultos mayores la autoeficacia conlleva un significado mucho más allá de la superación de tareas del orden físico, y su importancia se asocia al sentimiento de poder ser capaces de participar en la solución de conflictos que surgen en su vida cotidiana, aportando soluciones; todo esto les permite crear estrategias de afrontamiento necesarias para hacer frente a las adversidades.

Los ancianos que no perciben niveles adecuados de autoeficacia tienden a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre sus capacidades, ya que no son capaces de solucionar aquellos estresores propios de la ancianidad; es más difícil para ellos motivarse con las capacidades que ahora poseen y así lograr sus metas. En consecuencia realizan una valoración negativa de su vida y esto se traduce en bajos niveles de bienestar psicológico; del modo opuesto, las personas mayores con percepción de autoeficacia facilitan la cognición de las habilidades propias, actuando con pensamientos motivadores para acción que les proporcionará niveles elevados de bienestar psicológico (San Juan, Pérez y Bermúdez, 2000).

Salud subjetiva.

La percepción que la propia persona tenga sobre su salud, tendrá importantes repercusiones sobre el nivel de bienestar psicológico. Así, la valoración que realizan las personas sanas sobre su salud, estará marcada por un sentimiento positivo de uno mismo, un sentimiento de control personal y una visión optimista del futuro. Estas influencias sobre la valoración de la salud actuarán como recursos que permitirán a las personas afrontar las dificultades diarias y cobrarán mayor importancia a la hora de afrontar situaciones que pueden ser intensamente estresantes e incluso amenazantes para la propia existencia (Taylor, Kemeny, Reed, Bower y Gruenewald, 2000). Por tanto, tener un buen estado de salud física y mental no sólo debe consistir en carecer de enfermedades o trastornos, sino de disfrutar de una serie de recursos y capacidades que permitan resistir adversidades (Almedom y Glandon, 2007). Y lo que es aun más importante desde la perspectiva de la salud positiva, ese estado de bienestar va a favorecer que la persona alcance un mayor desarrollo psicológico, social y comunitario (Fredrickson, 2009).

También existen datos crecientes sobre la asociación entre el bienestar psicológico y algunos indicadores biológicos de salud, de hecho se ha encontrado que este tipo de bienestar suele tener una relación más consistente con la salud física que las medidas de bienestar hedónico (Vázquez y Castilla, 2007). Las razones de este hallazgo no son claras, pero es posible que el bienestar eudaimónico esté relacionado con mecanismos de regulación afectiva a medio y largo plazo a través de búsqueda de conductas de supervivencia y de ajustes a las demandas del medio (ej. Dar sentido a la experiencia, buscar lo positivo de lo que nos sucede, efectuar ajustes de objetivos vitales, etc.), mientras que el bienestar hedónico, aunque importante subjetivamente, esté más relacionado con la satisfacción y disfrute de circunstancias inmediatas (Vázquez y Castilla, 2007).

Por otro lado el grupo de Ryff ha hallado algunos resultados relevantes al tratar de relacionar las diferentes dimensiones propuestas del bienestar psicológico y la incidencia de algunas enfermedades. En concreto, en muestras de mujeres mayores, encontraron que aquellas con mayores niveles de propósito en la vida, más sensación de crecimiento personal y mejores relaciones interpersonales, presentaban un menor riesgo cardiovascular (menores tasas de hemoglobina glucosilada, menor peso corporal, menores ratios cintura-cadera y tasas más elevadas de colesterol “bueno”) y una mejor regulación endocrina (menos niveles de cortisol a lo largo del día) (Ryff, Singer y Love, 2004).

3.1.3. Variables comportamentales.

Actividades de ocio.

Desde que en 1964 Berne llevase a cabo una de las primeras aproximaciones de la psicología al fenómeno del ocio, éste ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia como campo de estudio y en la actualidad nadie duda de que sea un factor de calidad de vida y un recurso de primera magnitud para estimular el desarrollo personal de las personas.

El ocio cobra especial relevancia para el colectivo de personas mayores, ya que cuando la actividad inherente al trabajo o la maternidad/paternidad desaparecen o se reducen, queda mucho más tiempo libre y las actividades con las que éste se llena son las encargadas de proporcionar al sujeto nuevas referencias y significaciones. Kelly y Steinkamp (1986) afirman que algunas motivaciones para el ocio en la tercera edad, que ayudan a la persona a hacer frente a los cambios que se producen en esta fase de la vida son: la interacción social, la autoexpresión, la percepción de competencia, llenar el tiempo y evitar el aburrimiento.

Pero además, el ocio está íntimamente relacionado con la percepción de felicidad, la implicación en los procesos vitales y el ajuste a las circunstancias vitales. En relación a este ajuste, algunos trabajos (Hutchinson, Loy, Kleiber y Dattilo, 2003) que hacen referencia incluso al potencial del ocio como recurso para hacer frente a las situaciones derivadas de la vivencia de enfermedades crónicas, concretamente permitiría la percepción de autoeficacia y expresión de la propia valía a las personas con enfermedades crónicas. El ocio se convierte así en un contexto en el que las personas incrementan su autoaceptación, que es uno de los criterios centrales del bienestar psicológico.

Las actividades en general y la participación social en particular, son beneficiosas para el bienestar psicológico ya que ofrecen medios para adquirir apoyos de roles que sustentan o benefician el auto concepto. La participación social puede ser una actividad gratificante que inyecta significado en la vida adulta. Por tanto, la participación en actividades sociales, económicas, culturales, recreativas y de carácter voluntario será parte de esa participación social y contribuirán a aumentar y mantener el bienestar psicológico.

4. Envejecimiento con éxito.

El estudio del envejecimiento desde una dimensión positiva ha despertado el interés científico en los últimos años, surgiendo una nueva línea de trabajo más centrada en el envejecimiento satisfactorio o exitoso que en las características de carácter exclusivamente patológico. Este cambio de perspectiva ha sido propiciado según Baltes (1987) o Gutiérrez, Serra y Zacarés (2006), a partir de tres influencias relevantes: la existencia de datos procedentes de los grandes estudios longitudinales, el desarrollo de las ciencias gerontológicas desde su aproximación a un modelo evolutivo contrario al modelo clínico decremental, y los cambios sociodemográficos que han variado la pirámide poblacional con un incremento significativo de la esperanza de vida y, con ello, de la población mundial de personas mayores.

Estas tres influencias han modificado los planteamientos que con respecto al envejecimiento existían, mostrando una realidad diferente a la hasta ahora estudiada, de manera que en la vejez cada vez se vive más y en mejores condiciones. De esta manera, los parámetros del estudio y conceptualización del desarrollo hasta ahora establecidos se han reorientado hacia una nueva forma de entender la intervención con los mayores, puesto que ya no sólo se trata de poder vivir un envejecimiento normal, sino que se puede vivir un envejecimiento óptimo o con éxito.

En los últimos años, se ha venido conformando un nuevo paradigma que ha venido tomando distintos nombres: “Healthy ageing”, “Ageing well” (Fries, 1989), “Successful ageing” (Rowe y Khan, 1998, Baltes y Baltes, 1990), “Competent ageing” (Fernández-Ballesteros, 1986, 2002a, 2002b; Schroots, 1995; Schroots, Fernández- Ballesteros y Rudinger, 1999), “Active Ageing” (OMS, 2002).

Este nuevo planteamiento sobre el envejecimiento rompe con una tradicional visión negativa del envejecimiento, y como señalan Baltes y Baltes (1990), se orienta hacia la búsqueda de los factores y condiciones que ayuden a identificar el potencial del envejecimiento y a identificar las vías para modificar, en sentido positivo el envejecimiento.

El envejecimiento con éxito es un concepto relativamente nuevo sinónimo de otros conceptos tales como envejecimiento «saludable», «activo», «productivo», «óptimo» y

«positivo» (Fernández-Ballesteros, 2008). Estos conceptos emanan de la variabilidad extraordinaria en las formas de envejecer que Rowe y Khan (1987, 1997) redujeron, sintéticamente, a tres: envejecimiento «primario», «secundario» y «con éxito». Los cuales pasamos a describir a continuación.

El envejecimiento primario, se refiere al de las personas que llevan habitualmente una vida activa en la comunidad, sin sufrir enfermedades o procesos patológicos diagnosticados. Está caracterizado por un deterioro orgánico gradual, fruto del efecto combinado de la enfermedad y del estilo de vida sobre el proceso de envejecimiento intrínseco, coincidente con el decremento común del estado de salud que usualmente se asocia con la vejez. Los sujetos que presentan este tipo de envejecimiento, no están exentos en su mayoría de algunas dolencias crónicas, pero las mismas no tienen gran impacto en su capacidad funcional, en tanto que se ha producido una adaptación exitosa en lo individual y lo social. Por tanto, este envejecimiento primario implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo.

Por otro lado, el envejecimiento secundario se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos (nutrición, ejercicio físico, tabaquismo, etc.) o influencias ambientales, y que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo, cataratas, enfermedad de Alzheimer) pero que, en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles.

Con respecto al envejecimiento con éxito, éste es considerado como un concepto multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores bio-psicosociales. A continuación haremos un breve repaso de algunas de las definiciones que sobre el envejecimiento con éxito existen en la literatura.

Por su parte, Rowe y Kahn (1987) sugieren que el envejecimiento con éxito abarca mínimamente tres aspectos: baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento físico y mental y alta participación social. Sin embargo, otros autores enfatizan la valoración subjetiva y la satisfacción con la vida como elementos clave de un envejecimiento exitoso (Lher, 1982) e incluso otros, consideran como elemento clave la actividad y productividad social (Siegrist, Knesebeck y Pollack, 2004).

Havighurst (1961), lo describió como un estado interno de contento y felicidad, partiendo de la hipótesis de que la transición a una edad avanzada desencadena una

inestabilidad de la situación interna y externa, siendo la satisfacción el indicador de que la persona se ha conseguido adaptar al proceso del envejecimiento. Según Lehr y Thomae (2003), este criterio de un envejecimiento con éxito ha constituido el fundamento de las teorías de la desvinculación y de la actividad.

Según Baltes y Baltes (1990), para definir el envejecimiento con éxito se hace necesario incluir indicadores de funcionamiento biológico, tales como la salud, y de funcionamiento psicológico, como salud mental, eficacia cognitiva, competencia social, productividad, control personal y satisfacción vital.

Para autores como Baltes y Carstensen (1996), el envejecimiento con éxito viene definido por salud física y mental, habilidades funcionales, satisfacción con la vida, apoyo social percibido, y compromiso social. En la Enciclopedia de la Tercera Edad, Palmore (1995) se dice que una definición completa de un envejecimiento exitoso debe combinar la supervivencia (longevidad), salud (falta de discapacidad), y la satisfacción con la vida (la felicidad)". Carol Ryff (1989) de forma más general, postula que supone el funcionamiento ideal del individuo a lo largo del ciclo de la vida y Fisher (2002) establece que el envejecimiento con éxito ha de ser definido en términos de estrategias de afrontamiento o habilidades de “coping”.

Desde una perspectiva quizá más médica, Vaillant y Vaillant (1990) define el envejecimiento saludable como aquel que mantiene una buena salud (ausencia de bebidas alcohólicas y depresión), el mantenimiento de relaciones familiares, junto con unas habilidades de afrontamiento a situaciones de estrés adecuadas. En la misma línea, Schulz y Heckhausen (1996) incluyen las siguientes variables: funcionamiento pulmonar y cardiovascular, ausencia de discapacidad, adecuada ejecución cognitiva, control primario y logros en los ámbitos físicos y artísticos.

Existen otras definiciones que establecen no los resultados esperables sino el proceso a través del cual se consigue un buen envejecimiento. Así, por ejemplo, Williams y Wirths (1965) consideran que el envejecimiento con éxito es un proceso adaptativo que desarrolla capacidades de solución de dificultades y minimiza los efectos de los déficit y declives.

Finalmente, la OMS define el envejecimiento activo como el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad en orden a mejorar la calidad de vida y el bienestar en la vejez.

Podemos resumir diciendo que la salud, el funcionamiento físico y el funcionamiento cognitivo, emocional y social son los dominios más relevantes del envejecimiento con éxito. Por tanto el estudio del envejecimiento con éxito nos puede evidenciar la presencia de modos sanos de envejecer, y nos puede permitir conocer cuáles son los factores que evitan que la persona desarrolle un envejecimiento patológico y por tanto pueda conseguir una adecuada calidad de vida favoreciéndose así la presencia de niveles elevados de bienestar.

4.1. Estudios empíricos sobre envejecimiento activo.

El concepto de envejecimiento activo no solo ha presentado elaboraciones teóricas sino que se han realizado estudios empíricos longitudinales con el fin de establecer una definición operacional de este concepto, averiguar que porcentaje de personas se encuentran en esa situación y, finalmente, llegar a establecer sus determinantes.

En este sentido Lupien y Wan (2004) establecieron algunas fuentes de variación individual para esta forma de envejecimiento relacionadas con ciertas condiciones sociodemográficas. De su estudio se desprende que la fuente más importante de variabilidad para el envejecimiento con éxito sería la edad. Estos autores apuntan a que las personas más jóvenes presentan un mejor envejecimiento, y que al ir aumentando la edad los sujetos se encontrarán con mayor dificultad para poder disfrutar de un envejecimiento óptimo. Los autores mencionados también subrayan que algunos componentes del estatus socioeconómico como la educación y la renta pueden estar mediando en las formas de envejecer.

Más recientemente Peel, McClure y Bartlett (2005) y Depp y Jeste (2006) han revisado los estudios longitudinales dedicados a establecer tanto las definiciones operacionales más frecuentemente utilizadas del envejecimiento con éxito, los porcentajes que arrojan finalmente los estudios y, finalmente, los potenciales determinantes establecidos.

En el estudio de Peel et al. (2005), se realizó una búsqueda de las publicaciones hechas entre 1985 y 2003, en revistas científicas en las siguientes bases bibliográficas: PUBMED, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PSYCINFO y SOCIOFILE y concluyeron que los criterios utilizados en la identificación del envejecimiento con éxito son dos: la supervivencia y el nivel de funcionalidad del individuo. Así también, la revisión de estos estudios puso de relieve que la mayoría de los determinantes o predictores investigados en

la literatura son, esencialmente, los estilos de vida. Estos autores afirman que, no fumar, beber con moderación, mantener una adecuada dieta, no mantener sobrepeso y hacer ejercicio físico emergen como los factores determinantes esenciales del envejecimiento activo. Finalmente, Peel y colaboradores señalaron que cuando el objetivo de la investigación es la prevalencia de personas que presentan un envejecimiento con éxito, su variabilidad es muy amplia, oscilando entre un 12,7 y un 49%.

Depp y Jeste (2006) también hicieron una extensa revisión de estudios sobre envejecimiento con éxito, tanto transversales como longitudinales; tras identificar los criterios para la definición de un envejecimiento con éxito, informaron de la proporción encontrada en cada muestra utilizada en los estudios reseñados, así como de los factores determinantes del envejecimiento con éxito. Estos autores identificaron 28 estudios que cumplen con algunos criterios preestablecidos. Entre estos estudios se identificaron 10 aspectos principales utilizados como criterios para un envejecimiento con éxito, presentes en un número limitado de estudios. Un resumen de todo ello es el siguiente: habilidad funcional y funcionamiento físico estaban presentes en 26 estudios, funcionamiento cognitivo en 15; satisfacción con la vida y bienestar en 9; participación social/ productividad en 8, presencia/ausencia de enfermedad en 6; longevidad en 4; autovaloración de la salud en 3; aspectos de personalidad en 2; medio ambiente y renta en 2, y autoevaluación de un envejecimiento con éxito en 2.

Las conclusiones que se pueden extraer de estos dos estudios son las siguientes: Un tercio de la investigación sobre envejecimiento activo tiene una base bio-médica y los determinantes se reducen a estilos de vida. En estudios más recientes, el concepto de envejecimiento positivo se amplia desde una perspectiva multidimensional incluyendo condiciones cognitivas, emocionales y sociales. Así mismo, en la actualidad, la mayor parte de autores son coincidentes en que los determinantes del envejecimiento con éxito han de ser estudiados desde una perspectiva bio-psico-social.

Por tanto, para promover el envejecimiento con éxito en términos de calidad de vida, será necesario identificar aquellas dimensiones e indicadores que para los propios beneficiarios, las personas mayores, la determinan, de tal forma que éstos puedan servir de guía para la planificación de programas dirigidos a la mejora de su bienestar. Una vez identificados se podrán establecer objetivos de promoción de envejecimiento satisfactorio, ya que las propias personas mayores los verán como relevantes y significativos para ellos.

4.2. Indicadores multicriterio del envejecimiento con éxito.

Abordar la amplia temática del envejecimiento con éxito desde una perspectiva psicológica, es una cuestión espinosa porque no disponemos de uno o unos pocos criterios sobre los que todo el mundo esté de acuerdo en caracterizar este tipo de envejecimiento. En concreto, tradicionalmente se ha recurrido a dos tipos de criterios para definir este tipo de envejecimiento:

- Unos criterios de corte más objetivo, que hacen referencia a características claramente medibles y que, en una medida u otra, hacen comparables a las personas en una escala de rendimiento o de funcionalidad. Por ejemplo, la mayoría de indicadores de salud física, de estado cognitivo o de actividades que es capaz de realizar la persona serían indicadores de este tipo.
- Otros criterios de corte más subjetivo, que implican la opinión y los valores de la propia persona. Este tipo de criterios a veces pueden incluir aspectos de tipo cualitativo, y más que representar el rendimiento o la capacidad en alguna faceta humana, harían referencia a aspectos emocionales o evaluativos que nacen de la propia persona. Elementos como la felicidad, la satisfacción vital o sentido de control personal serían buenos ejemplos de este tipo de indicadores.

Estos dos polos de lo que podría ser un envejecimiento con éxito son necesarios porque por separado presentan problemas (Baltes y Baltes, 1990). Lo subjetivo impide que propongamos intervenciones alejadas de la visión y sistema de valores de las propias personas mayores, así como de un posible intento de imponer una sociedad estandarizada y basada en contenidos y metas que generalmente son sólo de una minoría, aquellos que ocupan clases más favorecidas. Lo objetivo nos proporciona unos criterios más claros de intervención e impide que consideremos que todo está bien si la persona así lo considera. Así, como veremos más adelante, incluir criterios de tipo objetivo evita caer en lo que se ha denominado la paradoja del bienestar, es decir, el hecho de que aún en situaciones muy desfavorables y que deberían ser claramente mejoradas, las personas pueden contemplar su situación de forma relativamente optimista.

Esta complementariedad de los aspectos objetivos y subjetivos ha llevado a la mayoría de los investigadores a reconocer que el envejecimiento con éxito es un concepto cuyo estudio necesita de un enfoque multicriterial, que integre ambos tipos de aspectos.

Así, en el primero de ellos nos centraremos con las actividades cotidianas como concreción más objetiva del envejecimiento normal y del envejecimiento con éxito. En el segundo criterio hablaremos del aspecto subjetivo del envejecimiento con éxito, concretándolo en el concepto de bienestar, en las variedades que podemos diferenciar dentro de este concepto y cómo evolucionan a lo largo del envejecimiento.

Por último expondremos un criterio más, relacionado con la adaptación, ya que se trata de un importante componente del envejecimiento con éxito, así como el vínculo que puede hacernos entender los cambios asociados al envejecimiento tanto en las actividades cotidianas como en el bienestar. Se enfatizará especialmente el papel que pueden desempeñar los objetivos y su cambio dentro de este proceso.

Con respecto a las actividades cotidianas en la vejez y de acuerdo con Horgas, Wilms y Baltes (1998), estas son importantes por al menos dos razones. En primer lugar, el patrón de actividades que lleva a cabo la persona refleja hasta cierto punto metas, valores y preferencias. Este enfoque de la actividad supone concebir a la persona no como un objeto pasivo, sujeto a las fuerzas causales de variables ajenas a él mismo, sino como un ser intencional que, hasta cierto punto, es capaz de determinar y decidir sobre el curso de su propia vida (Brandtstädter y Lerner, 1999).

Las actividades cotidianas son en ocasiones el medio que tenemos a nuestra disposición para conseguir aquellos objetivos que nos ponemos a nosotros mismos, mientras que otras veces la propia realización de ciertas actividades cotidianas es el fin en sí mismo buscado por los mayores. Por lo que las actividades que realizamos a lo largo del día son una de las claves para conseguir el envejecimiento con éxito (Marsiske, Lang, Baltes y Baltes, 1995; Freund y Baltes, 1998; Triadó, 2003). En segundo lugar, la rutina de actividades diarias que se llevan a cabo no siempre es elegida, de manera que también refleja aquellas cosas que de alguna manera se está obligado a hacer. Un ejemplo típico en este sentido son las actividades que tienen que ver con el automantenimiento (las actividades básicas de la vida diaria). Estas actividades no elegidas están relacionadas con algunas características personales o del contexto en el que vivimos que pueden facilitar que empleemos nuestro tiempo de cierta manera o, por el contrario, impedirnos y recortarnos el rango de actividades a nuestra disposición (Baltes y Lang, 1997).

En esta línea de trabajos, las tres teorías ya clásicas de la desvinculación, la actividad y la continuidad nos mostraban formas exitosas de envejecer y obtener

satisfacción en función de la actividad. Así, la teoría de la desvinculación postula que la jubilación va acompañada del alejamiento progresivo de la persona de sus roles en la sociedad y del alejamiento de la sociedad respecto del individuo; la teoría de la actividad sustenta que la mejor forma de adaptarse a la nueva situación producida por la jubilación es mantener unos niveles adecuados de actividad, y la teoría de la continuidad propone que las actitudes y las actividades cambian relativamente poco después de la jubilación.

El segundo tipo de criterios, según Triadó y Villar (1997), son de corte más subjetivo y parten de la investigación psicológica. Estos implican la opinión y los valores de la persona y hacen referencia a aspectos emocionales o evaluativos que nacen de la apreciación personal, lo que ayuda a que las intervenciones objetivas propuestas estén alejadas de la visión y sistema de valores de las propias personas mayores, aunque se deba tomar en cuenta las alteraciones que la subjetividad puede conferir a los resultados. Dentro de este tipo de criterios el estudio del bienestar ha supuesto el elemento central de la investigación científica (Ryff, 1989; Ryff y Essex, 1991, Ryff y Keyes, 1995; Diener, et al., 1999; Ryan y Deci, 2001a; Ryan y Deci, 2001b; Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002; Ryff y Singer, 2002; Villar, Triadó, Resano y Osuna, 2003; Springer y Hauser 2006; Springer, Hauser y Freese, 2006; Navarro, Meléndez y Tomas, 2007; Triadó, Villar, Solé y Celdrán, 2007)

Tal y como indica Triadó (2003), desde los años 60 del pasado siglo se ha venido abriendo paso la idea de que la salud (al menos en el sentido psicológico del término) no se define simplemente a partir de la ausencia de patología, sino que implica además la presencia de estados y procesos positivos. Conocer qué es lo que hace a las personas felices, en qué consisten esos estados y cuáles son los procesos que los determinan también es de gran relevancia desde un punto de vista aplicado, ya que este conocimiento es un prerrequisito si queremos promover la satisfacción y el crecimiento personal en la población. Es en este contexto, lógicamente, en el que el estudio de la felicidad y del bienestar psicológico adquiere una gran relevancia. Esta relevancia, nos atreveríamos a decir, es especialmente acusada en el caso de las personas mayores, en las que los años que les queda por vivir son limitados y en los que la aparición de enfermedades y disfunciones se incrementa, por lo que la promoción de la calidad de vida en estos últimos años resulta fundamental.

Siguiendo con los criterios de análisis, el tercer aspecto es el de la adaptación. Este

criterio, a diferencia de los de tipo objetivo o subjetivo, no especifica la consecución de determinados contenidos vitales o metas concretas establecidas a priori, sino que más bien se centra en el funcionamiento y la eficacia de la persona para cambiar de manera que se logren esos criterios. Es decir, más que referirse a qué criterios ha de cumplir la persona para envejecer con éxito, es el proceso que en buena medida subyace a ellos y posibilita que lleguen a mostrarse.

Hemos de partir de que el envejecimiento, a pesar de que pueda conllevar ganancias en ciertos ámbitos vitales, durante cierto tiempo o para ciertas personas, es un proceso que implica pérdidas y cambios lo suficientemente negativos para que tengamos que enfrentarnos a nuevas situaciones relativamente más desventajosas (Brandtstädter, Wentura y Greve, 1993). Este tipo de cambios negativos tienen un especial carácter irreversible e incontrolable en dos ámbitos: el físico en el que se observa la pérdida de capacidades y la mayor vulnerabilidad a enfermedades y problemas crónicos de salud; y el psicosocial, con la propia jubilación, la emancipación de los hijos o la muerte de seres queridos.

Este aumento relativo de pérdidas a medida que la persona envejece es paralelo a la percepción que tenemos las personas del proceso de envejecer, según un trabajo de Costa, Zonderman y McCrae (1991) mientras que los desafíos van disminuyendo según aumenta la edad, las amenazas aumentan. Sin embargo para Triadó (2003), a pesar de todo esto y quizá sorprendentemente, este proceso no afecta de manera significativa al bienestar y satisfacción con la vida de las personas mayores, que aparece como una medida relativamente estable a la edad (Triadó y Villar, 1997, Navarro, Meléndez y Tomas, 2007) frente a otros indicadores de carácter más objetivo (Diener, et al., 1999). Una de las razones que podría conciliar estos resultados que a primera vista parecen contradictorios es que las personas ponemos en marcha una serie de procesos adaptativos que, en la mayoría de los casos, nos permiten afrontar con éxito los cambios de carácter negativo asociados al envejecimiento.

Una de las primeras formas de vincular el concepto de adaptación al de envejecimiento desde una perspectiva psicológica es concebir este proceso como una sucesión de acontecimientos estresantes. Para Lazarus y Folkman (1984), el estrés es el fruto de una transacción entre el sujeto y su medio que surge cuando la persona evalúa las demandas de su entorno como desbordantes para sus recursos y/o peligrosas para su bienestar, poniendo en marcha ciertos procesos para reajustarlas, procesos que se

denominan estrategias de afrontamiento (coping) y que son los esfuerzos cognitivos y comportamentales para manejar, reducir o tolerar las demandas internas o externas que crea una determinada transacción estresante, logrando de esta manera mantener intacto nuestro bienestar físico y psicológico.

Sin embargo, a pesar de las numerosas virtudes del enfoque de Lazarus y Folkman (1984), para el estudio de la adaptación, en el caso del envejecimiento Triado (2003) indica algunas carencias: a) Este modelo de estrés difícilmente puede ser considerado como un modelo de desarrollo ya que concibe a las personas como seres reactivos, que únicamente responden a desafíos y amenazas externas para lograr lo que han perdido o pueden perder, mientras que una perspectiva de desarrollo, implica que el sujeto es un agente activo, capaz de establecer metas y esforzarse mediante acciones intencionales para construir un desarrollo personal; b) Las situaciones susceptibles de provocar estrés son, en su mayoría, inesperadas, mientras que el envejecimiento es un proceso progresivo, familiar, biológica y socioculturalmente esperado. Estos intentos acercan el estudio del afrontamiento a una visión el self como estructura (y no como proceso ejecutivo), además de dejar de lado otros factores, como por ejemplo las expectativas socioculturales y significados atribuidos al envejecimiento, que pueden influir en la manera en la que nos adaptamos a él y cambiamos a medida que nos hacemos mayores.

Es por ello que, desde una perspectiva evolutiva necesitamos nuevas formas de abordar el concepto de adaptación como las que proporciona el enfoque del ciclo vital. Dentro de este tipo de teorías, la adaptación aparece ligada al concepto de plasticidad, y tal y como indican Baltes, Lindenberger y Staudinger (1998), no existe una trayectoria de desarrollo fijada de antemano para los individuos, sino que disponemos de un potencial de manera que en cualquier momento de la vida podemos cambiar. Esta capacidad plástica se concreta en un modelo que recoge la idea básica del desarrollo como un proceso de adaptación, el Modelo de Optimización Selectiva con Compensación, el cual está vinculado con el concepto de envejecimiento con éxito (Baltes y Baltes, 1990), ya que los componentes del modelo son sus requisitos.

La selección centra el desarrollo en ciertas áreas y hace más manejable el número de desafíos, amenazas y demandas potenciales con los que se va a encontrar la persona. Sería el elemento del modelo más relacionado bien con la creación y la elección del rumbo que va a tener nuestro desarrollo bien con la gestión de los recursos, por naturaleza limitados,

de los que todos los seres vivos disponemos (Marsiske y cols. 1995).

La optimización es el componente que impulsa a regular el desarrollo de manera que se puedan alcanzar los niveles de funcionamiento de la manera lo más eficiente posible. La optimización tiene una dirección prefijada, la obtención de un mejora ajuste, en el sentido que nos permita alcanzar las metas propuestas. La configuración concreta de la optimización y sus esfuerzos dependerá tanto de los recursos biológicos de los que dispongamos, como de factores contextuales y socioculturales, que ponen a nuestro alcance o dan prioridad a algunas posibilidades de optimización por encima de otras.

La compensación es un componente que implica respuesta a la ausencia o pérdida de un medio o recurso que es relevante para la consecución de nuestras metas evolutivas, actuando en este caso como un elemento clave para mantener un funcionamiento adaptativo, buscando medios y recursos alternativos. De este modo, la compensación implica procesos y estrategias por los que o bien se adquieren nuevos medios (o se reconstruyen los antiguos) o se cambian las propias metas del desarrollo como respuesta a esa carencia de medios para facilitar la consecución de las nuevas metas con los medios disponibles.

Tal y como hemos visto, las metas evolutivas y su gestión se convierten, en un mecanismo adaptativo fundamental, en especial cuando la distancia entre los estados presentes y los deseados sobrepasa cierto límite. En este caso, Brandtstädter y Greve (1994) y Brandtstädter y Rothermund (2002), proponen dos tipos de estrategias fundamentales que se ponen en marcha cuando la persona percibe una excesiva brecha entre los estados actuales y los deseados, que son las estrategias asimilativas y las estrategias acomodativas.

Las estrategias asimilativas son aquellas mediante las cuales la persona, como agente propositivo, configura y modifica las condiciones problemáticas del entorno para que se ajuste a las metas y preferencias personales. Hacen referencia a esfuerzos traducidos en actuaciones concretas que se aplican para conseguir aquello que se desea o evitar lo que no se desea cuando nos suceden ciertos acontecimientos o nos encontramos ante situaciones que nos alejan de los objetivos deseados o de estados valorados por nosotros.

En las estrategias acomodativas, la persona modifica sus objetivos, bien reduciendo nuestro nivel de aspiración, bien desimplicándonos de ciertos objetivos para establecernos otros, bien estableciendo parámetros alternativos de comparación para evaluar nuestra situación actual, para disminuir esa brecha. Se trata de modificar la trayectoria evolutiva

deseada para que se ajuste a la trayectoria real.

De este modo y según Triadó (2003), mientras la asimilación mantiene las metas y compromisos incluso ante obstáculos situacionales, intentando poner en marcha acciones intencionales para conseguirlos, la acomodación implica el ajuste no intencional de preferencias y metas a partir de la percepción de restricciones situacionales o de la percepción de unos recursos personales insuficientes para conseguir metas antes valoradas. Aunque se ha tendido a priorizar la asimilación por encima de la acomodación, para Brandtstädter, Wentura y Rothermund (1999), ambos son ingredientes necesarios para adaptarnos a las cambiantes situaciones con las que nos encontramos y aunque ambos tipos de estrategias se utilizan a lo largo de todo el ciclo vital y conjuntamente en muchas situaciones, según Brandtstädter y Renner (1990), parece ser que existe una tendencia evolutiva hacia un cada vez mayor uso de estrategias de acomodación a medida que la persona se hace mayor.

Este cambio en la utilización de un tipo de estrategias sobre otro parece ser debido al carácter inevitable, irreversible y poco modificable y controlable, de los del proceso de envejecimiento (Brandtstädter y Baltes-Götz, 1990), lo cual parece ser coherente con las propuestas de Erikson, que caracteriza el último periodo de la vida en función de la integridad, lo que supone reinterpretar lo ya vivido y encontrarle un sentido, creer que ha merecido la pena llegar hasta allí. En sí, este esfuerzo por reinterpretar y dar coherencia al pasado puede ser calificado como una estrategia acomodadora (Triadó, 2003).

En cuanto al reajuste, es evidente que, dado que el tiempo de vida es por definición limitado, avanzar por el ciclo vital comporta una reducción del alcance temporal de nuestras metas y objetivos, de esta manera la persona puede llegar a reconocer que no va a ser posible conseguir algunos proyectos personales mantenidos en otras etapas de la vida y ponga en marcha un recorte en su aspiraciones de futuro, colocándolas a más corto plazo o redefiniéndolas de forma más modesta, menos ambiciosa (Cross y Markus, 1991; Flesson y Heckhausen, 1996). Así pues, parece que a medida que la persona envejece, la percepción del futuro cambia y los mayores intentarían primordialmente conservar las cosas buenas todavía disponibles y posibles en su presente. En este sentido, envejecer, a través de estos movimientos de acomodación, deja de convertirse en una cuestión de ganar y alcanzar nuevos estados para pasar a ser fundamentalmente un cuestión de no perder lo que ya se tiene (Dittmann-Kohli, 1991). Además, tal y como argumentan Rapkin y Fisher (1992), las

personas mayores son las que con más probabilidad han logrado ya muchas de las metas a las que aspiraban en años anteriores, con lo que mantenerse se convierte cada vez más en una meta con sentido a medida que nos hacemos mayores.

Respecto a la sustitución de metas no es tanto reducir la ambición o la extensión temporal dentro de los mismos objetivos, sino más bien cambiar los objetivos, sustituyendo aquellos que se ven fuera del rango posible por otros más realistas y para los que la persona se percibe con suficientes recursos y sensación de control.

De este planteamiento no debemos extraer la impresión de que a medida que envejecemos vamos vaciando nuestra vida de objetivos de futuro, de voluntad de conseguir nuevas cosas y de esforzarnos por ellas. En este sentido, reducir las perspectivas de futuro o cambiar nuestros objetivos podría no sólo ser una estrategia adaptativa en sí misma, sino a la vez favorecer la consecución de las metas que todavía se mantienen.

En un trabajo realizado por Cross y Markus (1991), las metas de las personas mayores eran menores en número y más cercanas a su situación presente que las de los jóvenes, lo que aumenta la probabilidad de conseguirlas, y, en consecuencia, el propio sentido de poder todavía influir en el entorno y dirigir su propia vida, lo que es un importante componente de la satisfacción personal (Dietz, 1996).

Finalmente indicar, que la preocupación respecto a que la población mayor alcance niveles de vida satisfactorios, está generando un gran número de investigaciones orientadas al establecimiento de criterios que posibiliten el funcionamiento óptimo en especial en la población de edad mas avanzada. La cumbre sobre Envejecimiento realizada en Viena en 1982, la Asamblea de las Naciones Unidas de 1991 y la resolución de la misma de 1997, propugnan por la promoción de una sociedad para todas las edades, que garantice una vida autónoma, confiada y autodirigida a los mayores, a través de una intervención pensada en beneficio de una mayor calidad de vida en la vejez y en la promoción de su bienestar y crecimiento personal.

CAPÍTULO 4

MÉTODO.

1. Objetivos e hipótesis.

El objetivo principal de este trabajo es conocer el funcionamiento de las actividades de la vida diaria, el bienestar subjetivo y las dimensiones del bienestar psicológico en personas mayores.

1.1. Objetivos específicos e hipótesis.

1. Analizar las relaciones existentes entre las medidas de actividades básicas de la vida diaria, bienestar subjetivo y dimensiones del bienestar psicológico.

    H1. Existirán relaciones positivas y significativas entre todas las variables estudiadas.

2. Comprobar si existe relación significativa de la edad con la medida de AVD.

    H2. A medida que aumente la edad, las dificultades para realizar las AVD serán también mayores.

3. Examinar en qué variables sociodemográficas se observan diferencias significativas en función de las AVD.

    H3a Las mujeres presentarán mayor dificultad para realizar las AVD que los hombres.

    H3b Los casados presentarán mayor capacidad funcional, cuando se los compare con los solteros y los viudos.

    H3c A mayor nivel de estudios, mejor capacidad funcional, siendo las personas de menor nivel académico las que tendrán una mayor probabilidad de presentar dependencia.

    H3d Las personas viven en sus casas presentarán una mayor capacidad funcional siendo más autónomas, mientras que aquellas que viven con familiares, presentaran mayores dificultades para realizar las AVD.

    H3e Las personas mayores que vivan en casa de los hijos, serán las que necesitarán de un mayor nivel de ayuda para la realización de las actividades

básicas de la vida diaria.

H3f A medida que aumente el nivel de ingresos, aumentará la probabilidad de poder vivir de forma independiente y sin necesidad de ayuda para realizar las AVD.

4. Conocer la relación existente entre la edad y la medida de bienestar subjetivo.

   H4 Los niveles de satisfacción vital se mantendrán estables independientemente de que aumente la edad.

5. Estudiar la existencia de diferencias en la satisfacción en función de los sociodemográficos.

   H5a No existirán diferencias significativas en la satisfacción vital al comparar hombres y mujeres.

   H5b Los sujetos casados obtendrán puntuaciones más altas en satisfacción vital, mientras que los viudos presentarán niveles más bajos.

   H5c Los sujetos con un mayor nivel de estudios mostrarán niveles más altos de satisfacción vital.

   H5d La tenencia de hijos influirá produciendo un mayor nivel de satisfacción vital en las personas mayores.

   H5e Las personas que viven en sus casas presentarán mayor satisfacción vital que aquellas que vivan en otras situaciones.

   H5f Las personas que vivan con su cónyuge presentarán niveles de satisfacción vital superiores.

   H5g A medida que aumente el nivel de ingresos, los niveles de satisfacción vital serán más altos.

6. Describir la relación existente entre cada una de las dimensiones del bienestar psicológico y la edad.

   H6a Conforme vaya aumentando la edad, disminuirán las puntuaciones de las siguientes dimensiones: autonomía, crecimiento personal, relaciones positivas con los demás, autoaceptación y propósito en la vida.

H6b La dimensión dominio del ambiente mostrará estabilidad, no presentando relación con la edad.

7. Analizar las diferencias existentes en las dimensiones del bienestar psicológico en función de los diferentes sociodemográficos.

Género:

H71a. No existirán diferencias significativas en las dimensiones de autonomía, relaciones positivas con los demás y propósito en la vida.

H71b Existirán diferencias de género para las dimensiones de dominio del ambiente, crecimiento personal y autoaceptación, de manera que los hombres presentarán puntuaciones más altas.

Estado civil:

H72a. Serán las personas casadas las que presenten puntuaciones más altas en las dimensiones de autonomía, dominio del ambiente, crecimiento personal, autoaceptación y propósito en la vida.

H72b No se observarán diferencias significativas en función del estado civil para la dimensión relaciones positivas con los demás.

Nivel de estudios:

H73a. A mayor nivel de estudios, las puntuaciones para las dimensiones de autonomía, dominio del ambiente, crecimiento personal, autoaceptación y propósito en la vida serán mayores.

H73b El nivel de estudios no mostrará diferencias significativas para la dimensión relaciones positivas con los demás.

Hijos:

H74a. Las personas que tengan hijos presentarán puntuaciones más altas para las dimensiones de autonomía, dominio del ambiente y propósito en la vida.

H74b Las personas sin hijos, presentarán puntuaciones superiores para la dimensión crecimiento personal.

H74c La tenencia o no de hijos no presentará diferencias significativas para las dimensiones de relaciones positivas con los demás y autoaceptación.

Lugar donde vive:

H75a. Aquellas personas que vivan en su propia casa, presentarán puntuaciones mayores para las dimensiones de autonomía, dominio del ambiente, crecimiento personal, relaciones positivas con los demás y autoaceptación mientras que las puntuaciones más bajas se darán en aquellos sujetos que viven con sus familiares.

H75b Las personas que vivan con sus familiares, presentarán puntuaciones más bajas para la dimensión propósito en la vida.

Con quien vive:

H76a. Las personas que vivan con el cónyuge e hijos, obtendrán puntuaciones significativamente más altas para las dimensiones de autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida.

H76b Aquellos que vivan con el cónyuge presentarán puntuaciones más altas para la dimensión dominio del ambiente, mientras que las que vivan con sus familiares presentarán las puntuaciones más bajas.

H76c No se observarán diferencias significativas en las dimensiones de relaciones positivas con los demás y autoaceptación.

Ingresos:

H77a. A mayor nivel de ingresos, las puntuaciones para las dimensiones de autonomía, dominio del ambiente, crecimiento personal, relaciones positivas con los demás, autoaceptación y propósito en la vida serán también mayores.

8. Desarrollar un modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar psicológico.

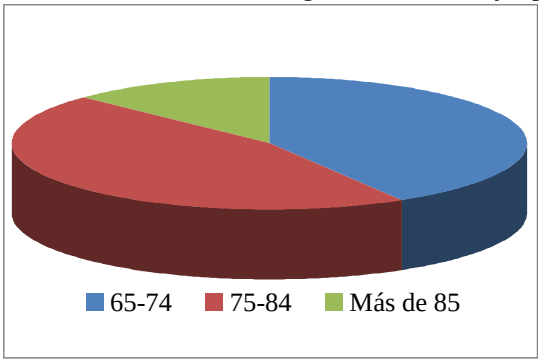
2. Participantes.

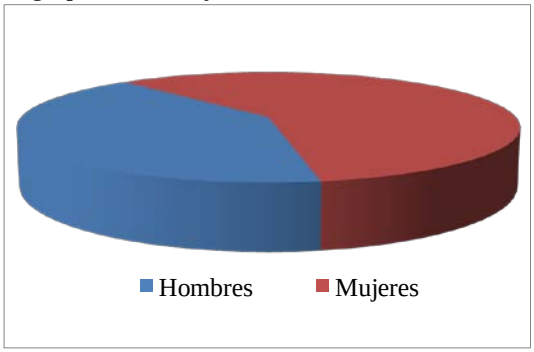
El presente diseño es un estudio de encuesta trasversal, en el que la muestra está formada por un total de 1208 personas de la provincia de Valencia, todos ellos mayores de 65 años y no institucionalizados. El tipo de muestreo fue de tipo incidental, atendiendo a criterios de edad (igual o mayor de 65 años). La recogida de datos se realizó de forma directa e individual, obteniéndose previamente el consentimiento informado de los participantes en el estudio.

En relación a las principales variables descriptivas de la muestra, a continuación se presentan los porcentajes de las siguientes variables: edad, género, estado civil, nivel de estudios, tenencia de hijos, lugar donde vive, con quien vive y nivel de ingresos.

En cuanto a la variable edad, las edades de la muestra oscilan entre 65 y 97 años, siendo la media de edad de la muestra de 76,16 (DT=7,14). Por otra parte para facilitar el análisis de los datos, la edad fue dividida en tres rangos. El primer rango estaría compuesto por los sujetos de 65 a 74 años y representan el 41,5% de la muestra (501 sujetos). El segundo rango estaría formado por los sujetos con edades comprendidas entre los 75 y 84 años y representan el 45,7% de la muestra (552 sujetos). Por último, el tercer rango estaría formado por los sujetos con Más de 85 años y representan el 12,8% de la muestra (155 sujetos). En relación a la variable género, el 41,31% son hombres (499 sujetos) y el 58,7% mujeres (709 sujetos).

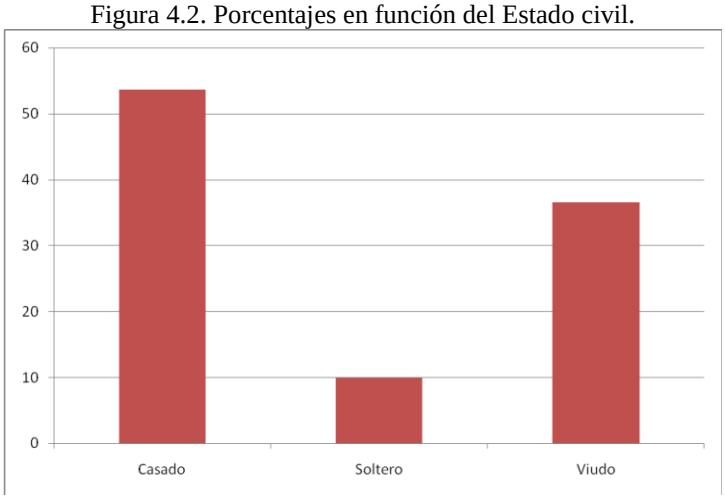
Figura 4.1. Porcentajes para los grupos de Edad y Género.





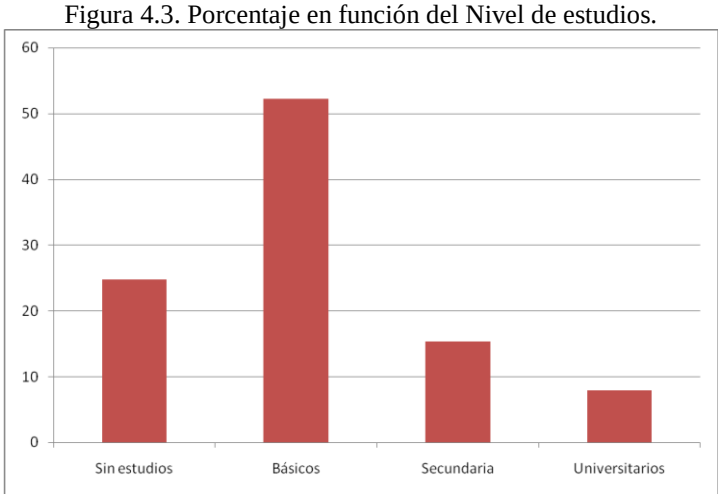
Por lo que se refiere al estado civil, como se observa en la figura 4.2., los grupos donde se concentra la mayor parte de la muestra encuestada son casados y viudos, con un porcentaje de 53,6% y 36,5 respectivamente.

Figura 4.2. Porcentajes en función del Estado civil.



Respecto a la variable nivel de estudios, el 52,2% de la muestra encuestada afirma tener estudios básicos. Mientras que el 24,7% y el 15,3% afirma no tener estudios y estudios secundarios respectivamente. Finalmente el 7,9% posee estudios universitarios.

Figura 4.3. Porcentaje en función del Nivel de estudios.



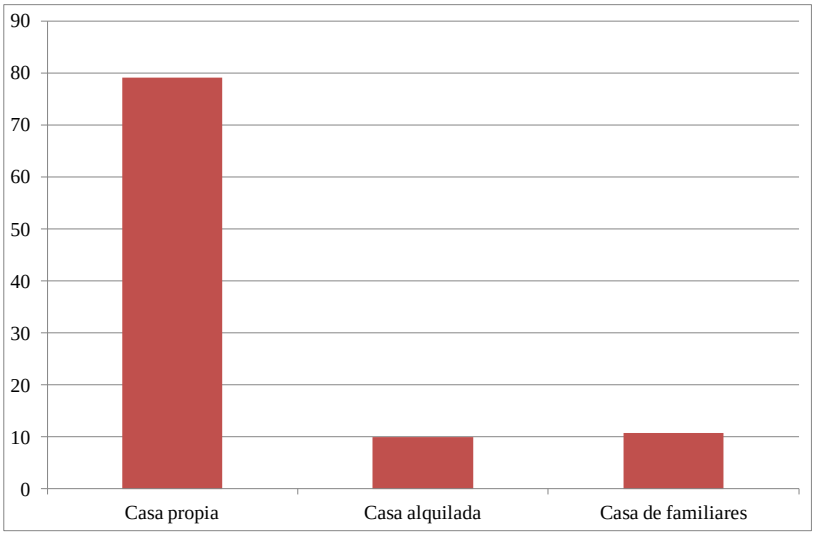
En relación a los hijos, indicar que el 90,6% de la muestra tiene hijos. La distribución del número de hijos en porcentajes se presenta a continuación en la siguiente tabla.

Tabla 4.1. Porcentaje del número de hijos.

0	1	2	3	4	5
8,9	9,5	32,6	25,4	12,5	6,1

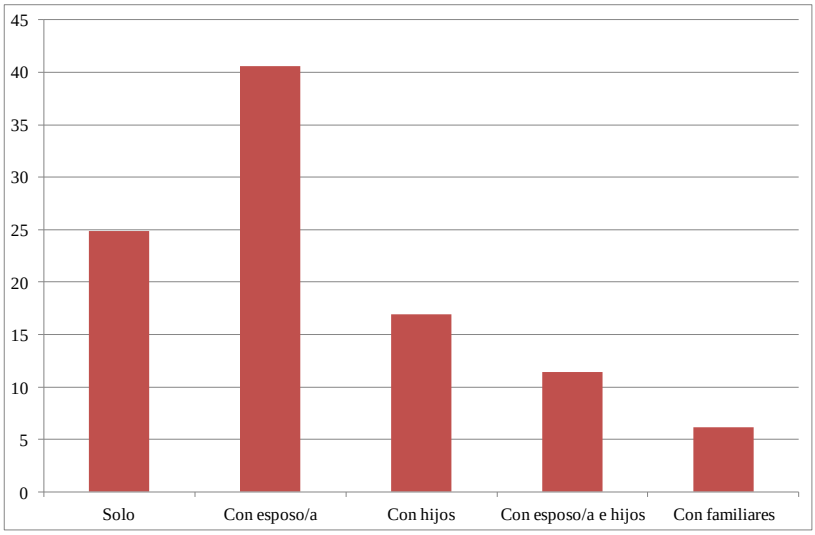
En cuanto al lugar donde viven el 77,5% de la muestra vive en casa propia, mientras que el 10% y el 10,8% vive en casa alquilada y casa de familiares respectivamente.

Figura 4.4. Porcentaje en función de Vive en.



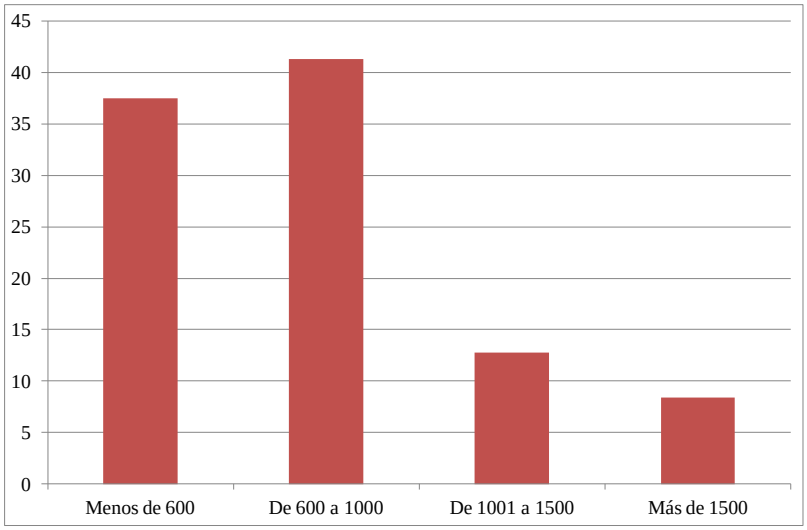
Con respecto a la variable "Con quien vive" se establecieron cinco categorías: solo, con esposa/o, con hijos, con esposa/o e hijos y con familiares. El 40,6% de la muestra vive con el/la esposo/a. El 24,9% vive solo. El 16,9% y el 11,4% vive con los hijos y con el/la esposo/a e hijos respectivamente. Por último el 6,2% de la muestra encuestada afirma vivir con familiares.

Figura 4.5. Porcentaje en función de Con quien vive.



Por último y en relación a los ingresos el 41,3% y el 37,5% afirmaron ganar entre 600 y 1000 euros y menos de 600 euros respectivamente. Mientras que el 12,8% y el 8,4% afirmaron ganar de 1001 a 1500 euros y más de 1500 euros respectivamente.

Figura 4.6. Porcentaje en función del nivel de ingresos.



3. Instrumentos.

Dado que el objetivo principal de este trabajo es el estudio del Bienestar Psicológico, así como analizar las relaciones entre AVD y Satisfacción vital con el Bienestar Psicológico para una muestra de personas de más de 65 años, se seleccionaron como instrumentos de medida el Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965), el Índice de Satisfacción Vital (Neugarten et al, 1961) y las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (1989). A continuación se presentan las características y justificación de estas pruebas, así como algunos datos estadísticos de cada una de ellas.

3.1. Índice de Barthel.

Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB) (Mahoney y Barthel, 1965), también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland" (Wylie, 1967; Gresham, Philips y Labi, 1980).

El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades, el tiempo empleado en su realización y su necesidad de ayuda (Mahoney y Barthel, 1965).

La elección de las actividades que componen el IB fue empírica, a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos. Por tanto, no está basado en un modelo conceptual concreto, es decir, no existe un modelo teórico previo que justifique la elección de determinadas actividades de la vida diaria o la exclusión de otras (Mahoney y Barthel, 1965; Wylie, 1964; Wylie, 1967).

El IB ha sido validado en población española por Baztán et al. (1993) y se comenzó a utilizar en unidades de agudos en pacientes geriátricos con accidente vascular cerebral y posteriormente en otros niveles asistenciales (Baztán et al, 1993). Ésta ha sido la versión utilizada para nuestro estudio dado que es la más utilizada en el contexto español. La escala evalúa 10 áreas: alimentación, baño, vestido, aseo personal, continencia urinaria, continencia fecal, uso del retrete, traslados, deambulación y uso de escaleras, y se puntúa en una escala que va de 0 a 100, clasificando además a los sujetos en 4 grupos según su nivel de capacidad funcional: severa (0-45), grave (46-59), moderada (60-80) y ligera (81-100).

Se puede obtener información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

La fiabilidad del IB no fue determinada cuando se desarrolló originariamente. Loewen y Anderson se atribuyen haber realizado el primer estudio de fiabilidad del IB en su versión original (Loewen y Anderson, 1988). Comprobaron la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de vídeo de pacientes, puntuaron la realización de las actividades. De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97 (Collin, Davis, Horne y Wade, 1987). En

cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alpha de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original (Shah, Vanclay y Cooper, 1989).

A la hora de considerar la validez, hay que tener en cuenta que este índice se ha elaborado sobre bases empíricas, lo cual limita la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio. En cualquier caso, existen evidencias indirectas que permiten realizar valoraciones de la validez de constructo. En este sentido se ha observado que el IB inicial es un buen predictor de la mortalidad (Wylie y White, 1964; Wylie, 1967). Es presumible que esta asociación se deba a la habilidad del IB para medir discapacidad, condición ésta que presenta una asociación fuerte y consistente con una mayor mortalidad.

Las puntuaciones del IB también se han relacionado con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación en el ámbito hospitalario, aquellos pacientes con mayores puntuaciones y por lo tanto con un supuesto menor grado de discapacidad, presentaban una mejor respuesta a la rehabilitación que aquellos con menores puntuaciones del IB (Wylie, 1967; Granger, Albrecht y Hamilton, 1979; Wellwood, Dennis y Warlow, 1995).

Wade y Hewer realizaron una evaluación de la validez del IB en 572 pacientes con accidente vascular cerebral (ACVA), mediante la comparación con un índice de motricidad, obteniendo correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77 (Wade y Hewer, 1987). Finalmente, se ha observado una relación consistente entre la puntuación del IB y la evaluación realizada por el clínico al alta del paciente (Wylie y White, 1964; Wylie, 1967).

Uno de los motivos por los que se creó el IB fue para valorar la evolución de los pacientes. La evidencia empírica ha probado que el IB es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional (Mahoney, Wood y Barthel, 1958; Mahoney y Barthel, 1965; Van Bennekom, Jelles, Lankhorst y Bouter, 1996), aunque su capacidad para detectar cambios en situaciones extremas es limitada (Wellwood, Dennis y Warlow, 1995; Van Bennekom et al, 1996).

El IB ha sido utilizado en diferentes poblaciones y con propósitos diversos. A continuación se presenta una selección de las principales aplicaciones de este índice.

Originalmente el IB se aplicó en centros de rehabilitación física para evaluar la capacidad funcional de pacientes con discapacidades y especialmente de pacientes con accidente vascular cerebral (ACVA) (Yarkony, Roth, Heinemann y Lovell, 1988; Pedersen,

Jorgensen, Nakayama, Raaschou y Olsen, 1996). Se ha utilizado en el ámbito domiciliario, para estimar la necesidad de cuidados personales y organizar mejor los servicios de ayuda a domicilio (Fortinsky, Granger y Seltzer, 1981), y en unidades geriátricas como parte del protocolo de valoración geriátrica (Alarcón et al, 1993). El IB también se ha utilizado como criterio de eficacia de los tratamientos y actuaciones de profesionales sanitarios en ensayos clínicos aleatorizados (Trust Study Group, 1990).

Dadas las características del IB y su extendido uso, algunos autores lo han utilizado como referencia para estudiar las características de nuevas medidas. Este es el caso de la "*Goal Attainment Scale*" (Escala de Consecución de Objetivos), (Rockwood, Stolee y Fox, 1993), del "*Geriatric Quality of Life Questionnaire*" (Cuestionario Geriátrico de Calidad de Vida) (Guyatt et al, 1993), del "*Timed Test of Money Counting*" (Test Cronometrado de Contar Dinero) (Nikolaus, Bach, Specht-Leible, Oster y Schlierf, 1995), del "*Get Up and Go Test*" (Test de Levantarse y Andar) (Podsiadlo y Richardson, 1991), de la "*Scandinavian Stroke Supervision Scale*" (Roden, Britton, Gustafsson y Fugl-Meyer, 1994), del "*Nottingham Health Profile*" (Roda et al, 1993), del "*Sickness Impact Profile*" (Rothman, Hedrick y Inui, 1989), del cuestionario *Frail Elderly Functional Assessment* (Valoración Funcional del Anciano Debilitado) (Gloth, Waltson, Meyer y Pearson, 1995) y del instrumento de medida de la discapacidad utilizado por "*Office of Populations Censuses and Surveys*" (OPCS), oficina de censos poblacionales y encuestas) (Wellwood, Dennis y Warlow, 1995). En España el IB también ha sido utilizado para evaluar las características de una escala similar más adaptada para su utilización en ancianos hospitalizados (Perlado et al, 1996).

3.2. Índice de Satisfacción Vital (LSI).

El Índice de Satisfacción Vital-A (LSI-A) fue desarrollado por Neugarten, Havighurst y Tobin en 1961. Específicamente la construcción del LSI-A se inició como parte del estudio de campo "Ciudad de Kansas sobre la vida Adulta" (*Kansas City Study of Adult Life*), orientado a definir una medida operacional, válida y confiable del bienestar psicológico entre adultos mayores.

Su brevedad, fácil administración, medidas de validez y confiabilidad preliminares apropiadas, han hecho de él un instrumento muy atractivo, traduciéndose en una variedad

de investigaciones y aplicaciones en distintos países y contextos (por ejemplo, Chiang, Lu, Chu, Chang y Chou, 2008; Sener, Terzioglu y Karabulut, 2007).

Dado que el concepto de calidad de vida está en estrecha relación con el bienestar y con una amplia variedad de circunstancias vitales, se trata de un índice cuyas aplicaciones trascienden el área de la investigación en gerontología (Inga y Vara, 2006; Lobello, Underhill y Fine, 2004), pudiendo también ser útil cuando se quiere evaluar el éxito de la adaptación o felicidad en cualquier momento de la vida adulta.

La satisfacción vital es un constructo psicológico que refleja el bienestar subjetivo del individuo. Su estudio fue iniciado por Neugarten y colaboradores (1961; 1996) en la década de los sesenta del siglo pasado. Los investigadores distinguieron inicialmente dos formas de aproximarse a su medición: las primeras, centradas en las conductas manifiestas y cuya evaluación se basa en criterios sociales de éxito o competencia, número de actividades y grado de participación social; las segundas, consideran la apreciación subjetiva y prestan secundaria atención a factores sociales, dando mayor peso a la estimación del propio sujeto respecto de su vida actual y pasada, su felicidad y satisfacción. Es esta última perspectiva la adoptada por Neugarten y colaboradores (1961; 1996) cuando definieron operacionalmente el constructo, señalando que a la base del mismo existían cinco dimensiones:

a) Entusiasmo (entusiasmo y compromiso en las actividades, personas e ideas con las cuales el sujeto se involucra; se opone a la indiferencia, abatimiento y apatía);

b) Resolución y Fortaleza (responsabilidad por la propia vida, se contrapone a la resignación o la aceptación pasiva de lo que la vida le ofrece),

c) Congruencia entre objetivos deseados y alcanzados (logro y éxito en las metas propuestas en la vida, cualesquiera que hayan sido; lo contrario se encontraría cuando el individuo siente que ha perdido la mayoría de las oportunidades),

d) Autoconcepto positivo (personas que se preocupan por su cuidado y apariencia, y que se evalúa como alguien sabio y maduro; lo opuesto se encuentra en aquellos que se sienten viejos, débiles, enfermos,

incompetentes).

e) Tono Emocional (presencia de actitudes optimistas, felices, humor sano y tono afectivo positivo hacia los demás; se ubicarían en el otro extremo aquellos que son pesimistas, quejosos, se sienten solos o se enojan cuando están con otros).

Por tanto el Índice de satisfacción de la vida (LSI) Neugarten et al. (1961) mide la satisfacción con la vida de una forma relativamente independiente del nivel de actividad. Tal y como indican Neugarten et al. (1961), puede suponerse que un individuo posee satisfacción en la medida en que obtenga placer de las actividades que forman parte de su vida cotidiana, considere que su vida ha sido significativa y la acepte con determinación, sienta que ha logrado alcanzar sus principales metas y objetivos, mantenga una imagen positiva de sí mismo así como una actitud positiva y un estado de ánimo feliz. A partir de esta estructuración teórica, los autores emplean la escala como un indicador único de satisfacción vital.

Existen distintas versiones del LSI, como son: LSI-A (20 ítems), LSI-B (12 preguntas de respuesta abierta e ítems valorados según una escala de tres puntos), LSI-Z (13 elementos con tres alternativas de respuesta) y LSI de Bigot (8 elementos con 3 alternativas de respuesta).

Para nuestro estudio se ha utilizado la LSI-A en su versión de 20 ítems traducida al castellano y validada en nuestro contexto por Stock, Okun y Gómez (1994), aplicando el método de puntuación de Wood (Wood, Wylie y Sheafor, 1969), en el que el sujeto ha de señalar si está de acuerdo o en desacuerdo, y se codifica de forma sumatoria y unidimensional según el cual se asigna un 2 a las respuestas positivas, 0 a las negativas y 1 a “no sabe o no contesta”.

En relación a su consistencia interna mediante el alfa de Cronbach, concretamente con población anciana y en nuestro contexto, Stock et al. (1994) informan de un valor de 0,74, Latorre Postigo (2003) en un trabajo en el que aplicaron la prueba en pretest y postest informan de valores de 0,65 y 0,85, Toldos y Báguena (2005), encontraron un alfa de 0,75 y Villar, Triadó, Solé y Osuna (2006), obtuvieron un valor de 0,73.

Se realizó un estudio en Chile con la intención de estimar la fiabilidad y validez del

LSI-A. La muestra estuvo constituida por 473 adultos de 30 a 75 años (hombres y mujeres) de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, distribuidos en tres niveles de ingreso, tres grupos de edad y tres niveles de escolaridad. Se estimó la validez de contenido, concurrente y de constructo del instrumento, definiendo 5 factores que explican el 50.62% de la varianza. La confiabilidad con alpha de Cronbach fue de 0.80 para la muestra completa, el índice varió entre 0.77 a 0.83 según edad, entre 0.77 y 0.81 según nivel educacional y entre 0.74 y 0.83 según nivel de ingreso; no observándose variaciones según sexo (0.80) (Zegers, Rojas-Barahonda y Förster, 2009).

El Instituto de investigación sobre calidad de vida de la Universidad de Girona, realizó en 2010 una investigación sobre la adaptación a la jubilación y sus fases, para obtener información sobre la afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo. Cada participante cumplimento su *Línea de Vida* de modo retrospectivo (*Life Chart Methodology Retrospective* (LCM-r) atendiendo a las oscilaciones de sus niveles de satisfacción vital, así como el Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) como instrumento estandarizado para la medición de la satisfacción vital. El LSI-A obtuvo una correlación estadísticamente significativa con la LCM-r ($r=0.57$; $p<.01$) y de intensidad semejante a la que obtiene dicho instrumento con el *Philadelphia Geriatic Centre Morale Score* (Lawton, 1975), otra escala ampliamente utilizada entre el colectivo de personas mayores, con la que según datos de Stock, Okun y Gómez (1994) mantiene una correlación de ($r=0.58$; $p>.01$) en su versión española.

3.3. Escalas de Bienestar Psicologico de Ryff.

Tal y como se ha planteado, para explicar el Bienestar psicológico, Ryff (1989) sugirió un modelo multidimensional compuesto por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida, y crecimiento personal.

Una vez establecida la coherencia teórica de las escalas, la autora desarrolló un instrumento conocido como «Escalas de Bienestar Psicológico» (*Scales of Psychological Well-Being*, SPWB) que evalúa cada una de estas dimensiones, siendo según Van Dierendonck (2004) el procedimiento empleado para su construcción uno de sus puntos fuertes. De este modo, una vez definidas teóricamente las seis dimensiones o escalas, tres

investigadores generaron 80 ítems por dimensión. Posteriormente, todos los ítems fueron evaluados en función de su ambigüedad y su ajuste a la definición de la escala. De ellos se seleccionaron 32 por escala (16 positivos y 16 negativos). El banco de ítems resultante se aplicó en un estudio piloto a una muestra de 321 adultos. Tras este estudio se eliminaron los doce ítems de cada escala que mostraban, según los análisis psicométricos, peores indicadores de ajuste. El instrumento, finalmente contó con 20 ítems por escala. Dada la longitud de dicho instrumento (120 ítems en total), en los últimos años se han venido proponiendo varias versiones cortas de las Escalas de Bienestar Psicológico.

Ryff, Lee, Essex y Schumutte (1994) desarrollaron una versión de 14 ítems por escala, seleccionados en función de sus altas correlaciones ítem-total y su ajuste al modelo teórico propuesto. Las correlaciones de estas escalas con las escalas de 20 ítems variaron entre 0,97 y 0,98. Posteriormente, Ryff y Keyes (1995) desarrollaron una versión de 3 ítems por escala, seleccionando aquéllos que mejor ajustaban con el modelo teórico propuesto de seis factores. Estas escalas correlacionaron con las escalas de 20 ítems con valores comprendidos entre 0,70 y 0,89. También existe otra versión acortada que incluye 9 items por factor (Van Dierendonck, 2004)

Para analizar las propiedades psicométricas de las diferentes versiones cortas, van Dierendonck (2004) llevó a cabo un estudio comparativo empleando una muestra relativamente amplia. Las escalas de la versión de 14 ítems poseen, en general, una muy buena consistencia interna, pero, sin embargo, muestran un mal ajuste al modelo teórico propuesto. Las escalas de la versión de 9 ítems muestran una consistencia interna buena, pero los indicadores de ajuste, aún mejorando los de la versión de 14 ítems, siguen ofreciendo valores más bajos de lo deseable. Finalmente, la versión de 3 ítems muestra unos indicadores de ajuste aceptables, pero sus escalas muestran una consistencia interna baja, debido probablemente no sólo a su longitud sino también a que la selección de los ítems de este última versión se realizó para maximizar el ajuste al modelo teórico propuesto (Keyes et al., 2002).

En relación a la estructura factorial de las Escalas de Ryff, éstas han sido analizadas mediante análisis factoriales confirmatorios en su versión de 54 ítems por Ryff y Keyes (1995), encontrando que el modelo confirmatorio de mejor ajuste era el de seis factores de primer orden y uno de segundo orden que explicaría a los anteriores, aunque el ajuste

resultó pobre. Posteriormente Keyes et al. (2002), también mediante análisis confirmatorios, encontraron que a la base de estos seis factores de primer orden se encontrarían dos constructos de nivel superior, bienestar subjetivo y bienestar psicológico, si bien esto último lo pusieron a prueba tomando los seis factores como indicadores observables, y realizando un nuevo análisis factorial confirmatorio con estos dos constructos como factores latentes. Aún así, el ajuste de este modelo tampoco resultó satisfactorio.

Posteriormente otros autores han analizado la estructura factorial de las escalas de Ryff en sus diferentes versiones. Así, por ejemplo, en muestras holandesas, van Dierendonck (2004) encuentra que el mejor modelo es el de seis factores con un factor de segundo orden, si bien los ajustes tampoco eran satisfactorios y exigieron la eliminación de ítems, dejando la escala en 39 items. Por su parte Abbott et al. (2006), encuentran también una estructura de seis factores, pero con un factor de segundo orden afectando a cuatro de los factores de primer orden, si bien el ajuste solamente resultó satisfactorio con la reducción de ítems y la modelización de factores que, al margen del contenido del ítem, agrupaban a los formulados positiva y negativamente.

También Springer et al. (2006) evaluaron diversos modelos factoriales confirmatorios para las escalas de Ryff, en tres grandes masas de datos estadounidenses de carácter nacional, concluyendo que la distinción de seis factores es dudosa dadas sus altas intercorrelaciones. Este artículo ha sido posteriormente replicado por Ryff y Singer (2006), señalando que el mejor ajuste global sigue siendo el de seis factores, lo que no obstante no resuelve el problema de las altas inter-correlaciones entre factores (Springer et al, 2006).

En nuestro contexto, diferentes estudios han utilizado estas escalas como base para la investigación empírica del bienestar en el envejecimiento (Navarro, Meléndez y Tomás, 2008; Triadó, 2003), y algunos han puesto a prueba su estructura factorial y propiedades psicométricas. Así, el trabajo de Díaz et al. (2006) ha probado diversos modelos para poner a prueba la estructura de estas escalas, intentando mejorar sus propiedades psicométricas, reduciendo ampliamente el número de ítems hasta una versión de 29. También Tomás, Meléndez y Navarro (2008) han estudiado la estructura factorial de las escalas, concretamente en muestra de personas jubiladas, no empleando directamente los ítems, sino agregados de éstos, y sin obtener ajustes plenamente satisfactorios.

En un trabajo reciente, y también con muestra de personas mayores, Triadó et al. (2007) han puesto a prueba las diversas estructuras factoriales encontradas en la literatura para la versión de 54 ítems, y las conclusiones son muy similares, aunque con ajustes altamente insatisfactorios.

Un problema adicional de los resultados de todos los trabajos que han empleado análisis factorial confirmatorio, es que resulta difícil escoger entre los modelos de cinco y seis factores, pues sus índices de ajuste son muy similares, algunas veces a favor del modelo de cinco y otras del de seis, lo que probablemente se encuentra relacionado con las elevadas correlaciones entre las dimensiones, que no favorecen la validez discriminante que los autores defienden de las escalas (Ryff y Singer, 2006). Dada esta situación, la posible presencia de efectos de método en la escala, y sus versiones, no puede descartarse y un único trabajo, hasta la fecha, la ha puesto a prueba en el contexto anglosajón y en población general (Springer y Hauser, 2006). Efectivamente, estos autores encontraron que los modelos factoriales de mejor ajuste (que no de ajuste satisfactorio) mejoraban claramente al introducir un efecto de método asociado a los ítems formulados en negativo.

Para nuestro estudio se seleccionó la versión de 54 ítems y seis factores, que se presentan y se describen a continuación. La A*uto-aceptación* es uno de los criterios centrales del bienestar. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo (Keyes et al., 2002). Para Zacarés y Serra (1996), una alta puntuación en esta dimensión significa que se posee una actitud positiva hacia sí mismo, se reconocen y aceptan múltiples aspectos del yo, incluyendo los negativos y los positivos, y se mantienen sentimientos positivos hacia lo vivido. En cambio, una puntuación baja significa que se siente insatisfecho consigo mismo.

Otra de las dimensiones centrales del bienestar es la capacidad de mantener *relaciones positivas con los demás* (Erikson, 1996; Ryff y Singer, 1998). La gente necesita mantener relaciones sociales estables y tener amigos en los que pueda confiar. La capacidad para amar es un componente fundamental del bienestar (Allardt, 1996) y consiguientemente de la salud mental (Ryff, 1989b). De hecho, numerosas investigaciones realizadas en las últimas décadas (Berkman, 1995; Davis, Morris, y Kraus, 1998; House, Landis, y Umberson, 1988) señalan que el aislamiento social, la soledad, y la pérdida de apoyo social

están firmemente relacionadas con el riesgo de padecer una enfermedad, y reducen el tiempo de vida. Según Zacarés y Serra (1996), una puntuación alta indica la existencia de relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias y de mutua confianza, preocupación por el bienestar de los demás, empatía, afectividad e intimidad. Una puntuación baja indica pocas relaciones interpersonales de calidad, además de dificultades para ser cálido, abierto y empático, y poco esfuerzo por mantener compromisos duraderos.

La siguiente dimensión estudiada es el *dominio del ambiente*, que según Díaz et al. (2006), es la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias, y se considera otra de las características del funcionamiento positivo. Para Zacarés y Serra (1996), una puntuación alta implica sentido de dominio y competencia manejando el ambiente, así como el uso de las oportunidades que se presentan. Por su parte, una baja puntuación implica dificultad en el manejo de asuntos diarios, incapacidad para modificar el contexto cercano y falta de sentido de control sobre el ambiente que le rodea.

Otra dimensión esencial es la *autonomía*. Según Zacarés y Serra (1996) una alta puntuación significa que es independiente y autodeterminado, capaz de resistir presiones sociales para pensar y actuar de cierto modo, autorregulado en su conducta. Una baja puntuación significa preocupación por las expectativas y evaluaciones de los demás, confiando en los juicios de los demás para tomar decisiones.

Las personas necesitan marcarse metas, definir una serie de objetivos que les permitan dotar a su vida de un cierto sentido. Necesitan, por tanto, tener un *propósito en la vida*. Para Zacarés y Serra (1996) la puntuación alta nos muestra sujetos que tienen metas en la vida y sentido de dirección, sentimiento de significado en el presente y en el pasado, y que mantienen creencias que proporcionan significado a la vida. Una puntuación baja nos mostraría personas con falta de sentido vital, con pocas metas u objetivos, sin sentido de dirección, sin percepción de propósito en lo ya vivido, ni de una filosofía unificadora de la vida.

Por último, el funcionamiento positivo óptimo no sólo requiere de las características anteriormente señaladas; necesita también el empeño por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades (Keyes et al., 2002); esta sería la dimensión denominada *crecimiento personal*. Para Zacarés y Serra (1996), esta

cualidad tiñe a todas las demás, ya que implica no solo que se logren las anteriores, sino que exista una continuidad en el propio autodesarrollo. Una puntuación alta describe la existencia de un sentimiento de desarrollo continuado y de mejora a través del tiempo, la expansión y el crecimiento, apertura a nuevas experiencias y sentido de desarrollo del propio potencial. Una puntuación baja describe a personas con un sentido de estancamiento personal, con falta de sentido de mejora o expansión a lo largo del tiempo, incapacidad para desarrollar nuevas actitudes o conductas, aburrimiento y desinterés.

4. Análisis estadísticos.

Los análisis estadísticos se realizaron en el paquete estadístico SPSS (versión 19), analizándose en primer lugar los principales descriptivos de los instrumentos utilizados. Además, se han aplicado correlaciones bivariadas tanto entre las pruebas como entre los factores de la escala de bienestar.

De cara al análisis de la relación de las medidas con la edad, se aplicaron correlaciones de Pearson, realizándose posteriormente análisis de correlaciones múltiples para observar tanto las relaciones lineales como las no lineales.

Para el análisis de las diferencias de medias, se han utilizado pruebas t para muestras independientes y análisis de varianza ANOVAs con sus correspondientes pruebas post-hoc.

Se ha desarrollado un modelo de ecuaciones estructurales mediante el programa EQS 6.1 utilizando los principales indicadores de ajuste de modelos MIMIC.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS.

1. Descriptivos de las medidas utilizadas y relación entre medidas.

En este primer apartado se pretende describir las principales características de cada una de las tres medidas utilizadas en este trabajo, así como, conocer la relación existente entre estas.

En primer lugar se presentan en la tabla 5.1., los principales descriptivos del Índice de Barthel, así como de la LSI-A y las Escalas de Bienestar de Ryff. Respecto al Índice de Barthel (Mahoney y Barthel, 1965), tal y como se indicó en el apartado de instrumentos, puede utilizarse tanto de forma cuantitativa (0 a 100), como de forma cualitativa mediante cuatro categorías (grave, severa, moderada y ligera). Si bien en este trabajo, esta medida es utilizada de forma cuantitativa, su análisis cualitativo ofreció la siguiente distribución en grupos: 84,5% ligera, 7,7% moderada, 3,6% grave y 4,2% severa.

Tabla 5.1. Estadísticos descriptivos de los instrumentos.

	Mínimo	*Máximo*	*Media*	*Desv. típ.*
Indice de Barthel	0	100	90,68	17,59
LSI-A	2	38	23,34	7,11
Autonomía	1,44	6,00	4,26	,80
Dominio del ambiente	1,89	6,00	4,27	,77
Crecimiento personal	1,56	6,00	3,96	,79
Relaciones positivas con otros	1,33	6,00	4,39	,85
Autoaceptación	1,67	6,00	4,29	,76
Propósito en la vida	1,67	6,00	3,99	,75

Por lo que respecta a la fiabilidad, esta fue analizada para las Escalas de Bienestar de Ryff. En la tabla 5.2., se pueden observar el alfa de Cronbach para cada una de las dimensiones analizadas, observándose como todas las puntuaciones obtenidas son aceptables.

Tabla 5.2. Análisis de fiabilidad de las Escalas de Bienestar de Ryff.

	Alfa Cronbach
Autonomía	,71
Dominio del ambiente	,73
Crecimiento personal	,71
Relaciones positivas con otros	,74
Autoaceptación	,71
Propósito en la vida	,67

Tal y como indican Prieto y Muñiz (2000), se considera satisfactoria la consistencia interna de una escala cuando es mayor de 0,70, de este modo, tal y como se observa, todas

las dimensiones a excepción de propósito en la vida (,67) obtienen puntuaciones iguales o superiores.

De forma más específica y en relación a las Escalas de bienestar y con población anciana diversos trabajos han estudiado la fiabilidad de la escala, así Triado (2003) en un trabajo similar, obtiene puntuaciones entre ,59 y ,75, siendo los factores crecimiento personal, (,59), autonomía (,65) y propósito en la vida (,69) los que están por debajo de lo recomendable. En esta misma línea de resultados, Molina y Meléndez (2006) informan que los alfas de la escala oscilan entre ,87 y ,60, esta ultima puntuación en el factor crecimiento personal, encontrándose además la autonomía (,69) por debajo de lo recomendable. Díaz et al. (2006) encuentran resultados más satisfactorios, obteniendo unos alfas entre ,83 y ,68, esta última para el factor crecimiento personal. En esta misma línea de resultados, un trabajo desarrollado por Triadó et al. (2007) señala que todos los factores obtuvieron puntuaciones por debajo de ,70, siendo la dimensión crecimiento personal la que obtuvo un alfa más bajo ,49.

Siguiendo con el objetivo de este apartado, se analizaron las relaciones existentes entre las diferentes medias (tabla 5.3.), aplicándose correlaciones de Pearson entre las puntuaciones del Índice de Barthel, el Índice de Satisfacción Vital y las Escalas de Bienestar de Ryff.

Tabla 5.3. Correlaciones entre las medidas utilizadas.

	LSI-A	AN	DA	CP	RP	AA	PV
ÍB	,297**	,177**	,295**	,217**	,170**	,227**	,323**
LSI-A		,359**	,520**	,383**	,451**	,536**	,470**
AN			,406**	,313**	,386**	,452**	,347**
DA				,233**	,538**	,605**	,423**
CP					,319**	,317**	,643**
RP						,578**	,432**
AA							,415**

Nota: IB= Índice de Barthel; AN= Autonomía; DA= Dominio del Ambiente; CP= Crecimiento personal; RP= Relaciones positivas con los demás; AA= Autoaceptación; PV= Propósito en la vida. **Correlación significativa al nivel de 0,01.

Tal y como se puede observar en la tabla 5.3., todas la correlaciones han resultado positivas y significativas al nivel 0,01, mostrando las importantes relaciones entre las medidas.

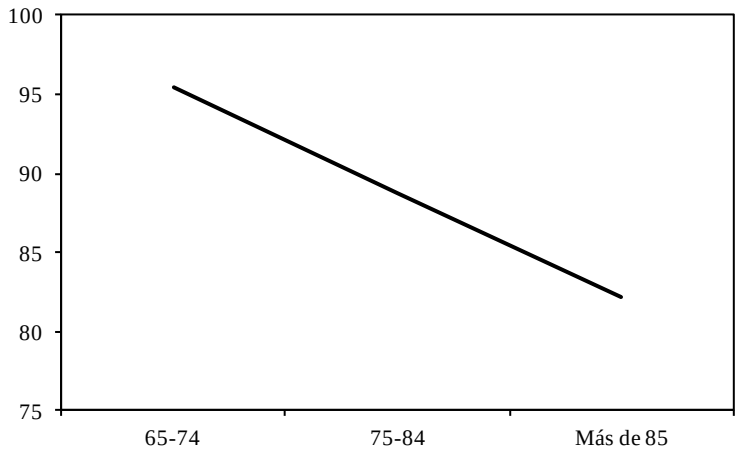
2. Índice de Barthel y su relación con las principales variables.

El objetivo de este apartado es conocer si existen diferencias significativas entre el Índice de Barthel y las diferentes variables estudiadas. En primer lugar, se probó la relación de tipo lineal entre la medida de actividades básicas de la vida diaria con la variable edad, mediante la correlación de Pearson, para comprobar si existía algún patrón de aumento o descenso en relación a la edad, observándose una correlación significativa y negativa (r = -287; p<,001), lo cual indica que según aumenta la edad la puntuación media del Índice de Barthel va disminuyendo.

Para facilitar los análisis estadísticos la variable edad se categorizó en tres rangos, siendo las medias en el Índice de Barthel para cada categoría las siguientes: 65-74: 95,48; 75-84: 88,70 y Más de 85: 82,18. Al aplicar el ANOVA se observaron diferencias estadísticamente significativas en función de los rangos de edad establecidos (F=42,89; p<,001), además al aplicar las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, los resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, presentando diferencias significativas entre todas las categorías de edad con una significación de (p<,001). En la figura 5.1., se pueden observar las puntuaciones media de cada grupo de edad en la medida de dependencia.

Figura 5.1. Media del Índice de Barthel en las categorías de edad.



Por lo que se refiere al Género, al aplicar la prueba t para muestras independientes la prueba de Levene resulto significativa (p=,023), por lo que no se asumieron varianzas iguales. Al analizar la significación se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el Índice de Barthel (t=1,98; p=,048) pudiéndose observar las medias de cada grupo en la tabla 5.4.

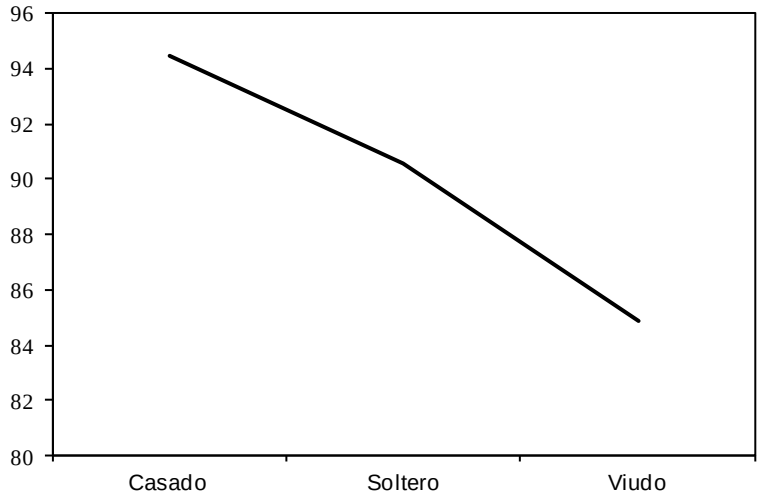
Tabla 5.4. Estadísticos descriptivos del Índice de Barthel según Género.

	N	*Media*	*DT*
Hombre	499	91,84	16,26
Mujer	709	89,85	18,44

Respecto al Estado Civil, las medias de las categorías fueron: Casado: 94,48; Soltero: 90,59 y Viudo: 84,89. Al aplicar el ANOVA se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F=45,36; p<,001), el posterior análisis de las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe obtuvo un resultado significativo en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, encontrándose diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de los Viudos con todos los demás: Casado (p<,001) y Soltero (p=,018). A continuación se presenta la figura 5.2., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

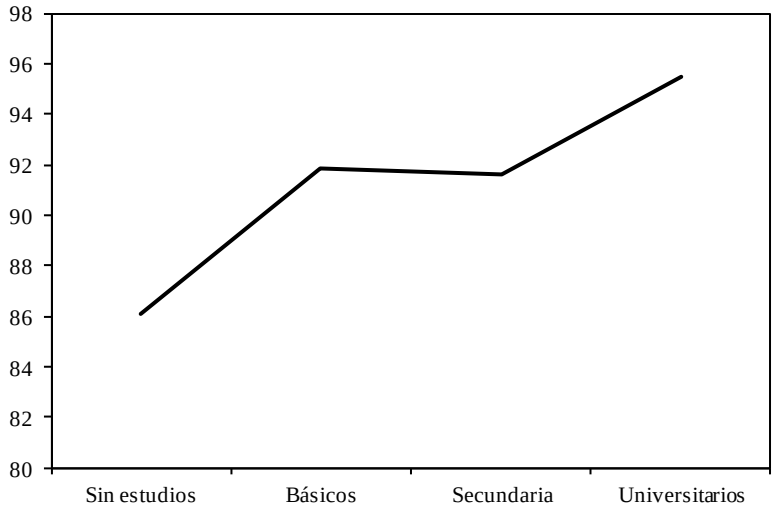
Figura 5.2. Puntuaciones medias del Índice de Barthel según Estado Civil.



En relación con la variable Nivel de Estudios, las medias de las categorías fueron las siguientes: Sin estudios: 86,11; Básicos: 91,83; Secundaria: 91,62 y Universitarios: 95,53. Al aplicar el ANOVA se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=10,42; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó Tuckey, encontrándose diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Sin estudios con todos los demás: Básicos (p<,001); Secundaria (p= ,004) y Universitarios (p<,001). A continuación se presenta la figura 5.3., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.3. Puntuaciones medias del Índice de Barthel según Nivel de Estudios.



Por lo que se refiere a la variable Tiene hijos, la prueba de Levene no resultó significativa (p=,642), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes no se encontraron diferencias significativas entre los que tenían y los que no tenían hijos en el Índice de Barthel (t=,659; p=,510). A nivel descriptivo se ofrecen los datos de ambos grupos en la siguiente tabla.

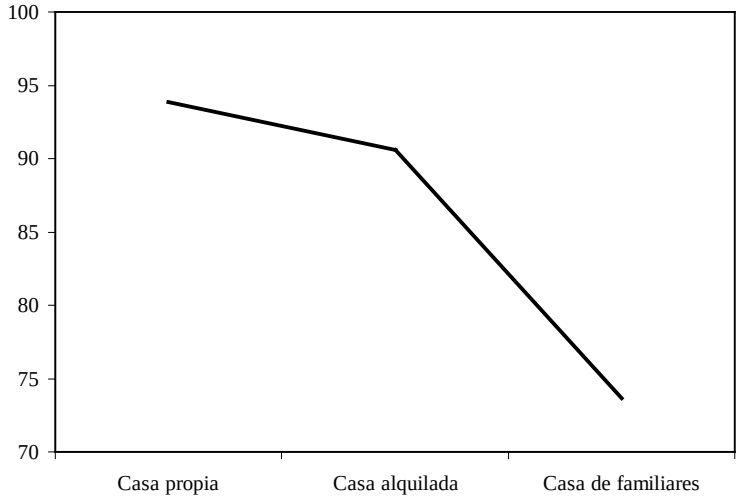
Tabla 5.5. Estadísticos descriptivos del Índice de Barthel para la variable Tiene hijos.

	N	*Media*	*DT*
SI	1085	90,88	17,35
NO	113	89,74	18,40

En relación a la variable Vive en, las medias de las categorías fueron: Casa propia: 93,87; Casa alquilada: 90,59 y Casa de familiares: 73,63. Al aplicar el ANOVA se observaron diferencias estadísticamente significativas (F= 95,18; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, que mostró diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Casa de familiares y los otros dos grupos: Casa propia (p<,001) y Casa alquilada (p<,001). A continuación se presenta la figura 5.4., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.4. Puntuaciones medias del Índice de Barthel en la variable Vive en.

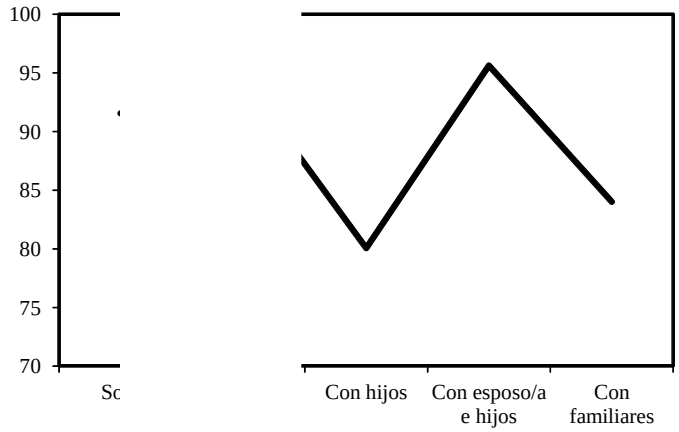


Respecto a la variable Con quien vive las medias de las categorías fueron: Solo: 91,55; Con esposo/a: 94,39; Con hijos: 80,07; Con esposo/a e hijos: 95,62 y Con familiares: 84,01. Al aplicar el ANOVA se observaron diferencias estadísticamente significativas (F= 32,96; p<,001), también se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó como prueba post hoc Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Vive con Familiares y los grupos de Solo (p=,004); Con esposo/a (p<,001) y Con esposo/a e hijos (p<,001). También aparecen diferencias significativas entre el grupo de los que viven Con hijos y los grupos de: Solo

(p<,001); Con esposo/a (p<,001) y Con esposo/a e hijos (p<,001). A continuación se presenta la figura 5.5., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.5. Puntuaciones medias del Índice de Barthel en la variable Con quien vive.

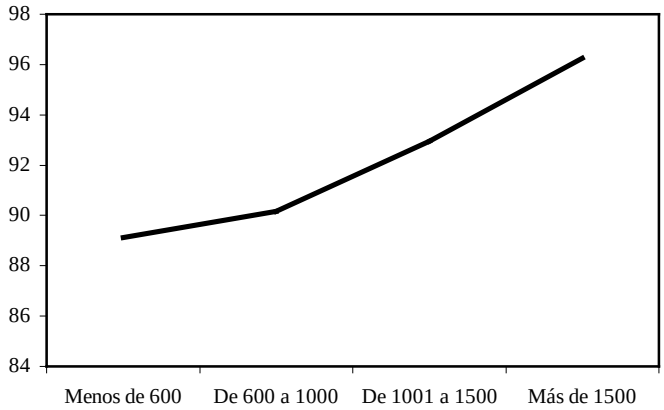


Finalmente y en relación a la variable Nivel de ingresos las medias de las categorías fueron: Menos de 600: 89,12; De 600 a 1000: 90,17; De 1001 a 1500: 92,95 y Más de 1500: 96,24. Al aplicar el ANOVA se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F= 5,57; p<,001), posteriormente las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, mostraron resultados significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó Tuckey, obteniéndose diferencias significativas entre el grupo de Más de 1500 y los grupos de: Menos de 600 (p=,001) y De 600 a 1000 (p=,008). A continuación se presenta la figura 5.6., con la media de las puntuaciones

.

Figura 5.6. Puntuaciones medias del Índice de Barthel según Ingresos.



Finalmente en la tabla 5.6., se presenta un resumen de las diferentes variables significativas y no significativas para el Índice de Barthel.

Tabla 5.6. Resumen de las variables significativas y no significativas en el Índice de Barthel.

Variables	Significativa	No significativa
Edad		
Género		
Estado civil		
Nivel de estudios		
Tiene hijos		
Vive en		
Vive con		
Ingresos		

3. Índice de Satisfacción Vital y su relación con las principales variables.

El objetivo de este apartado es conocer si existen diferencias significativas entre el Índice de Satisfacción Vital (LSI) y las diferentes variables estudiadas.

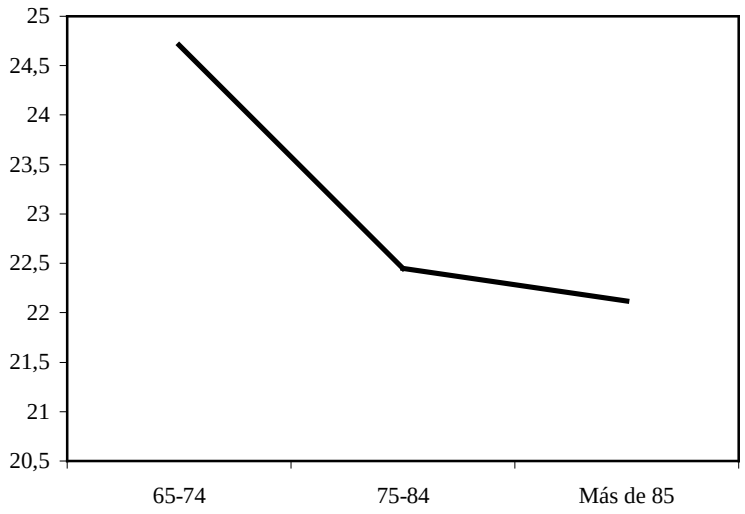
En primer lugar, se probó la relación de tipo lineal entre la medida de satisfacción vital (LSI) con la variable edad, mediante la correlación de Pearson, para comprobar si existía algún patrón de aumento o descenso, obteniéndose una correlación significativa y negativa ($r = -,174$; $p<,001$), lo cual indica que según aumenta la edad la puntuación media del Índice de Satisfacción Vital va disminuyendo.

En cuanto a la variable Edad con las tres categorías establecidas, las medias para el Índice de Satisfacción Vital fueron las siguientes: 65-74: 24,71; 75-84: 22,45 y Más de 85: 22,12. Al aplicar el ANOVA se encontraron diferencias significativas ($F=16,06$; $p<,001$), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos ($p<,001$).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, presentando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el rango de 65-74 y los rangos de 75-84 ($p<,001$) y Más de 85 ($p<,001$). A continuación se presenta la figura 5.7., con la media de las puntuaciones

para cada una de las categorías.

Figura 5.7. Media del Índice de Satisfacción Vital para las categorías de edad.



Por lo que se refiere al Género, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,063), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el Índice de Satisfacción Vital (t=1,61; p=,108). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.7. los datos de ambos grupos.

Tabla 5.7. Estadísticos descriptivos del Índice de Satisfacción Vital según Género.

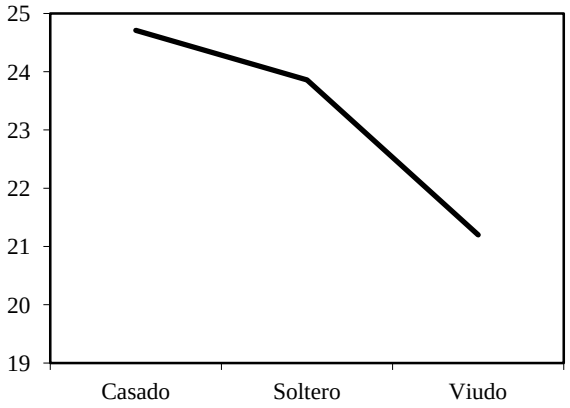
	N	*Media*	*DT*
Hombre	499	23,73	6,81
Mujer	709	23,06	7,30

Respecto al Estado Civil, las medias para el Índice de Satisfacción Vital fueron las siguientes: Casado: 24,71; Soltero: 23,86 y Viudo: 21,20. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=22,43; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, presentando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de los Viudos con los grupos de: Casado (p<,001) y Soltero (p=,005). A continuación se presenta la figura 5.8., con la media de las

puntuaciones para cada una de las categorías.

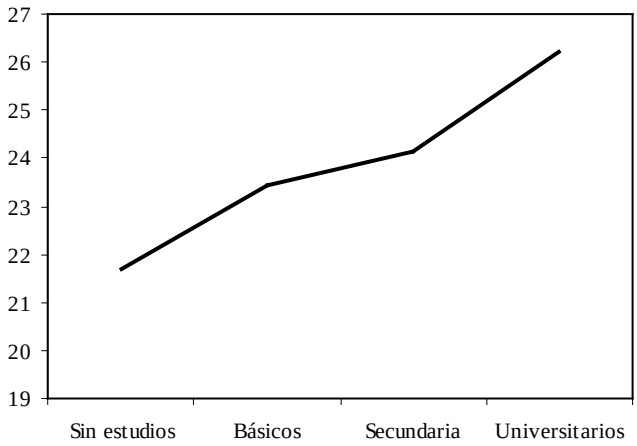
Figura 5.8. Puntuaciones medias del Índice de Satisfacción Vital según Estado Civil.



En relación con la variable Nivel de Estudios las medias para el Índice de Satisfacción Vital fueron las siguientes: Sin estudios: 21,70; Básicos: 23,45; Secundaria: 24,12 y Universitarios: 26,22. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F=11,54; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas entre el grupo Sin estudios con todos los demás: Básicos (p=,002); Secundaria (p=,001) y Universitarios (p<,001). También se observan diferencias entre el grupo de estudios Básicos y el grupo de Universitarios (p=,002). A continuación se presenta la figura 5.9., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.9. Puntuaciones medias del Índice de Satisfacción Vital según Nivel de Estudios.



Por lo que se refiere a la variable Tiene hijos, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,246), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes no se encontraron diferencias significativas entre los que tenían y los que no tenían hijos en el Índice de Satisfacción Vital (t=1,62; p=,105). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.8., los datos de ambos grupos.

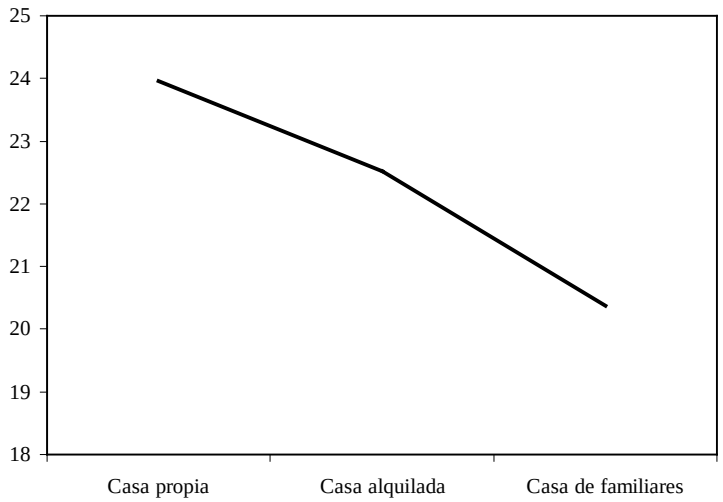
Tabla 5.8. Estadísticos descriptivos del Índice de Satisfacción Vital para la variable Tiene hijos.

	N	*Media*	*DT*
SI	1077	23,48	7,03
NO	112	22,33	7,81

En relación a la variable Vive en las medias para el Índice de Satisfacción Vital fueron las siguientes: Casa propia: 23,96; Casa alquilada: 22,52 y Casa de familiares: 20,38. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=16,01; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Casa de familiares y los otros dos grupos: Casa propia (p<,001) y Casa alquilada (p=,043). A continuación se presenta el gráfico 5.10 con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

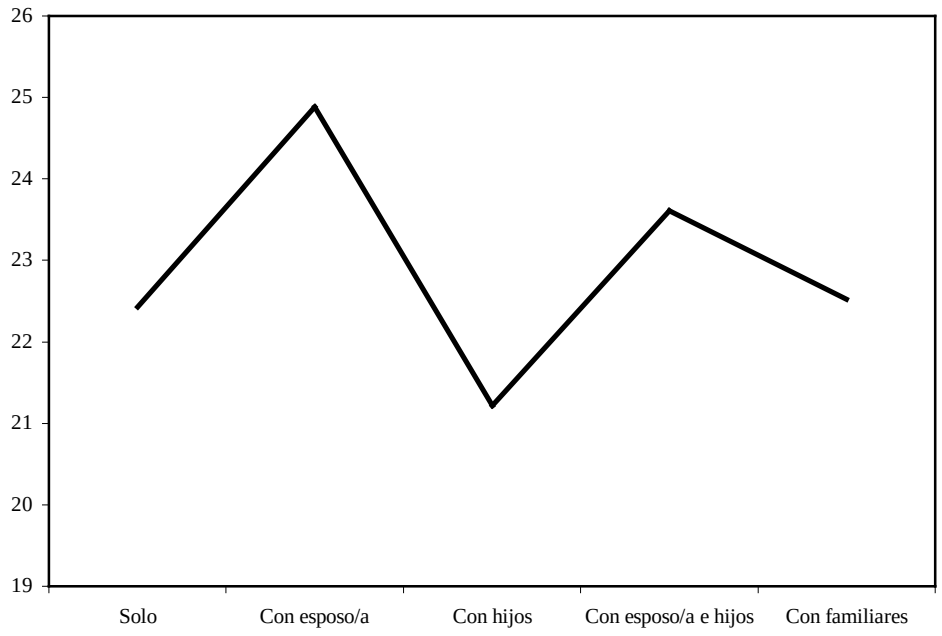
Figura 5.10. Puntuaciones medias del Índice de Satisfacción Vital en la variable Vive en.



Respecto a la variable Con quien vive las medias para el Índice de Satisfacción Vital fueron las siguientes: Solo: 22,43; Con esposo/a: 24,88; Con hijos: 21,22; Con esposo/a e hijos: 23,61 y Con familiares: 22,52. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=12,24; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, encontrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de vive con Esposo/a y los grupos de: Solo (p<,001); Con hijos (p<,001) y Con familiares (p=,049). También encontramos diferencias significativas entre el grupo de los que viven con Hijos y los que viven con esposo/a e hijos (p=,016). A continuación se presenta la figura 5.11., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.11. Puntuaciones medias del Índice de Satisfacción Vital en la variable Con quien vive.

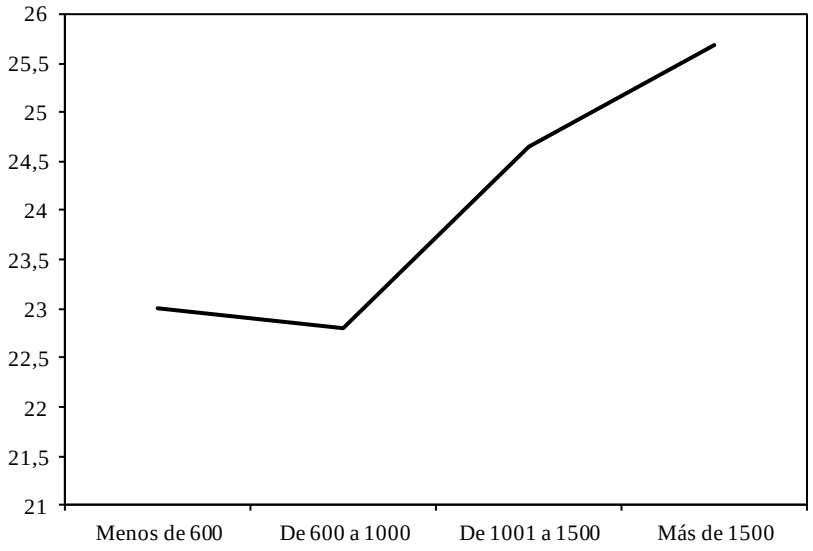


Por último y en relación a la variable Nivel de ingresos las medias para el Índice de Satisfacción Vital fueron las siguientes: Menos de 600: 23,01; De 600 a 1000: 22,81; De 1001 a 1500: 24,64 y Más de 1500: 25,68. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observando diferencias estadísticamente significativas (F=6,717; p<,001), además se

aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, presentando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Más de 1500 y los grupos de: Menos de 600 (p=,003) y De 600 a 1000 (p=,001). También encontramos diferencias significativas entre los grupos De 600 a 1000 y De 1001 a 1500 (p=,026). A continuación se presenta la figura 5.12., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.12. Puntuaciones medias del Índice de Satisfacción Vital según Ingresos.



Finalmente en la tabla 5.9., se presenta un resumen de las diferentes variables significativas y no significativas para el Índice de Satisfacción Vital.

Tabla 5.9. Resumen de las variables significativas y no significativas en el Índice de Satisfacción Vital.

Variables	Significativa	No significativa
Edad	■	
Género		■
Estado civil	■	
Nivel de estudios	■	
Tiene hijos		■
Vive en	■	
Vive con	■	
Ingresos	■	

4. Escalas de bienestar de Ryff y su relación con las principales variables.

El objetivo de este apartado es conocer si existen diferencias significativas entre las escalas de Bienestar de Ryff y las diferentes variables estudiadas, para ello se presentan los resultados para cada uno de las dimensiones.

4.1. Escala de Autonomía.

Tal y como indican Ryff y Keyes (1995) las personas necesitan asentarse en sus propias convicciones, tener autodeterminación y mantener su independencia y autoridad personal para sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales. Ryff y Singer (2002) también sostienen que las personas con autonomía son capaces de resistir en mayor medida la presión social y auto-regulan mejor su comportamiento.

En primer lugar, se estudió la relación de tipo lineal entre la medida de el factor Autonomía de las Escalas de Ryff con la variable edad, mediante la correlación de Pearson, para comprobar si existía algún patrón de aumento o descenso, no obteniéndose una correlación significativa (r = -,033; p=,249).

En cuanto a la variable Edad con las tres categorías establecidas, las medias para el factor Autonomía de las Escalas de Ryff fueron las siguientes: 65-74: 4,28; 75-84: 4,25 y Más de 85: 4,24. Al aplicar el Análisis de Varianza (ANOVA), no se encontraron diferencias significativas (F=0,15; p=,858).

Por lo que se refiere al Género, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,480), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes se observaron diferencias significativas entre hombres y mujeres para el factor Autonomía de las Escalas de Bienestar de Ryff (t=4,63; p<,001). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.10. los datos de ambos grupos.

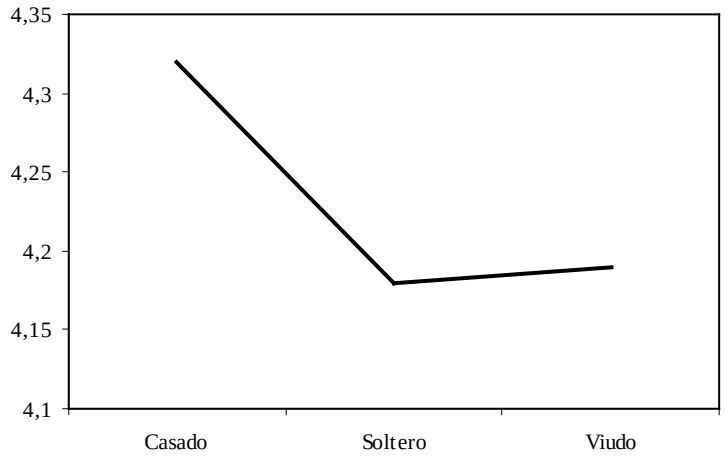
Tabla 5.10. Estadísticos descriptivos de Autonomía según Género.

	N	*Media*	*DT*
Hombre	499	4,39	,80
Mujer	709	4,17	,79

Respecto al Estado Civil, las medias para el factor Autonomía de las Escalas de Ryff fueron las siguientes: Casado: 4,32; Soltero: 4,18 y Viudo: 4,19. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=2,81; p=,038), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados mostraron diferencias significativas, p= ,046 y p= ,044 respectivamente.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, observándose diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de los Casados y el grupo de los Viudos (p=,043). A continuación se presenta la figura 5.13., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.13. Puntuaciones medias de Autonomía según Estado Civil.

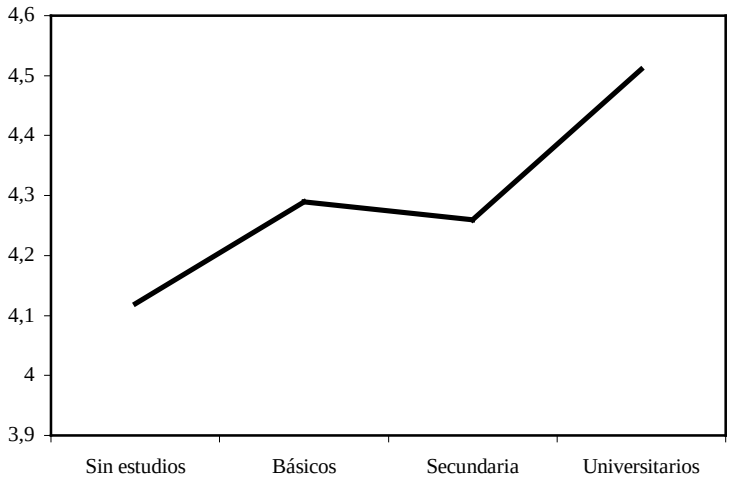


En relación con la variable Nivel de Estudios las medias para el factor Autonomía de las Escalas de Ryff fueron las siguientes: Sin estudios: 4,12; Básicos: 4,29; Secundaria: 4,26 y Universitarios: 4,51. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=6,35; p=,000), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados mostraron diferencias significativas, p= ,001 en ambos casos.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, presentando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de los Sin estudios con los grupos de: Básicos (p=,016) y Universitarios (p<,001). A continuación se presenta la figura 5.14., con la media

de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.14. Puntuaciones medias Autonomía según Nivel de Estudios.



Por lo que se refiere a la variable Tiene hijos, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,302), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes se encontraron diferencias significativas entre los que tenían y los que no tenían hijos en el factor Autonomía de las Escalas de Bienestar de Ryff (t=2,29; p=,022). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.11 los datos de ambos grupos.

Tabla 5.11. Estadísticos descriptivos de Autonomía para la variable Tiene hijos.

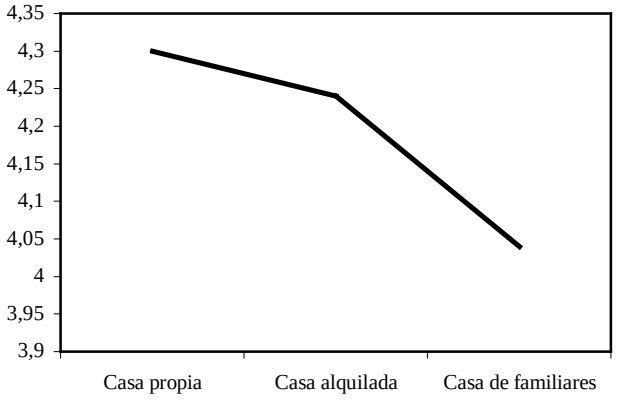
	N	*Media*	*DT.*
SI	1085	4,29	,81
NO	113	4,10	,74

En relación a la variable Vive en, las medias para el factor Autonomía de las Escalas de Ryff fueron las siguientes: Casa propia: 4,30; Casa alquilada: 4,24 y Casa de familiares: 4,04. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F=5,82; p=,003), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados mostraron diferencias significativas (p= ,005; p=,004) respectivamente.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, presentando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Casa propia y Casa de familiares (p=,002). A

continuación se muestra la figura 5.15., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

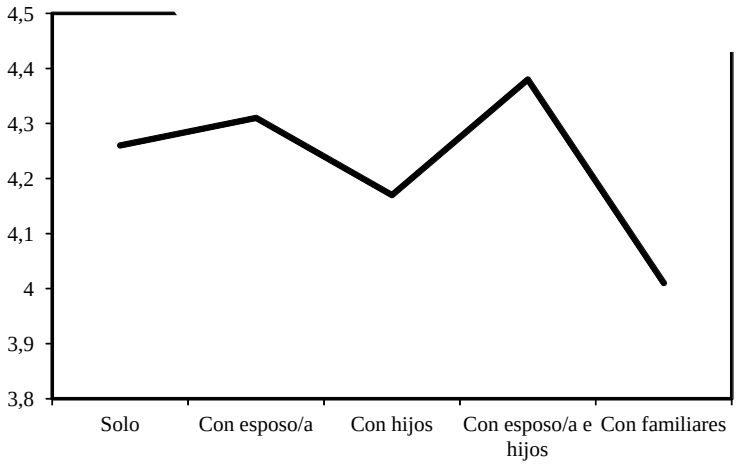
Figura 5.15. Puntuaciones medias de Autonomía en la variable Vive en.



Respecto a la variable Con quien vive las medias para la dimensión Autonomía de las Escalas de Ryff fueron las siguientes: Solo: 4,26; Con esposo/a: 4,31; Con hijos: 4,17; Con esposo/a e hijos: 4,38 y Con familiares: 4,01. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=3,77; p=,005), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados mostraron diferencias significativas (p= ,003; p=,004) respectivamente.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Vive con Familiares y los grupos de: Con esposo/a (p=,021) y Con esposo/a e hijos (p=,010). A continuación se presenta la figura 5.16 con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

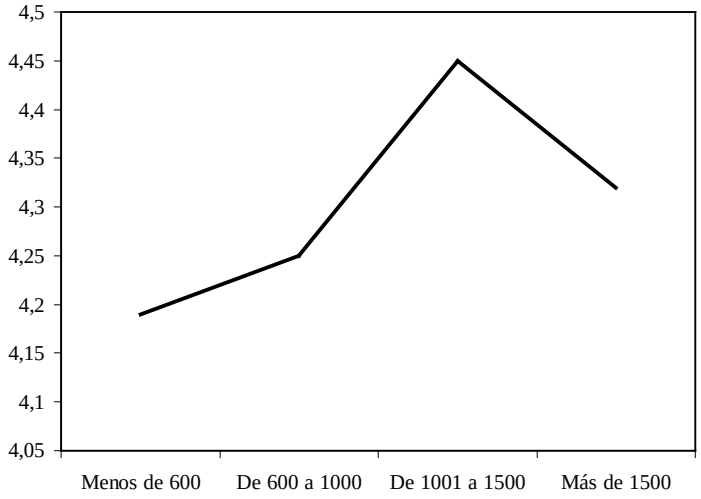
Figura 5.16. Puntuaciones medias de Autonomía y la variable Con quien vive.



Finalmente y en relación a la variable Nivel de ingresos las medias para el factor Autonomía de las Escalas de Ryff fueron las siguientes: Menos de 600: 4,19; De 600 a 1000: 4,25; De 1001 a 1500: 4,45 y Más de 1500: 4,32. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=3,898; p=,009), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados mostraron diferencias significativas (p=,006 y p=,010) respectivamente.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, encontrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de De 1001 a 1500 y los grupos de: Menos de 600 (p=,005) y De 600 a 1000 (p=,045). A continuación se presenta la figura 5.17., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.17. Puntuaciones medias de Autonomía según Ingresos.



Por último en la tabla 5.12 se presenta un resumen de las diferentes variables significativas y no significativas para el factor Autonomía de las Escalas de Ryff.

Tabla 5.12. Resumen de las variables significativas y no significativas en Autonomía.

Variables	Significativa	No significativa
Edad		
Género		
Estado civil		
Nivel de estudios		
Tiene hijos		
Vive en		
Vive con		
Ingresos		

4.2. Escala Dominio del ambiente.

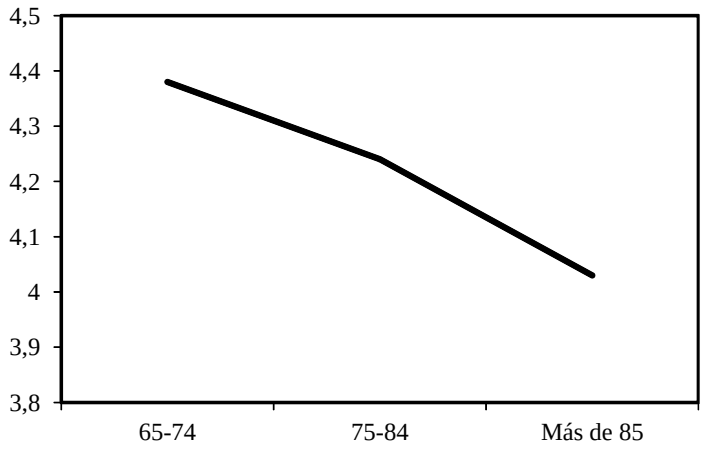
El Dominio del Ambiente ha sido definido como la habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para satisfacer los deseos y necesidades propias. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea. A continuación presentamos su relación con las principales variables.

En primer lugar, se probó la relación de tipo lineal entre la medida de el factor Dominio del Ambiente de las Escalas de Ryff con la variable edad, mediante la correlación de Pearson, para comprobar si existía algún patrón de aumento o descenso, obteniéndose una correlación significativa y negativa (r = -,158; p<,001), por lo que según aumenta la edad parece existir un descenso en la medida Dominio de Ambiente.

En relación a los grupos establecidos para la variable edad, las medias para el factor Dominio del Ambiente fueron las siguientes: 65-74: 4,38; 75-84: 4,24 y Más de 85: 4,03. Al aplicar el Análisis de Varianza, se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F=13,53 p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el rango de 65-74 y los rangos de: 75-84 (p=,009) y Mas de 85 (p<,001). También se encontraron diferencias significativas entre los grupos de 75-84 y Más de 85 (p=,006). A continuación se presenta la figura 5.18., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.18. Media para Dominio del Ambiente para las categorías de edad.



Por lo que se refiere al Género, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,621), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres para el factor Dominio del Ambiente de las Escalas de Bienestar de Ryff (t=1,13; p=,051). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.13 los datos de ambos grupos.

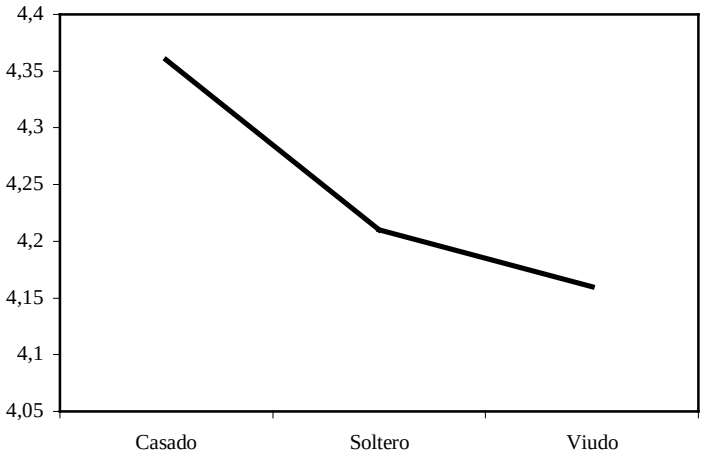
Tabla 5.13. Estadísticos descriptivos de Dominio del Ambiente según Género.

	N	*Media*	*DT*
Hombre	499	4,30	,79
Mujer	709	4,25	,76

Respecto al Estado Civil, las medias para el factor Dominio del Ambiente fueron las siguientes: Casado: 4,36; Soltero: 4,21 y Viudo: 4,16. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=6,33; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p=,001 y p=,000) respectivamente.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de los Casados y el grupo de los Viudos (p<,001). A continuación se presenta la figura 5.19., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.19. Puntuaciones medias de Dominio del Ambiente según Estado Civil.

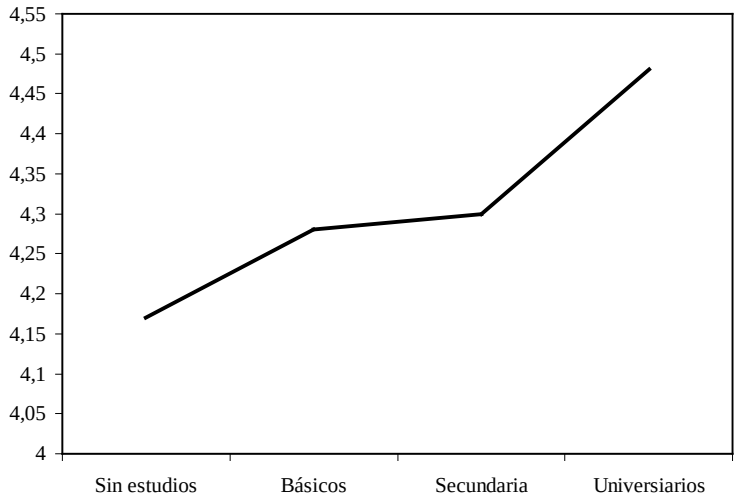


En relación con la variable Nivel de Estudios, las medias para el factor Dominio del

Ambiente fueron las siguientes: Sin estudios: 4,17; Básicos: 4,28; Secundaria: 4,30 y Universitarios: 4,48. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F=3,93; p=,008), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p= ,006 y p= ,008) respectivamente.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, presentando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de los Sin estudios y el grupo de los Universitarios (p=,005). A continuación se muestra la figura 5.20., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.20. Puntuaciones medias de Dominio de Ambiente según Nivel de Estudios.



Por lo que se refiere a la variable Tiene hijos, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,321), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes se encontraron diferencias significativas entre los que tenían y los que no tenían hijos para el factor Dominio del Ambiente de las Escalas de Bienestar de Ryff (t=3,73; p<,001). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.14., los datos de ambos grupos.

Tabla 5.14. Estadísticos descriptivos de Dominio del Ambiente para la variable Tiene hijos.

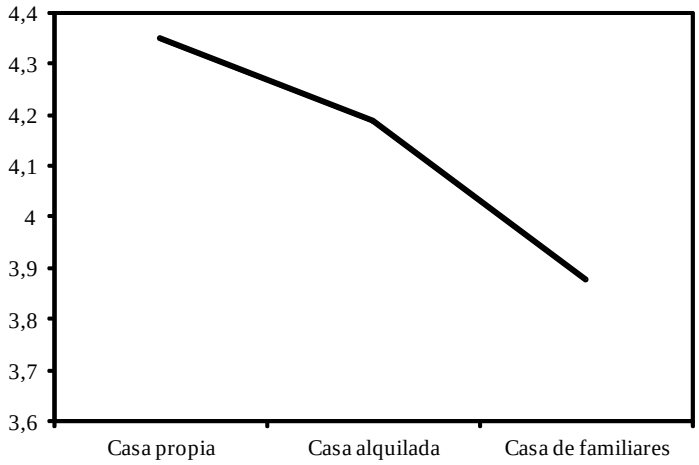
	N	*Media*	*DT*
SI	1085	4,31	,76
NO	113	4,02	,82

En relación a la variable Vive en, las medias para el factor dominio del Ambiente

fueron las siguientes: Casa propia: 4,35; Casa alquilada: 4,19 y Casa de familiares: 3,88. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=22,90; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Casa de familiares y los grupos de: Casa propia (p<,001) y Casa alquilada (p=,003). A continuación se presenta la figura 5.21., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.21. Puntuaciones medias de Dominio de Ambiente en la variable Vive en.

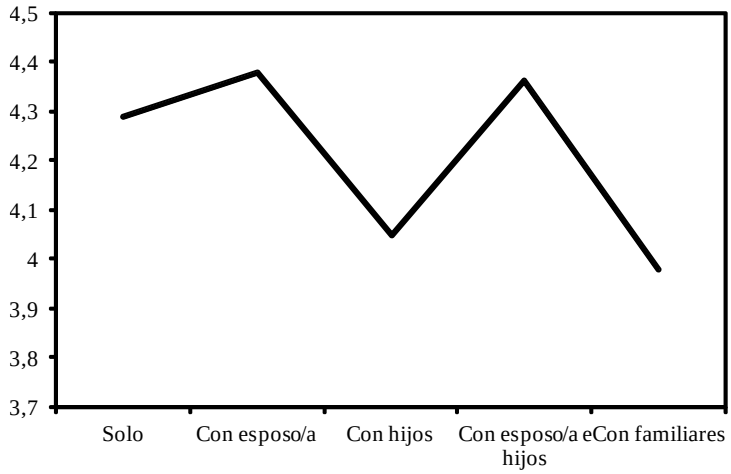


Respecto a la variable Con quien vive, las medias para el factor Dominio del Ambiente fueron las siguientes: Solo: 4,29; Con esposo/a: 4,38; Con hijos: 4,05; Con esposo/a e hijos: 4,36 y Con familiares: 3,98. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F=9,95; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, observándose diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Vive con Familiares y los grupos de: Solo (p=,006); Con esposo/a (p<,001) y Con esposo/a e hijos (p=,003). También se observan diferencias significativas entre el grupo de vive con Hijos y los grupos de: Solo (p=,015); Con esposo/a (p<,001) y Con esposo/a e hijos (p=,005). A continuación se presenta la

figura 5.22., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

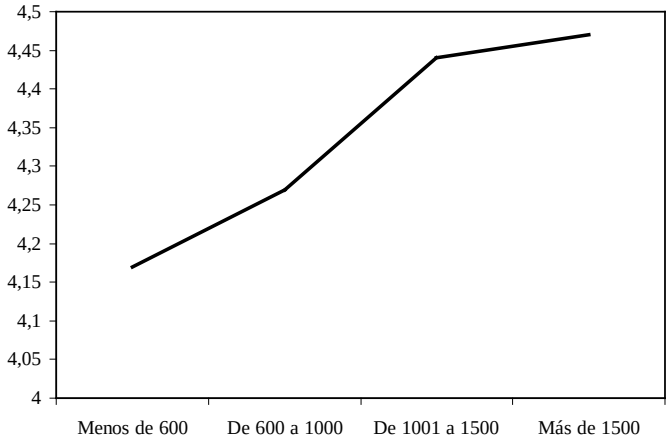
Figura 5.22. Puntuaciones medias de Dominio del Ambiente en la variable Con quien vive.



Finalmente y en relación a la variable Nivel de ingresos, las medias para el factor Dominio del Ambiente fueron las siguientes: Menos de 600: 4,17; De 600 a 1000: 4,27; De 1001 a 1500: 4,45 y Más de 1500: 4,47. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F=7,13; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, observando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Menos de 600 y los grupos de: De 1001 a 1500 (p=,001) y Más de 1500 (p=,003). A continuación se presenta la figura 5.23., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.23. Puntuaciones medias de Dominio del Ambiente según Ingresos.



Por último en la siguiente tabla se presenta un resumen de las diferentes variables

significativas y no significativas para el factor Dominio del Ambiente de las Escalas de Ryff.

Tabla 5.15. Resumen de las variables significativas y no significativas en Dominio del Ambiente.

Variables	Significativa	No significativa
Edad		
Género		
Estado civil		
Nivel de estudios		
Tiene hijos		
Vive en		
Vive con		
Ingresos		

4.3. Escala Crecimiento personal.

El Crecimiento personal es definido como el empeño de las personas por desarrollar sus potencialidades, por seguir creciendo como persona y llevar al máximo sus capacidades (Keyes et al, 2002). Las personas con alto crecimiento personal, están abiertas a nuevas experiencias, tienen sentido de desarrollo del propio potencial y de cambiar en modos que reflejan más autoconocimiento y efectividad. A continuación presentamos su relación con las principales variables.

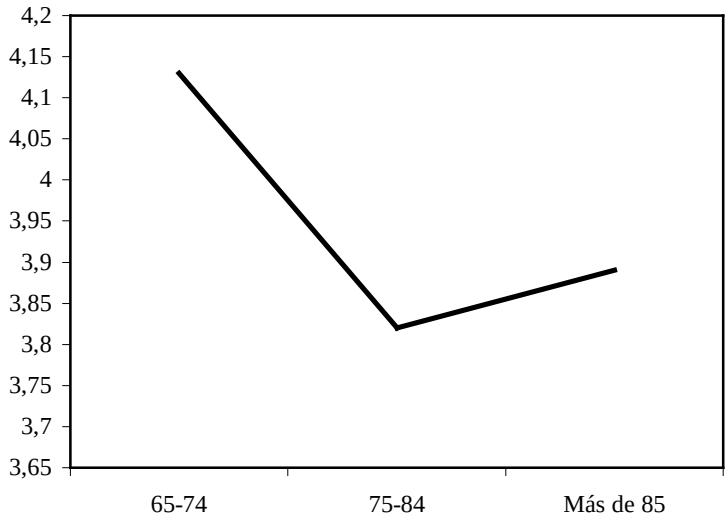
En primer lugar, se probó la relación de tipo lineal entre la medida de el factor Crecimiento personal de las Escalas de Ryff con la variable edad, mediante la correlación de Pearson, para comprobar si existía algún patrón de aumento o descenso, obteniéndose una correlación significativa y negativa ($r = -,179$; $p<,001$), por lo que según aumenta la edad parece existir un descenso en la medida Crecimiento personal.

En relación a los rangos de edad establecidos, las medias para el factor Crecimiento personal fueron las siguientes: 65-74: 4,13; 75-84: 3,82 y Más de 85: 3,89. Al realizar el Análisis de Varianza (ANOVA), se encontraron diferencias significativas ($F=20,67$ $p<,001$), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos ($p<,001$).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el rango de 65-74 y los rangos de: 75-84 ($p<,001$) y Más de 85 ($p=,003$). A continuación se presenta la figura 5.24., con la media de las puntuaciones

para cada uno de los rangos de edad.

Figura 5.24. Puntuaciones medias de Crecimiento personal para las categorías de edad.



Por lo que se refiere al Género, la prueba de Levene resulto significativa (p=,480), por lo que no se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres para el factor Crecimiento Personal de las Escalas de Bienestar de Ryff (t=1,05; p=,049). A nivel descriptivo se ofrecen la tabla 5.16., los datos de ambos grupos.

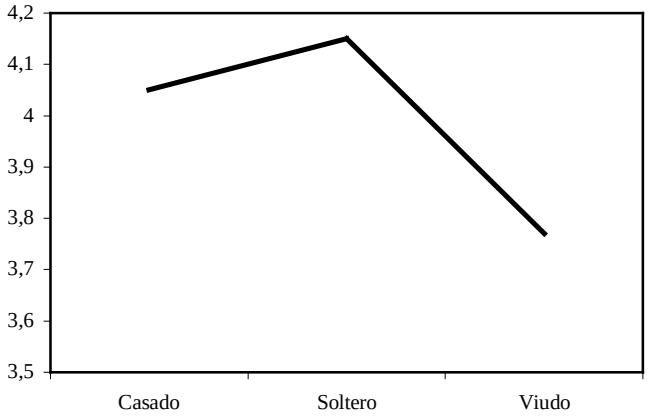
Tabla 5.16. Estadísticos descriptivos de Crecimiento personal según Género.

	N	*Media*	*DT*
Hombre	499	3,99	,83
Mujer	709	3,94	,78

Respecto al Estado Civil, las medias para el factor Crecimiento personal fueron las siguientes: Casado: 4,05; Soltero: 4,15 y Viudo: 3,77. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=14,39; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Viudo y los demás grupos: Casado (p<,001); y Soltero (p<,001). A continuación se presenta la figura 5.25., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

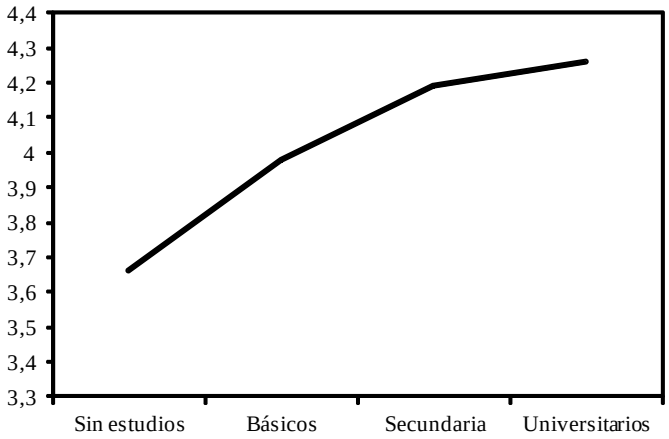
Figura 5.25. Puntuaciones medias de Crecimiento personal según Estado Civil.



En relación con la variable Nivel de Estudios, las medias para el factor Crecimiento personal fueron las siguientes: Sin estudios: 3,67; Básicos: 3,98; Secundaria: 4,19 y Universitarios: 4,26. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=24,82; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, encontrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Sin estudios y el resto de grupos: Básicos (p<,001); Secundaria (p<,001) y Universitarios (p<,001). También aparecieron diferencias significativas entre el grupo de Básicos y los grupos de: Secundaria (p=,006) y Universitarios (p=,006). A continuación se presenta la figura 5.26., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.26. Puntuaciones medias para Crecimiento personal según Nivel de Estudios.



Por lo que se refiere a la variable Tiene hijos, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,221), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes no se encontraron diferencias significativas entre los que tenían y los que no tenían hijos para el factor Crecimiento Personal de las Escalas de Bienestar de Ryff (t= -,297; p=,766). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.17., los datos de ambos grupos.

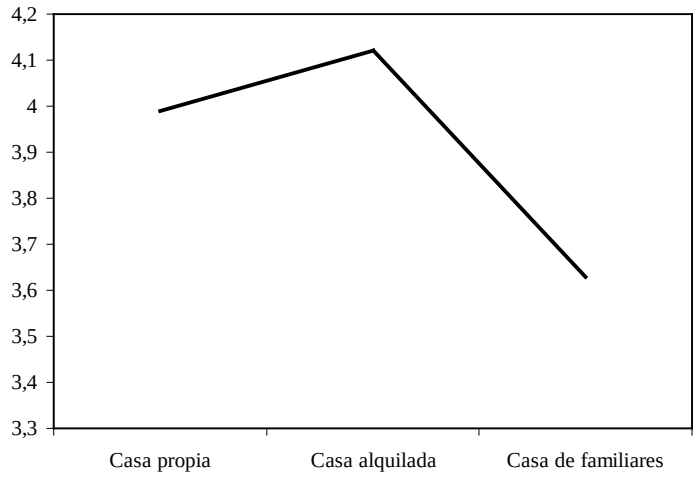
Tabla 5.17. Estadísticos descriptivos de Crecimiento personal para la variable Tiene hijos.

	N	*Media*	*DT*
SI	1085	3,96	,81
NO	113	3,98	,74

En relación a la variable Vive en, las medias para el factor Crecimiento personal fueron las siguientes: Casa propia: 3,99; Casa alquilada: 4,12 y Casa de familiares: 3,63. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F=14,78; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Casa de familiares y los grupos de: Casa propia (p<,001) y Casa alquilada (p<,001). A continuación se presenta la figura 5.27., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

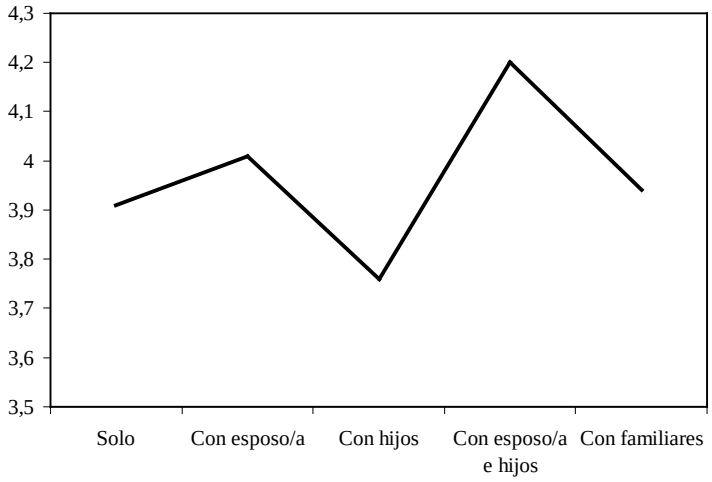
Figura 5.27. Puntuaciones medias de Crecimiento personal en la variable Vive en.



Respecto a la variable Con quien vive, las medias para el factor Crecimiento personal fueron las siguientes: Solo: 3,91; Con esposo/a: 4,01; Con hijos: 3,76; Con esposo/a e hijos: 4,20 y Con familiares: 3,94. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F=7,47; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, observando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Con esposo/a e hijos y los grupos de: Solo (p=,003) y Con hijos (p<,001). También aparecieron diferencias significativas entre los grupos de vive Con hijos y Con esposo/a (p=,001). A continuación se presenta la figura 5.28., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.28. Puntuaciones medias de Crecimiento personal en la variable Con quien vive.

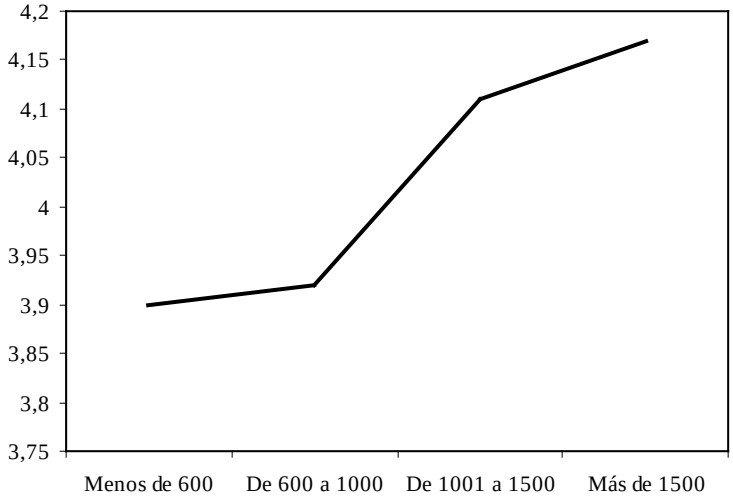


Finalmente y en relación a la variable Nivel de ingresos, las medias para el factor Crecimiento personal fueron las siguientes: Menos de 600: 3,90; De 600 a 1000: 3,92; De 1001 a 1500: 4,11 y Más de 1500: 4,17. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=5,39; p=,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p=,002; p=,001) respectivamente.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de De Menos de 600 y los grupos de: De 1001 a

1500 (p=,024) y Más de 1500 (p=,014). También aparecieron diferencias significativas entre el grupo De 600 a 1000 y los grupos de: De 1001 a 1500 (p=,042) y Más de 1500 (p=,023). A continuación se presenta la figura 5.29., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.29. Puntuaciones medias de Crecimiento personal según variable Ingresos.



Por último en la tabla 5.18., se presenta un resumen de las diferentes variables significativas y no significativas para el factor Crecimiento personal de las Escalas de Ryff.

Tabla 5.18. Resumen de las variables significativas y no significativas en Crecimiento personal.

Variables	Significativa	No significativa
Edad		
Género		
Estado civil		
Nivel de estudios		
Tiene hijos		
Vive en		
Vive con		
Ingresos		

4.4. Escala Relaciones positivas con los demás.

Relaciones Positivas con los demás implica mantener relaciones interpersonales cercanas, satisfactorias, de mutua confianza, y que la persona se preocupe del bienestar de los demás, siendo capaz de desarrollar empatía, afecto, intimidad y desde la comprensión

del dar y tomar de las relaciones humanas.

Según Allard (1996), la capacidad de amar es un componente fundamental del bienestar y consiguientemente de la salud mental. De hecho, tal y como se ha indicado anteriormente en el apartado de instrumentos, numerosas investigaciones realizadas en las últimas décadas (Berkman, 1995; Davis, Morris, y Kraus, 1998; House, Landis, y Umberson, 1988) señalan que el aislamiento social, la soledad, y la pérdida de apoyo social están firmemente relacionadas con el riesgo de padecer una enfermedad, y reducen el tiempo de vida. A continuación presentamos su relación con las principales variables.

En primer lugar, se probó la relación de tipo lineal entre la medida de el factor Relaciones Positivas con los demás de las Escalas de Ryff con la variable edad, mediante la correlación de Pearson, para comprobar si existía algún patrón de aumento o descenso, obteniéndose una correlación significativa y negativa (r = -,075; p=,009), por lo que según aumenta la edad parece existir un descenso en la medida de Relaciones Positivas con la demás.

En relación a los grupos de edad establecidos, tras aplicar el Análisis de Varianza (ANOVA), no se encontraron diferencias significativas (F=2,36 p=,095), si bien a nivel descriptivo en la tabla 5.19., se ofrecen los datos de los grupos.

Tabla 5.19. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas con los demás en las categorías de Edad.

	N	*Media*	*DT*
65-74	501	4,45	,85
75-84	552	4,36	,85
Más de 85	154	4,30	,84

Por lo que se refiere al Género, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,157), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes no se encontraron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres para el factor Relaciones positivas con los demás de las Escalas de Bienestar de Ryff (t=,14; p=,885). A nivel descriptivo en la tabla 5.20., se ofrecen los datos de ambos grupos.

Tabla 5.20. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas con los demás según Género.

	N	*Media*	*DT*
Hombre	499	4,39	,82
Mujer	709	4,38	,87

Respecto al Estado Civil, tras aplicar el análisis de varianza (ANOVA) no se

observaron diferencias estadísticamente significativas (F=1,656; p=,175), si bien a nivel descriptivo en la tabla 5.21., se ofrecen los datos de los grupos.

Tabla 5.21. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas con los demás según Estado Civil.

	N	*Media*	*DT*
Casado	647	4,43	,83
Soltero	93	4,30	,72
Viudo	441	4,35	,88

En relación con la variable Nivel de Estudios tras aplicar el análisis de varianza (ANOVA) no presentando diferencias estadísticamente significativas (F=2,13; p=,094) si bien a nivel descriptivo en la tabla 5.22., se ofrecen los datos de los grupos.

Tabla 5.22. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas con los demás según Nivel de Estudios.

	N	*Media*	*DT*
Sin estudios	298	4,37	,90
Básicos	630	4,42	,81
Secundaria	185	4,26	,92
Universitarios	95	4,49	,80

Por lo que se refiere a la variable Tiene hijos, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,082), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes no se encontraron diferencias significativas entre los que tenían y los que no tenían hijos para el factor Relaciones positivas con los demás de las Escalas de Bienestar de Ryff (t=1,57; p=116). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.23., los datos de ambos grupos.

Tabla 5.23. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas con los demás para la variable Tiene hijos.

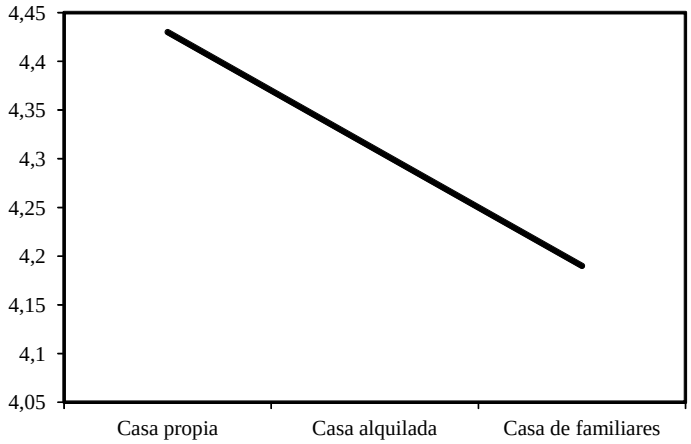
	N	*Media*	*DT*
SI	1085	4,41	,85
NO	113	4,28	,78

En relación a la variable Vive en, las medias para el factor Relaciones positivas con los demás fueron las siguientes: Casa propia: 4,43; Casa alquilada: 4,31 y Casa de familiares: 4,19. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=5,03; p=,007), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p=,007; p=,004) respectivamente.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias

significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Casa propia y Casa de familiares (p=,008). A continuación se presenta la figura 5.30., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.30. Puntuaciones medias de Relaciones positivas con los demás en la variable Vive en.



Respecto a la variable Con quien vive tras aplicar el análisis de varianza (ANOVA) no aparecieron diferencias estadísticamente significativas (F=0,85; p=,490). A continuación se presenta en la tabla 5.24., los datos descriptivos para cada una de las categorías.

Tabla 5.24. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas con los demás para la variable Con quien vive.

	N	*Media*	*DT*
Solo	300	4,37	,90
Con esposo/a	489	4,42	,83
Con hijos	204	4,31	,85
Con esposo/a e hijos	137	4,43	,80
Con familiares	75	4,35	,81

Finalmente y en relación a la variable Nivel de ingresos tras aplicar el análisis de varianza (ANOVA) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (F=,855; p=,464). A continuación se presenta en la tabla 5.25 los datos descriptivos para cada una de las categorías.

Tabla 5.25. Estadísticos descriptivos de Relaciones positivas con los demás según Ingresos.

	N	*Media*	*DT*
Menos de 600	451	4,38	,84
De 600 a 1000	497	4,35	,87
De 1001 a 1500	154	4,45	,85
Más de 1500	101	4,46	,82

Por último en la tabla 5.26., se presenta un resumen de las diferentes variables significativas y no significativas para el factor Relaciones Positivas con los demás de las Escalas de Ryff.

Tabla 5.26. Resumen de las variables significativas y no significativas en Relaciones positivas con los demás.

Variables	Significativa	No significativa
Edad		
Género		
Estado civil		
Nivel de estudios		
Tiene hijos		
Vive en		
Vive con		
Ingresos		

4.5. Escala Autoaceptación.

La Autoaceptación es uno de los criterios centrales del bienestar. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo (Keyes, Ryff y Shmotkin, 2002). El factor Autoaceptación indica si posee una actitud positiva hacia uno mismo, incluyendo y aceptando tanto los aspectos positivos como los negativos, existiendo además un sentimiento positivo hacia lo ya vivido. A continuación, presentamos su relación con las principales variables.

En primer lugar, se probó la relación de tipo lineal entre la medida del factor Autoaceptación de las Escalas de Ryff con la variable edad, mediante la correlación de Pearson, para comprobar si existía algún patrón de aumento o descenso, no obteniéndose una correlación significativa (r = -,035; p=,228).

En relación a los grupos de edad establecidos, tras realizar el Análisis de Varianza (ANOVA), no se encontraron diferencias significativas (F=,632; p=,532). A continuación se presenta en la tabla 5.27 los datos descriptivos para cada una de las categorías.

Tabla 5.27. Estadísticos descriptivos para Autoaceptación para las categorías de edad.

	N	*Media*	*DT*
65-74	501	4,32	,75
75-84	552	4,28	,79
Más 85	155	4,27	,74

Por lo que se refiere al Género, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,715), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes se encontraron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres para el factor Autoaceptación de las Escalas de Bienestar de Ryff (t=2,09; p=,037). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.28 los datos de ambos grupos.

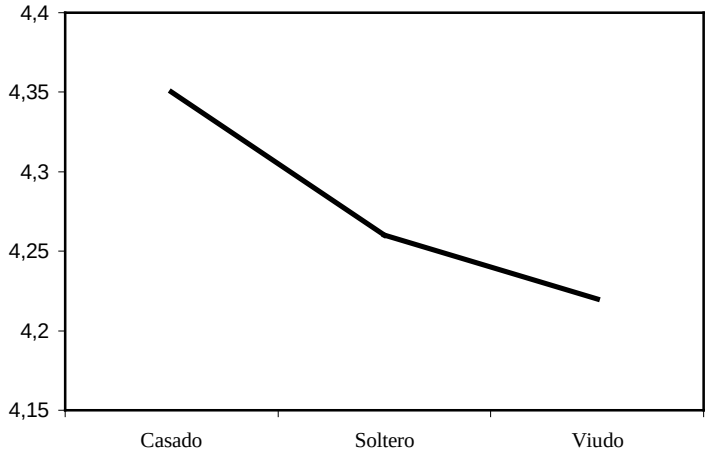
Tabla 5.28. Estadísticos descriptivos de Autoaceptación según Género.

	N	*Media*	*DT*
Hombre	499	4,35	,77
Mujer	709	4,26	,76

Respecto al Estado Civil, las medias para Autoaceptación fueron las siguientes: Casado: 4,35; Soltero: 4,26 y Viudo: 4,22. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=2,63; p=,048), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados no fueron significativos en ninguno de los dos casos (p=,059; p=,088) respectivamente.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre los grupos de Casados y Viudos (p=,035). A continuación se presenta la figura 5.31., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.31. Puntuaciones medias de Autoaceptación según Estado Civil.

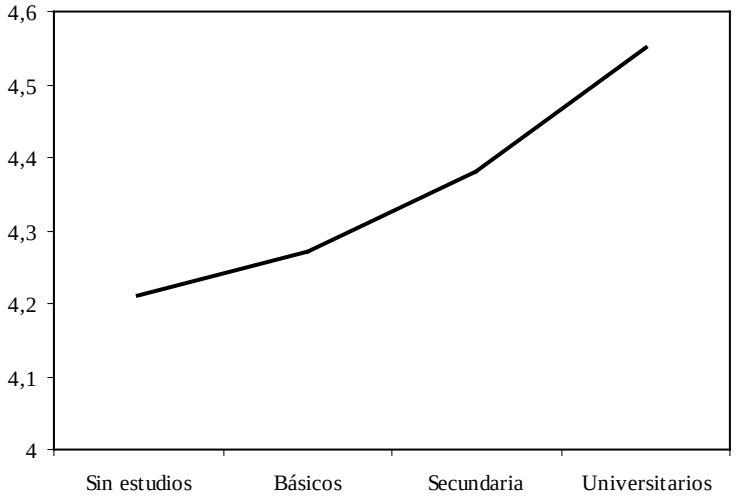


En relación con la variable Nivel de Estudios, las medias para el factor Autoaceptación fueron las siguientes: Sin estudios: 4,21; Básicos: 4,27; Secundaria: 4,38 y

Universitarios: 4,55. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=5,65; p=,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos (p=,001) en ambos casos.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Universitarios y los grupos de: Sin estudios (p=,001) y Básicos (p=,006). A continuación se presenta la figura 5.32., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.32. Puntuaciones medias de Autoaceptación según Nivel de Estudios.



Por lo que se refiere a la variable Tiene hijos, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,356), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes no se observaron diferencias significativas entre los que tenían y los que no tenían hijos para el factor Autoaceptación de las Escalas de Bienestar de Ryff (t=1,84; p<,066). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.29., los datos de ambos grupos.

Tabla 5.29. Estadísticos descriptivos de Autoaceptación para la variable Tiene hijos.

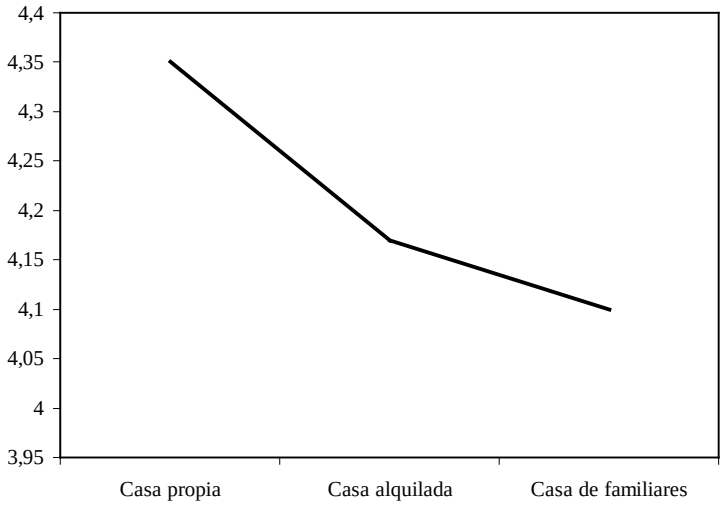
	N	*Media*	*DT*
SI	1085	4,31	,76
NO	113	4,18	,81

En relación a la variable Vive en, las medias para el factor Autoaceptación fueron

las siguientes: Casa propia: 4,35; Casa alquilada: 4,17 y Casa de familiares: 4,10. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (F=8,45; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Casa propia y los grupos de: Casa alquilada (p=,033) y Casa de familiares (p=,001). A continuación se presenta la figura 5.33., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.33. Puntuaciones medias de Autoaceptación en la variable Vive en.



Respecto a la variable Con quien vive tras aplicar el análisis de varianza (ANOVA) no se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=1,68; p=,152). A continuación se presenta los datos descriptivos para cada una de las categorías.

Tabla 5.30. Estadísticos descriptivos de Autoaceptación para la variable Con quien vive.

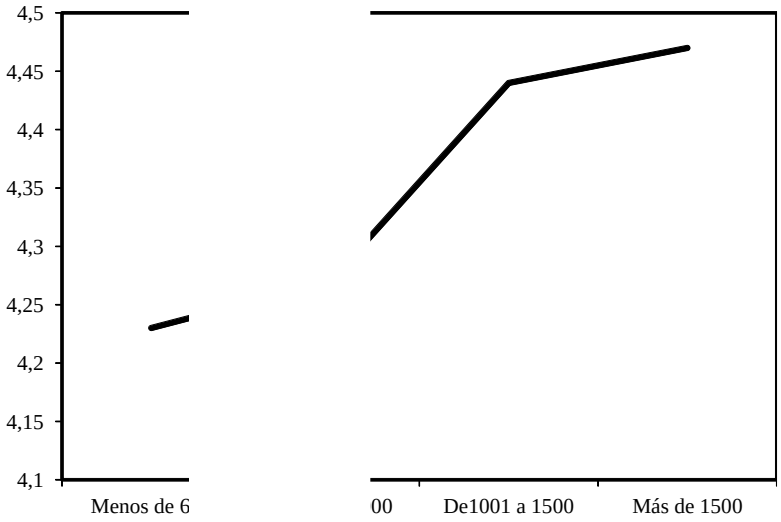
	N	*Media*	*DT*
Solo	300	4,24	,82
Con esposo/a	489	4,35	,74
Con hijos	204	4,24	,73
Con esposo/a e hijos	137	4,37	,76
Con familiares	75	4,24	,71

Finalmente y en relación a la variable Nivel de ingresos, las medias para el factor Autoaceptación fueros las siguientes: Menos de 600: 4,23; De 600 a 1000: 4,27; De 1001 a

1500: 4,44 y Más de 1500: 4,47. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=5,05; p=,002), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos (p=0,001) en ambos casos.

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, presentando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de De Menos de 600 y los grupos de: De 1001 a 1500 (p=,013) y Más de 1500 (p=,019). A continuación se muestra la figura 5.34., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.34. Puntuaciones medias de Autoaceptación según Ingresos.



Por último en la tabla 5.31., se presenta un resumen de las diferentes variables significativas y no significativas para el factor Autoaceptación de las Escalas de Ryff.

Tabla 5.31. Resumen de las variables significativas y no significativas en Autoaceptación.

Variables	Significativa	No significativa
Edad		
Género		
Estado civil		
Nivel de estudios		
Tiene hijos		
Vive en		
Vive con		
Ingresos		

4.6. Escala Propósito en la vida.

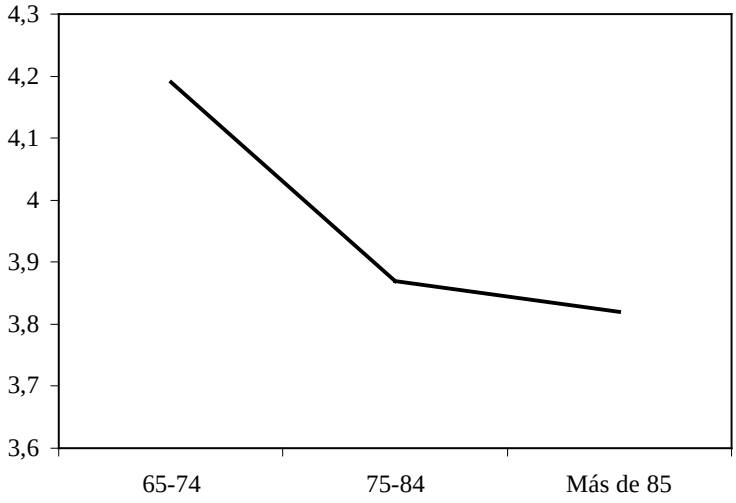
Propósito en la vida hace referencia a que la persona se marque metas, que defina una serie de objetivos que le permitan dotar a su vida de un cierto sentido y que mantenga un sentimiento de significado tanto en el presente como en el pasado. A continuación se presenta su relación con las principales variables.

En primer lugar, se probó la relación de tipo lineal entre la medida de el factor Propósito en la vida de las Escalas de Ryff con la variable edad, mediante la correlación de Pearson, para comprobar si existía algún patrón de aumento o descenso, obteniéndose una correlación significativa y negativa (r=-,243; p<,001), por lo que según aumenta la edad parece existir un descenso en la medida Propósito en la Vida.

Respecto a los rangos de edad establecidos, las medias para el factor Propósito en la Vida fueron las siguientes: 65-74: 4,19; 75-84: 3,87 y Más de 85: 3,82. Al aplicar el Análisis de Varianza (ANOVA), se obtuvieron diferencias significativas (F=32,71 p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el rango de 65-74 y los rangos de: 75-84 (p<,001) y Más de 95 (p<,001). A continuación se presenta la figura 5.35., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.35. Puntuaciones medias de Propósito en la vida para las categorías de edad.



Por lo que se refiere al Género, la prueba de Levene resulto significativa (p=,028), por lo que no se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes no se encontraron diferencias significativas entre los hombres y las mujeres para el factor Propósito en la Vida de las Escalas de Bienestar de Ryff (t=1,73; p=,084). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.32., los datos de ambos grupos en la siguiente tabla.

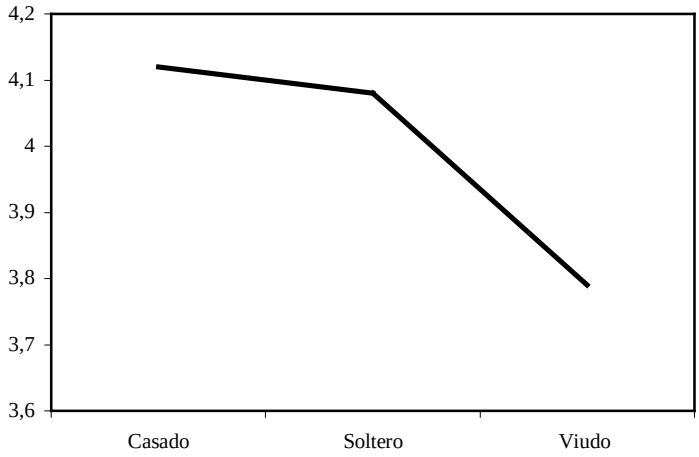
Tabla 5.32. Estadísticos descriptivos de Propósito en la vida según Género.

	N	*Media*	*DT*
Hombre	499	4,04	,79
Mujer	709	3,97	,70

Respecto al Estado Civil, las medias para el factor Propósito en la Vida fueron las siguientes: Casado: 4,12; Soltero: 4,08 y Viudo: 3,79. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=18,79; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<0,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Viudos y los grupos de: Casado (p<,001) y Soltero (p=,003). A continuación se presenta la figura 5.36., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.36. Puntuaciones medias de Propósito en la vida según Estado Civil.

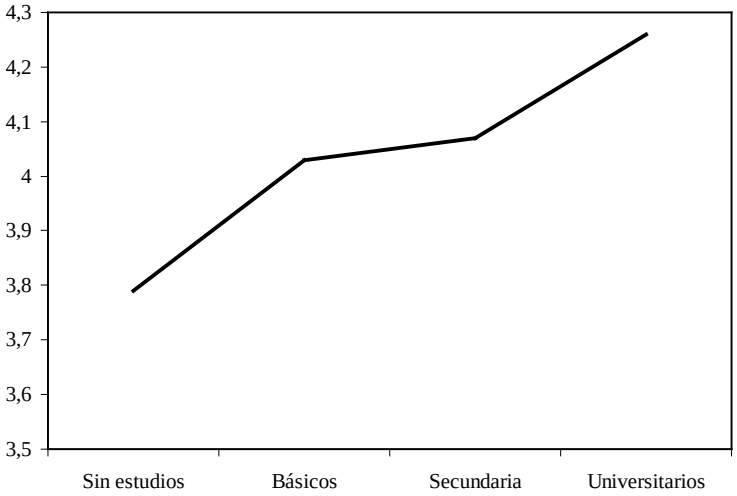


En relación con la variable Nivel de Estudios, las medias para el factor Propósito en la Vida fueron las siguientes: Sin estudios: 3,79; Básicos: 4,04; Secundária: 4,07 y

Universitarios: 4,26. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se enontraron diferencias estadísticamente significativas (F=13,34; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Sin estudios y todos los demás grupos: Básicos (p<,001); Secundaria (p<,001) y Universitarios (p<,001). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de Básicos y Universitarios (p=,025). A continuación se presenta la figura 5.37., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.37. Puntuaciones medias de Propósito en la vida según Nivel de Estudios.



Por lo que se refiere a la variable Tiene hijos, la prueba de Levene no resulto significativa (p=,591), por lo que se asumieron varianzas iguales. Al aplicar la prueba t de muestras independientes no se encontraron diferencias significativas entre los que tenían y los que no tenían hijos para el factor Propósito en la Vida de las Escalas de Bienestar de Ryff (t=,931; p=069). A nivel descriptivo se ofrecen en la tabla 5.33., los datos de ambos grupos.

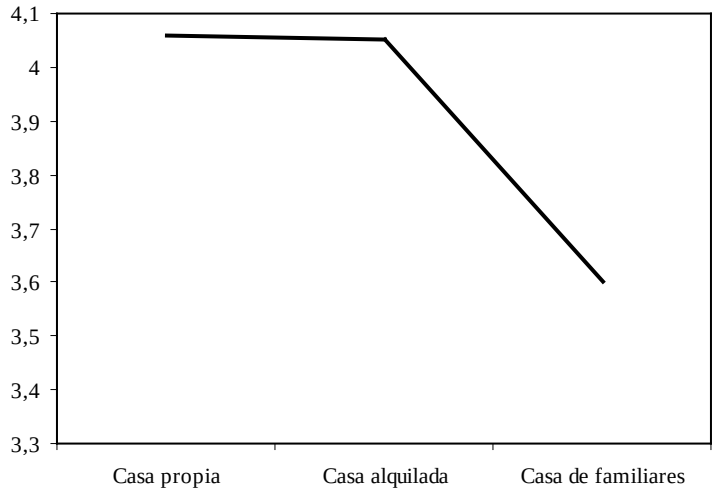
Tabla 5.33. Estadísticos descriptivos de Propósito en la vida para la variable Tiene hijos.

	N	*Media*	*DT.*
SI	1085	4,01	,75
NO	113	3,94	,83

En relación a la variable Vive en, las medias para el factor Propósito en la Vida fueron las siguientes: Casa propia: 4,06; Casa alquilada: 4,05 y Casa de familiares: 3,60. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=22,89; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, presentando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de Casa de familiares y los grupos de: Casa propia (p<,001) y Casa alquilada (p<,001). A continuación se muestra la figura 5.38., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.38. Puntuaciones medias para Propósito en la Vida en la variable Vive en.

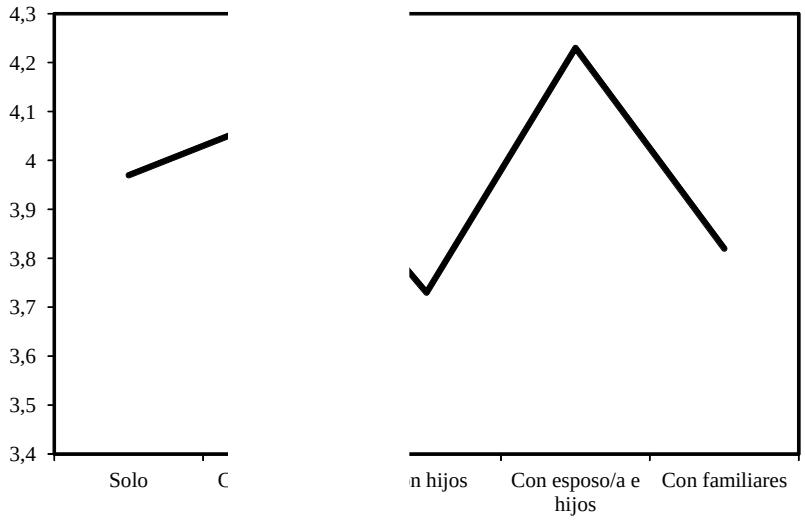


Respecto a la variable Con quien vive, las medias para el factor Propósito en la Vida fueron las siguientes: Solo: 3,97; Con esposo/a: 4,09; Con hijos: 3,73; Con esposo/a e hijos: 4,23 y Con familiares: 3,82. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=13,55; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, observándose diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de vive con Hijos y los grupos de: Solo (p=,002);

Con esposo/a (p<,001) y Con esposo/a e hijos (p<,001). También aparecieron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de vive Con esposo/a e hijos y los grupos de: Solo (p=,008) y Con familiares (p=,001). Por último se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de vive Con familiares y Con esposo/a (p=,019). A continuación se presenta la figura 5.39., con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

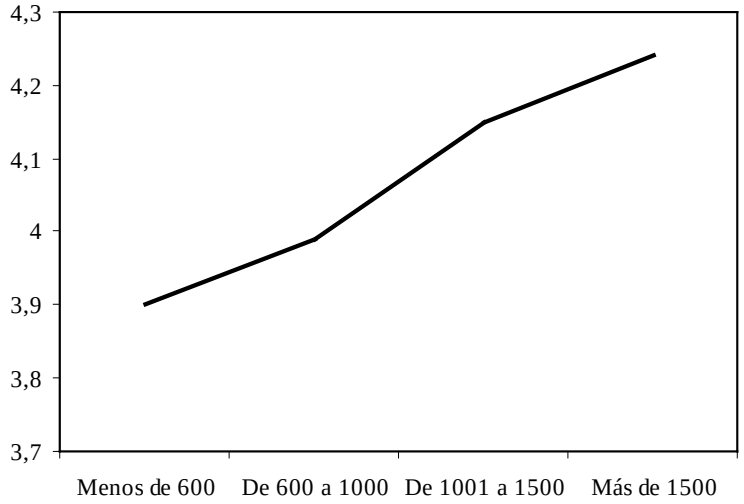
Figura 5.39. Puntuaciones medias de Propósito en la vida en la variable Con quien vive.



Finalmente y en relación a la variable Nivel de ingresos, las medias para el factor Propósito en la Vida fueron las siguientes: Menos de 600: 3,90; De 600 a 1000: 3,99; De 1001 a 1500: 4,15 y Más de 1500: 4,24. Al aplicar el análisis de varianza (ANOVA) se observaron diferencias estadísticamente significativas (F=8,51; p<,001), además se aplicaron las pruebas robustas de medias de Welch y de Brown-Forsythe, cuyos resultados fueron significativos en ambos casos (p<,001).

Seguidamente se aplicó la prueba post hoc de Tuckey, mostrando diferencias significativas a nivel de ,05 entre el grupo de De Menos de 600 y los grupos de: De 1001 a 1500 (p=,002) y Más de 1500 (p<,001). También aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de De 600 a 1000 y Más de 1500 (p=,010). A continuación se presenta la figura 5.40 con la media de las puntuaciones para cada una de las categorías.

Figura 5.40. Puntuaciones medias de factor Propósito en la vida según Ingresos.



Por último en la tabla 5.38., se presentaun resumen de las diferentes variables significativas y no significativas para el factor Propósito en la vida de las Escalas de Ryff.

Tabla 5.34. Resumen de las variables significativas y no significativas en Propósito en la vida.

Variables	Significativa	No significativa
Edad	■	
Género		■
Estado civil	■	
Nivel de estudios	■	
Tiene hijos		■
Vive en	■	
Vive con	■	
Ingresos	■	

Para terminar y como resumen de éste apartado se presenta en la tabla 5.35., las variables significativas y no significativas en cada una de las dimensiones analizadas de las Escalas de bienestar de Ryff.

Tabla 5.35. Resumen de las variables significativas en las Escalas de Bienestar de Ryff.

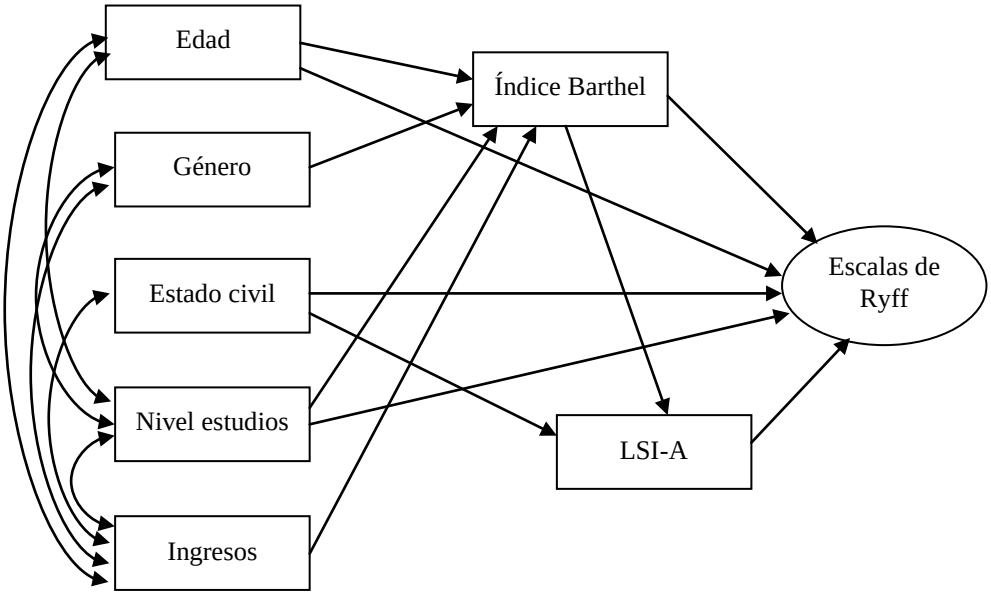
Variables	AN	DA	CP	RP	AA	PV
Edad		■	■			■
Género	■		■		■	
Estado civil	■	■	■		■	■
Nivel de estudios	■	■	■		■	■
Tiene hijos	■	■				
Vive en	■	■	■	■	■	■
Vive con	■	■	■			■
Ingresos	■	■	■		■	■

AN= autonomía; DA= dominio del ambiente; CP= crecimiento personal; RP= relaciones positivas con los demás; AA= autoaceptación y PV= propósito en la vida.

5. Modelo de ecuaciones estructurales.

Los modelos de ecuaciones estructurales parten de un modelo teórico de relación entre variables, que en el caso de este trabajo plantea la existencia de una serie de condiciones basales personales, los sociodemográficos (sexo, edad, nivel de estudios y nivel de ingresos), que afectarían al nivel de dependencia del sujeto anciano, la cual a su vez afectaría al bienestar y el bienestar psicológico estaría afectado por el subjetivo o satisfacción vital. De este modo, la hipótesis principal que plantea el modelo es que la capacidad funcional influirá en el bienestar, más que al contrario, por lo que las ABVD tendrían una posición mediadora en el modelo, además se plantean diferentes relaciones entre algunos de los sociodemográficos como se puede ver en la figura 5.41.

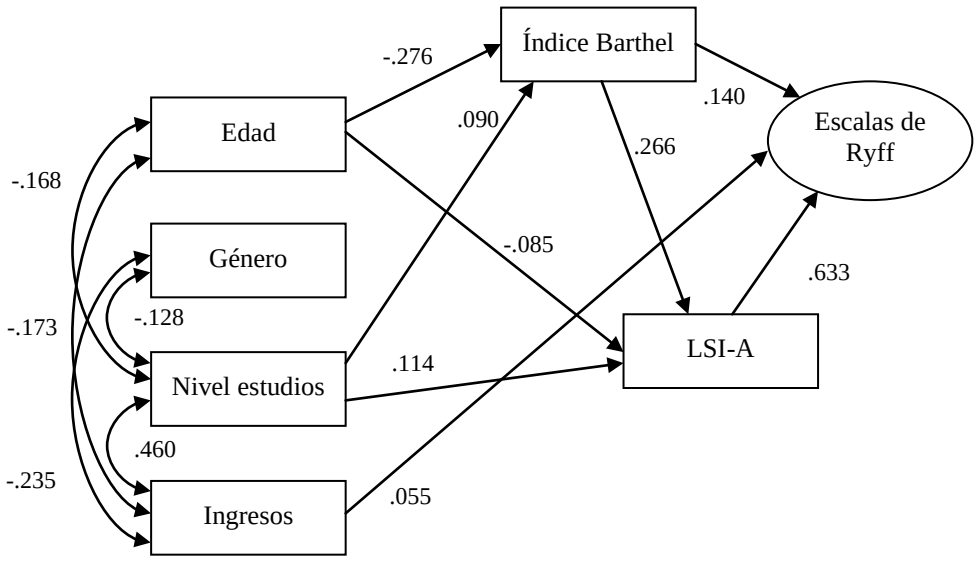
Figura 5.41. Modelo de ecuaciones estructurales inicial prediciendo AVD y Bienestar.



Este primer modelo no ajustó de forma completamente satisfactoria a los datos empíricos, $\chi^2(45)=428{,}66$, $p< 0{,}000$; $\chi^2/45=9{,}52$, CFI= ,889; GFI= ,945; SRMR= ,085; RMSEA= ,085 (90% CI= ,077-,092)), si bien la consideración de la significatividad estadística de las relaciones planteadas y de su magnitud, permitiría eliminar relaciones innecesarias, simplificar el modelo, e incluso descartar algunos predictores sin influencia alguna ni en ABVD ni en el bienestar. Adicionalmente los modelos de ecuaciones

estructurales presentan herramientas estadísticas uni y multivariantes que permiten evaluar la necesidad de relaciones no planteadas en el modelo inicial y con posible impacto. En el caso del programa EQS el test de multiplicadores de Lagrange precisamente sirve para evaluar la adecuación estadística de introducir nuevas relaciones en el modelo. En base a estas dos vías de actuación, eliminar relaciones irrelevantes e introducir relaciones potencialmente importantes, se planteó el modelo final que presento un ajuste altamente satisfactorio, como puede comprobarse en los resultados de los índices $\chi^2(38)=293{,}04$, $p< 0{,}000$; $\chi^2/38=7{,}71$, CFI= ,922; GFI= ,958; SRMR= ,061; RMSEA= ,075 (90% CI= ,067-,083). El modelo final, ha perdido una cierta cantidad de relaciones, dado que algunas de las variables sociodemográficas no presentaban relaciones significativas con ninguna de las variables. Este modelo estructural final con sus relaciones estandarizadas estimadas puede observarse en la figura 5.42.

Figura 5.42. Modelo de ecuaciones estructurales final prediciendo AVD y Bienestar.



CAPÍTULO 6

DISCUSIÓN.

Este trabajo planteaba como objetivo principal conocer el funcionamiento de las actividades de la vida diaria, el bienestar subjetivo y las dimensiones del bienestar psicológico en personas mayores así como la relación entre estas variables. Para ello se aplico en una muestra de personas mayores el Índice de Barthel, el Indice de Satisfacción vital (LSI-A) y las Escalas de bienestar de Ryff, aplicándose en primer lugar análisis de carácter univariado que nos indicaran cual es el funcionamiento de cada una de estas medidas en los diferentes sociodemográficos para posteriormente estudiar sus relaciones de forma multivariada mediante modelos MIMIC. De este modo, se expondrán las principales conclusiones obtenidas siguiendo los objetivos específicos e hipótesis planteadas, de manera que primeramente se analizará la relación existente de forma univariada entre las medidas; posteriormente se indagará en el tipo de relación que mantienen las medidas tanto con la variable edad, dado que uno de los intereses principales se centra en los cambios que se producen con el paso de los años, así como con los diferentes sociodemográficos estudiados: género, estado civil, nivel de estudios, tenencia de hijos, donde y con quien viven y ingresos. Por último, se expondrá como estas variables se relacionan para predecir el bienestar psicológico mediante un modelo de ecuaciones estructurales y como, si bien se

partía de un modelo inicial este fue mejorado obteniendo un modelo final que mantiene índices de ajuste adecuado.

Tal y como se ha podido observar a partir de los resultados, la primera de las hipótesis planteaba la existencia de relaciones significativas y positivas entre las medidas de actividades de la vida diaria, bienestar subjetivo y bienestar psicológico. Debemos tener en cuenta que si bien a través de los análisis bivariados no se establecen causas y consecuencias, parece claro que el mantener un mayor nivel de independencia pueda estar relacionado con variables personales sobre todo con las dimensiones de dominio del ambiente, autoaceptación y propósito de vida, de manera que la capacidad para crear entornos, controlarlos o manipularlos y actuar sobre los mismos, la autopercepción que mantiene el sujeto y su capacidad para desarrollar nuevos objetivos, están claramente determinados por la capacidad funcional de que disponga la persona para desarrollar las actividades básicas de la vida; por contra y aun siendo significativa la relación con el bienestar subjetivo es la de menor entidad. En esta misma línea, tanto Lyubomirsky, King y Diener (2005) como Vecina (2006), muestran la importancia del bienestar como una variable predictora de la salud y de la adecuada capacidad funcional. Por lo que se refiere a las dimensiones del bienestar psicológico, destaca la alta relación obtenida entre crecimiento personal y propósito en la vida que son las dos dimensiones más prototípicas de este tipo de bienestar así como las observadas entre dominio del ambiente y autoaceptación reafirmando la idea anteriormente expuesta en la que la capacidad de controlar el ambiente de desarrollo puede estar altamente relacionada con la percepción que el sujeto mayor tiene de sí mismo.

En relación a la capacidad funcional y nivel de dependencia, en primer lugar se planteaba que existiría una clara implicación de la edad para la realización de las actividades de la vida diaria, de forma que se establecía como hipótesis que las dificultades para llevarlas a cabo aumentarían al aumentar la edad. En nuestro estudio se cumple esta hipótesis, dado que aquellas personas que presentan puntuaciones más bajas en el Índice de Barthel son las de mayor edad. Este resultado es coherente con la literatura analizada sobre el tema, en la que estudios como los de Yanguas (2006) o Abellán y Esparza (2006), plantean que es el grupo de población de mayor edad el que presentará mayores

limitaciones en las ABVD, aumentando éstas sobre todo a partir de los 80 años. Del mismo modo, en el trabajo de Hogan, Ebly y Fung (1999), en el que se pretendía identificar los factores de riesgo de discapacidad para las personas mayores, la única variable que resultó ser significativa para explicar la discapacidad fue el aumento de la edad.

Siguiendo con los objetivos específicos, nuestro tercer objetivo era examinar en qué variables sociodemográficas se observan diferencias significativas en función de las AVD. En cuanto al género existe controversia al relacionarlo con la capacidad funcional, ya que, mientras algunos estudios como los de Fernández-Ballesteros et al. (2005), Svedberg et al. (2001) o Abellán y Esparza (2006) en el contexto español, afirman que son los hombres los que presentan una mayor capacidad funcional, otros como el de Jentoft-Cruz (2003) plantean que se debe tener en cuenta que al ser mayor la esperanza de vida en las mujeres, también están a expensas de un mayor tiempo de dependencia funcional. Además este último estudio plantea que aunque en la mediana edad los hombres presentan unos porcentajes de discapacidad algo superiores, a partir de los 65 años esta tendencia cambia y el porcentaje de mujeres con discapacidad aumenta considerablemente superando al grupo de los hombres. Estos últimos resultados nos hicieron plantear la hipótesis de que serían las mujeres las que tendrían mayor dificultad para realizar las ABVD, dado que nuestra muestra está formada por personas de 65 años en adelante. Hipótesis que después de realizar los análisis pertinentes se ha visto confirmada.

En la misma línea, el estudio de Oliver et al. (2009) mediante modelos estructurales también refuerza los resultados de los anteriores trabajos, ya que al estimar el efecto del género en la capacidad funcional pero controlando estadísticamente el efecto de la edad no se encontraron diferencias y por tanto afirman que las diferencias en dependencia funcional entre hombres y mujeres puede deberse más al efecto de la edad que al propio género.

Respecto al estado civil, tal y como se planteaba, son las personas casadas las que presentan una mayor capacidad funcional. El vivir en pareja durante la vejez cobra significativa importancia, pues estos lazos establecen nexos desde el punto de vista generacional muy sólidos en lo que respecta a la ayuda mutua y al estado afectivo. Los grupos de ancianos casados tienen una mayor supervivencia que los ancianos solteros y

viudos ya que las relaciones que se establecen en esta etapa de la vida no son sustituibles con el afecto y el apoyo de otros miembros de la familia. Este aspecto es importante, ya que tal y como señalan otros autores (Bayarre Vea, Pérez Piñero y Menéndez Jiménez, 2006), la pérdida del cónyuge es uno de los eventos más negativos que se pueden vivir, puesto que se pierde el principal confidente y apoyo psicológico, social y económico; si a este aspecto unimos además las posibles enfermedades asociadas, el enlentecimiento, la fragilidad y el deterioro físico propios de la edad, pueden tener como principal consecuencia que el anciano se encierre en sí mismo y no pueda o no quiera compartir su intimidad con otras personas o convivientes más allegados.

En este sentido, y de acuerdo con los resultados, son las personas que han mantenido la unidad familiar y por ende viven con el cónyuge o con el cónyuge y los hijos los que mantienen niveles más elevados de capacidad funcional. Por otro lado aquellos mayores que viven en casa de los hijos, serán los que necesitarán de un mayor nivel de ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. También se ha comprobado como aquellas personas mayores que viven en sus casas presentarán una mayor capacidad funcional siendo más autónomas, mientras que aquellas que viven con familiares, presentaran mayores dificultades para realizar las AVD. En esta misma línea de resultados, como indica López Doblas (2004), los motivos y causas por los que las personas mayores viven solas pueden ser múltiples, pero a partir de las encuestas consultadas por este autor se observa que la principal causa es la independencia (42,5%), según los datos aportados por el Centro de Investigación de la Realidad Social (CIRES, 1995), seguido de la capacidad para valerse de sí mismo (29,5%). También a partir de los resultados de IMSERSO (1995), se observa que el 33,5% de los mayores vive solo porque lo prefiere, el 20,7% vive solo al enviudar o al independizarse los hijos y el 15,4% vive solo porque considera que puede valerse por si mismo. Por tanto, se plantea que, el hecho de que las personas mayores vivan en sus propias casas está regido por un componente volitivo, lo hacen porque así lo prefieren, porque de esta manera pueden seguir integrados en su contexto social de siempre, gozando de la cercanía de amigos y familiares pero manteniendo un amplio grado de libertad, independencia y autonomía.

En relación al nivel de estudios, se ha visto cumplida la hipótesis según la cual a

mayor nivel de estudios mejor capacidad funcional, siendo las personas de menor nivel académico las que tendrán una mayor probabilidad de presentar dependencia. Si bien, no se debe olvidar que también existen otros estudios en los que esta característica sociodemográfica que es el nivel de estudios no muestra asociación estadística con el nivel funcional (Beland y Zunzunegui, 1990; Tomás et al., 2002; Giacomin et al., 2005).

Para finalizar con este objetivo, podemos decir que la hipótesis planteada respecto a la relación entre ingresos y capacidad funcional ha sido confirmada, dado que a medida que aumenta el nivel de ingresos de la muestra de nuestro estudio, aumenta también la probabilidad de poder vivir de forma independiente y sin necesidad de ayuda para realizar las AVD. Debemos tener en cuenta que dado que en España la Seguridad Social sigue siendo pública, al menos hasta el momento, ésta podría representar un factor protector para la funcionalidad en el adulto mayor independientemente del nivel de ingresos. Pero sin duda, estos adultos mayores con unos ingresos económicos elevados, tienen probablemente un mayor nivel de estudios y por tanto durante su vida productiva se hayan dedicado a realizar trabajos más cualificados y con menos desgaste físico, hayan podido tener la oportunidad de adquirir bienes y invertir en la educación de sus hijos, lo que redunda en fortalecimiento de sus redes de apoyo y seguridad económica lo cual les permiten tener una vejez tranquila en este momento. En esta misma línea numerosos estudios afirman que un bajo nivel socioeconómico está asociado a una menor capacidad funcional, aunque también se ha comprobado que el acceso limitado al cuidado médico, puede ser responsables del resultado funcional bajo de personas mayores con bajos ingresos y bajo nivel cultural y educativo (Guralnik y Kaplan, 1989; Guralnik y Simonsick, 1993; Hubert et al., 1993; Kaplan et al., 1993; Lammi et al., 1989 y Maddox y Clark, 1992).

Tal y como planteaba el cuarto objetivo específico, se pretende conocer la relación existente entre la edad y la medida de bienestar subjetivo. Si bien en diferentes trabajos (Mroczek y Kolarz, 1998; Triadó, 2003; Navarro et al., 2008) se observa que puede existir una ligera disminución lineal según aumenta la edad, esta relación es baja, reafirmándose la idea de que la satisfacción vital, como medida, parece ser bastante estable con la edad, especialmente a partir de la adultez y concretamente en el grupo de mayores de 65 años. En este sentido y según Triadó (2003), la reevaluación, el cambio o el reescalamiento de metas

en la vejez puede ser uno de los mecanismos de mantenimiento que expliquen, en parte, por qué permanece esta medida constante a lo largo de los años, incluso cuando las condiciones vitales se tornan cada vez más amenazantes y las pérdidas superan a las ganancias. En este trabajo no se ha producido esta estabilidad, sino que al igual que en el trabajo de Navarro et al. (2008), los niveles de satisfacción vital han disminuido a medida que ha aumentado la edad.

En cuanto al resto de sociodemográficos estudiados en relación a la satisfacción personal, observamos que el género, tal y como esperábamos, no presenta diferencias significativas en la satisfacción vital al comparar hombres y mujeres. Este resultado es coherente con diversos estudios que al igual que en este trabajo plantean que no existirán diferencias significativas para la satisfacción vital en función del género, como los de Triadó (2003) que informa que al comparar la puntuación total en satisfacción vital, entre hombres y mujeres no se encontraron diferencias significativas. Por otra parte Meléndez et al. (2008), tampoco observaron mediante modelos de ecuaciones estructurales relación entre la medida de satisfacción vital y el género.

No obstante, hay que señalar que algunos trabajos que parten de la existencia de una repercusión diferencial de los eventos vitales entre los hombres y las mujeres señalan que las mujeres no sólo son más expresivas a la hora de manifestar sus emociones, sino que también son más sensibles a los acontecimientos relevantes que ocurren en sus vidas. Acorde con esta mayor sensibilidad, Lee et al. (1991) encontraron en su muestra que era más frecuente que las mujeres autoinformaran ser muy felices. De esta manera, en general, la respuesta emocional positiva más intensa parece equilibrar su también más alto afecto negativo; lo que da lugar a unos niveles similares de bienestar subjetivo.

En cuanto al estado civil, tal y como se indicaba, existen diferencias significativas, siendo el grupo de los casados el que mayor puntuación obtiene. En este sentido diferentes trabajos demuestran que el matrimonio es uno de los mayores predictores de bienestar subjetivo y que las personas casadas informan de un mayor grado de satisfacción con la vida que las personas solteras, viudas o divorciadas (Acock y Hurlbert, 1993; Campbell et al., 1976; Glenn y Weaver, 1981; Mastekaasa, 1993; Wood et al., 1989). Por otro lado,

serán el grupo de los viudos los que presentarán las puntuaciones más bajas en satisfacción vital, resultados que corroboran trabajos como el de Wood et al. (1989), Acock y Hurlbert (1993) o Triadó (2003). Para García Martín (2002), numerosos estudios han mostrado una mayor prevalencia e incidencia de muchos desórdenes tanto físicos como psicológicos, así como una menor esperanza de vida entre las personas sin pareja, mientras que el matrimonio es uno de los mayores predictores de satisfacción con la vida.

Por lo que se refiere al nivel de estudios, y al igual que en otros trabajos como los de Pinquart y Soressen (2001) o Subas y Hayran (2005), se ha observado que el grupo con mayor nivel de estudios mantiene también una mayor satisfacción vital. En este sentido, García Martín (2002) indica que es posible que la educación pueda ejercer efectos indirectos en el bienestar subjetivo a través de su papel mediador tanto en la consecución de las metas personales como en la adaptación a los cambios vitales que acontecen.

Aunque augurábamos que la tenencia de hijos influiría produciendo mayores niveles de bienestar subjetivo, esta hipótesis no ha sido confirmada, dado que no se aprecian diferencias significativas en satisfacción vital entre los que tienen y los que no tienen descendencia. En relación a las diferencias observadas, Meil (2006) señala que independientemente de los resultados, el bienestar subjetivo no es peor en las personas con menor número de hijos, dado que lo relevante para la satisfacción con la vida y la felicidad es la disponibilidad de miembros de la red social, con quienes exista una buena relación, y se pueda pasar parte del tiempo libre conjuntamente, más que el hecho de que el vínculo que una a las personas sea de filiación. De este modo aunque parece ser que quienes tienen menor número de hijos presentan un mayor riesgo de aislamiento social, este riesgo se minimizaría a través de la obtención de apoyo social que evitaría la soledad y el aislamiento.

Respecto al lugar donde viven, se confirma la hipótesis de que serán aquellos que puedan vivir en su propia casa los que presentarán puntuaciones superiores en satisfacción vital. Estos resultados son apoyados por una encuesta reciente sobre personas mayores realizada por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2010), en el que afirma que el 83,7% de las personas mayores valoran de forma muy importante su independencia y

autonomía y por tanto mientras sus capacidades físicas y psíquicas se lo permitan, preferirán vivir en su propia casa, aunque sea solos.

Relacionado con la idea anterior, también presentarán puntuaciones más elevadas en satisfacción vital aquellas personas que sigan manteniendo la unidad familiar y que por tanto sigan viviendo con el cónyuge. Por otro lado, aquellos que presentan las puntuaciones mas bajas son los que viven con hijos, dado que este hecho indica una disminución de la autonomía y por tanto de la satisfacción.

Por último, para terminar con este objetivo hemos comprobado que a mayor nivel de ingresos, los niveles de satisfacción vital serán más altos. Para demostrar esto, la "economía de la felicidad" trata de estudiar la relación entre la renta y la felicidad o bienestar subjetivo. Los estudios al respecto se basan en las respuestas que dan los encuestados a cuestionarios tipo Gallup (sondeo de opinión) en los que se les pide que autoevalúen su satisfacción con la vida. Estas encuestas se vienen realizando en algunos países desde hace más de 50 años y los resultados extraídos son, principalmente, los siguientes (Esteve, 2004; Bruni y Zamagni, 2007): en un tiempo y país determinado la correlación entre renta y felicidad existe y es fuerte. Al comparar los países entre sí no parece tan claro que los países ricos sean más felices que los pobres y, dentro de los ricos, a partir de ciertos niveles de renta los incrementos sucesivos de ésta no conllevan incrementos sustanciales en los niveles de felicidad. Cuando se considera la evolución del nivel de felicidad en el tiempo para los países desarrollados, estos parecen haberse mantenido sorprendentemente estables sobretodo si se tiene en cuenta la importante evolución al alza de los ingresos en dichos países en el tiempo considerado. No obstante Rojas (2004) afirma que la posición socioeconómica de una persona, por sí sola, no es una buena referencia para evaluar su nivel de bienestar, ya que en su estudio encuentra personas felices e infelices en todos los niveles de ingreso, y un aumento en el ingreso no garantiza un aumento en el bienestar.

Siguiendo con los objetivos a continuación describiremos los resultados de este trabajo en cuanto a la relación existente entre cada una de las dimensiones del bienestar psicológico y la edad.

En primer lugar, se ha observado como dos dimensiones que aunque en las hipótesis se planteaba que disminuirían a medida que aumentara la edad, se mantienen relativamente estables dado que no existe correlación. La primera de ellas es la autoaceptación, que tal y como se señaló anteriormente, en el modelo de ecuaciones estructurales de Keyes et al. (2002) es una de las dimensiones más relacionadas con el bienestar subjetivo. La otra dimensión que se mantiene estable es la autonomía. Si bien es cierto que se produce una ligera disminución en las puntuaciones a medida que aumenta la edad, esta disminución no es de magnitud suficiente para presentar diferencias significativas.

En cuanto a la dimensión dominio del ambiente, y aunque en un principio se planteaba que se mantendría estable al aumentar la edad, esto no ha sido así, dado que se ha observado una disminución en las puntuaciones al considerar personas de mayor edad. En este sentido se confirma la idea de que la pérdida de control sobre los ambientes en los que uno se desarrolla está relacionada con la edad dado que los recursos personales van descendiendo y por tanto se produce una mayor dificultad para adaptarse o adaptar los contextos en los que el sujeto se desenvuelve.

Por otra parte, el resto de dimensiones estudiadas, crecimiento personal, relaciones positivas con los demás y propósito en la vida, tal y como se planteaba en las hipótesis, han mostrado un decremento a lo largo de los diferentes momentos vitales estudiados. Es de destacar en este punto que en las dimensiones de crecimiento personal y propósito en la vida es en donde se han producido los mayores descensos. Este último hallazgo es especialmente relevante si se tiene en cuenta que son estas dos dimensiones las más características de la definición de bienestar psicológico y las que más se apartan de las tradicionales medidas de bienestar subjetivo.

A continuación pasamos a analizar las diferencias existentes en las dimensiones del bienestar psicológico en función de los diferentes sociodemográficos estudiados. En cuanto al género, se planteaba que tres dimensiones (dominio del ambiente, relaciones positivas con los demás y propósito en la vida), no presentarían diferencias entre hombres y mujeres, siendo esta hipótesis confirmada en este trabajo. Por otra parte y como se señalaba en las hipótesis, las dimensiones crecimiento personal y autoaceptación presentan diferencias

significativas en función del género, siendo los hombres los que obtendrían una puntuación mayor. Por último y en relación a la dimensión autonomía, aunque se planteaba que no existirían diferencias significativas entre hombres y mujeres, la hipótesis no se ha cumplido, mostrando los resultados diferencias en función del género y siendo los hombres los que presentan una puntuación mayor. Estos resultados coinciden con el estudio realizado por (Alvarado et al., 2008) en el que plantean que los hombres informaron de mayor bienestar psicológico que las mujeres, tanto a nivel global como en la mayoría de sus dimensiones y en el que establecen factores del ciclo vital-social específicos al género, por los cuales las mujeres se encuentran en una desventaja y en algunos casos en una mayor vulnerabilidad.

Respecto al estado civil, según los datos obtenidos, son las personas casadas las que obtienen puntuaciones mayores en las dimensiones autonomía, dominio del ambiente, autoaceptación y propósito en la vida. Por otra parte y en relación a la dimensión crecimiento personal, son los solteros los que presentan las mayores puntuaciones. Por último, la dimensión relaciones positivas con los demás no ha mostrado diferencias significativas en función del estado civil. Estos resultados serían totalmente contrarios a otros estudios revisados como el de Vivaldi y Barra (2012), en el que encuentran que la única dimensión en la que se observan diferencias significativas en función del estado civil es la de relaciones positivas con los demás.

En cuanto a la variable nivel de estudios, tal y como se había predicho existe una relación positiva en la mayoría de las dimensiones (autonomía, dominio del ambiente, crecimiento personal, autoaceptación y propósito en la vida), dado que el grupo que obtiene las mayores puntuaciones en cada uno de estos factores, es el de estudios universitarios. Este dato es coherente con algunos estudios de predicción de los componentes del bienestar (Ryff, 2002), en los que el nivel de estudios se asocia positivamente con los componentes del bienestar. También, el estudio de Oliver et al. (2009), señala que el nivel de estudios influyó positivamente en el dominio del ambiente, el crecimiento personal y el propósito en la vida. Por otra parte, en este estudio la única dimensión que no ha presentado diferencias significativas en función del nivel de estudios, es la de relaciones positivas con los demás.

En cuanto a la tenencia de hijos, señalar que el hecho de tenerlos produce puntuaciones superiores para las dimensiones de autonomía y dominio del ambiente, respecto de aquellos que no los tienen, siendo acorde el resultado con las hipótesis planteadas. Por el contrario, y en relación a propósito en la vida, esta hipótesis no se ha cumplido, dado que al igual que en las demás dimensiones estudiadas, no se han producido diferencias significativas ligadas al hecho de tener o no hijos; así, la hipótesis, sí se ha cumplido para las dimensiones relaciones positivas con los demás y autoaceptación y no se ha cumplido tampoco para crecimiento personal.

Respecto a la variable donde viven, señalamos que todas las hipótesis han sido verificadas. En concreto se observa como en la mayoría de las dimensiones estudiadas (autonomía, dominio del ambiente, relaciones positivas con los demás, autoaceptación y propósito en la vida), han sido el grupo de las personas que viven en su propia casa aquellas que han obtenido las mayores puntuaciones. En este sentido, destaca que en estas mismas dimensiones el grupo que obtiene una puntuación más baja ha sido aquel que vive en casa de familiares. Apuntar que, en cuanto a estas cinco dimensiones, aquellas en las que se producen mayores diferencias entre el grupo que viven en su propia casa y el que vive en casa de familiares corresponden a los dimensiones de propósito en la vida y dominio del ambiente. Por último, en cuanto al crecimiento personal, no se ha cumplido la hipótesis planteada, siendo las personas que viven en casa alquilada las que presentan mayores puntuaciones.

Los resultados obtenidos en este trabajo en relación a la variable lugar donde vive, son respaldados por el estudio de Arias y Solivez (2009) en el que se analiza tanto de forma global como dimensional el bienestar psicológico en adultos mayores según el tipo de hogar y en el que se concluye que los adultos mayores que viven en hogares particulares informan de un mayor bienestar psicológico global. Si bien, en este estudio, no se encontraron diferencias significativas en dos de los factores (autonomía y dominio del ambiente).

En relación a la variable con quien vive, se ha comprobado que todas las hipótesis han sido corroboradas a partir de los resultados de este estudio. En primer lugar se ha

observado que es el grupo de aquellos mayores que viven con el cónyuge y los hijos los que presentan las mayores puntuaciones para las dimensiones de autonomía, crecimiento personal y propósito en la vida. Por otro lado, las mayores puntuaciones para la dimensión dominio del ambiente las presenta el grupo de aquellos mayores que vive con el cónyuge. Por último destacar que no se han observado diferencias significativas para las dimensiones relaciones positivas con los demás y autoaceptación en función de la variable con quien vive la persona mayor.

Por último dentro de este objetivo específico se ha analizado la relación entre las dimensiones del bienestar psicológico y la variable nivel de ingresos, donde las hipótesis apuntaban que el grupo de aquellas personas con mayores niveles de ingresos presentarían puntuaciones más elevadas para todos los factores del bienestar psicológico. Después de realizar los análisis pertinentes se ha comprobado que las hipótesis se cumplen en parte, para las dimensiones de dominio del ambiente, crecimiento personal, autoaceptación y propósito en la vida. Por otra parte no se han obtenido diferencias significativas en la dimensión relaciones positivas con los demás en función del nivel de ingresos. Por último para la dimensión autonomía se observa que el grupo que presenta las mayores puntuaciones no es aquel con mayor nivel de ingresos, que correspondería al nivel de Más de 1500, sino aquellos que se sitúan en un nivel por debajo de este y que corresponde a la cantidad de entre 1001 y 1500 euros.

Por último, nos referiremos al análisis multivariado entre las variables y las medidas utilizadas. Tal y como hemos podido observar a partir del modelo de ecuaciones estructurales, algunas conclusiones son claras. La primera es que de los sociodemográficos empleados en la predicción, tanto del nivel de dependencia funcional (ABVD) como del bienestar su incidencia es baja excepto en el caso de la edad con el nivel de funcionalidad, siendo esta relación al igual que con el bienestar subjetivo de carácter negativo. Estas relaciones encontradas son similares a las halladas en trabajos con poblaciones de Norteamérica y Europa, aunque no son ni tan fuertes ni tan generalizadas, y además los porcentajes de varianza explicada son ligeramente menores que los de estos estudios. Una segunda conclusión es que las variables mediadoras, afectadas por las características sociodemográficas, nivel de ABVD (capacidad para realizar actividades básicas de la vida

diaria), y el bienestar subjetivo se encuentran, a su vez, relacionadas, siendo el nivel de dependencia funcional predictor del bienestar subjetivo. Por último, se observa como ambas variables predicen el bienestar psicológico, siendo además el bienestar subjetivo el que está en mayor medida relacionado.

De forma más específica, y en relación a los sociodemográficos, la edad ha mostrado relaciones con el nivel de dependencia y con el bienestar subjetivo. Con respecto a la evolución de las ABVD en función de la edad, diversos trabajos (Abellan y Esparza, 2006; IMSERSO, 2005) señalan que a medida que aumenta la edad, también aumenta el porcentaje de personas que tienen dificultad con el desempeño de sus actividades básicas de la vida diaria. En el contexto español, el grupo de población de más edad es el que presenta mayor tasa de limitaciones en ABVD, aumentando éstas sobre todo a partir de los 80 años. Parece ser que si bien está apareciendo un retraso en la aparición de dificultades en las ABVD asociadas al envejecimiento en edades inferiores a 83 años, a edades más avanzadas se produce una inversión de esta tendencia. La ligera relación negativa que muestra el modelo estructural es congruente con los resultados anteriores. De forma paralela también se ha observado que según aumenta la edad aparece un descenso en el bienestar subjetivo. Debemos de tener en cuenta, que existe un mayor uso de estrategias acomodativas según aumenta la edad (Brandtstädter y Renner, 1990) y que en contraste con los mecanismos de asimilación, la acomodación no implica una acción intencional dirigida a una meta, sino que es un proceso más bien automático.

A diferencia de otros trabajos, el género no ha mostrado relaciones con ninguna de las variables predichas. Incluso, tal y como se plantea en el trabajo de Oliver et al. (2009) mediante modelos estructurales en los que se presenta una estimación del efecto del género, pero controlando estadísticamente la edad y en el que no se observan diferencias parece reforzar la idea anterior, según la cual las diferencias en dependencia funcional entre hombres y mujeres puede deberse más al efecto de la edad que al propio género. Del mismo modo y en relación al bienestar subjetivo, el trabajo de meta-análisis de Haring et al. (1984) muestra escasas o nulas diferencias en la variable género para los índices de bienestar.

Por lo que se refiere al nivel de estudios, se han observado relaciones bajas con el

nivel de dependencia y algo mayor con el bienestar subjetivo. En relación a las AVD, según Abellán y Esparza (2006), el nivel de instrucción es uno de los factores más determinantes de las situaciones de discapacidad y dependencia, de manera que el riesgo de padecer dependencia aumenta según desciende el nivel educativo: las tasas entre las personas con estudios superiores se sitúan en España, en el 13,1%, y las de los que no tienen estudios o son analfabetos alcanzan el 29,8%. Por lo que respecta al bienestar, Campbell (1981) sugiere que si bien la educación presenta una asociación con el bienestar subjetivo, sus efectos no parece que sean relevantes, aspecto que se ha verificado a partir de los resultados obtenidos.

Por último, en relación a la variable ingresos y su predicción del bienestar psicológico, ha sido una de las variables incluidas en el modelo final. Este tipo de relación, no ha sido analizada en la literatura científica y su nivel de predicción ha sido bajo. De forma meramente explicativa podemos decir que es posible que el nivel de ingresos pueda estar mediando la cantidad de objetivos y metas que las personas ancianas se plantean, máxime cuando con la jubilación existe una pérdida de estatus económico. De este modo, a mayor nivel de ingresos, existiría un mejor bienestar psicológico.

Por lo que respecta a la predicción sobre de las AVD sobre el bienestar subjetivo y psicológico hemos de tener en cuenta que la propia definición del término envejecimiento con éxito (successful aging), se plantea que existe un patrón patológico, caracterizado por la enfermedad grave y la dependencia en algún grado y un patrón de envejecimiento normal, en el que no hay enfermedad, pero sí un aumento del riesgo a padecerlas, asociado a la edad, y que minimizan el disfrute y la satisfacción. Sin embargo, tal y como indica Fernández-Ballesteros (1998) o Gutiérrez, Serra y Zacarés (2006), esta clasificación en apariencia dicotómica es demasiado amplia y requiere de una matización en la categoría normal. Dentro de este último grupo, el envejecimiento normal, deberían tener en cuenta un patrón diferencial, donde los niveles funcionales se mantienen elevados e incluso, en algunos sentidos, pueden incluso mejorar: es el denominado envejecimiento con éxito, que Rowe y Kahn (1987, 1997), lo han definido, incluyendo la baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad asociada, el alto funcionamiento cognitivo y funcionalidad física y el compromiso activo con la vida. Por otra parte autores como Veenhoven (1994) o Triadó

(2003) señalan que, con independencia de los ambientes y las condiciones objetivas, se supone que las personas ante lo que responden, es ante las condiciones de dependencia tal y como son subjetivamente percibidas, siendo el bienestar una variable altamente relacionada.

Finalmente, la relación más importante del modelo es la observada entre ambos tipos de bienestar. Desde un enfoque cuantitativo, Ryff y Keyes (1995) indican que algunas dimensiones del bienestar psicológico (en concreto, la autoaceptación y el dominio del ambiente) parecen estar relacionas con medidas de felicidad y satisfacción con la vida (es decir, con medidas de bienestar subjetivo), mientras que el resto de dimensiones que incluye el bienestar psicológico no mostraba (o lo hacía muy débilmente) una relación con el bienestar subjetivo. Entre las dimensiones que no mostraban relación se encontraban aquellas que quizá representan de manera más genuina el sentido del bienestar psicológico: el propósito en la vida y el crecimiento personal. Este planteamiento fue corroborado posteriormente por Keyes et al. (2002) y utilizando una muestra representativa de la población de Estados Unidos y mediante el análisis factorial confirmatorio, se obtuvo que el modelo de relación que más ajustaba a los datos era precisamente el indicado por Ryff y Keyes (1995).

Según Keyes et al. (2002) a la base de estos seis factores de primer orden se encontrarían dos constructos de nivel superior, bienestar subjetivo y bienestar psicológico, si bien al poner a prueba este modelo, sólo se conseguía un ajuste satisfactorio si se incluían saturaciones cruzadas de dominio del ambiente y autoaceptación en bienestar psicológico y subjetivo. Si bien se obtuvo que el modelo de relación que más ajustaba a los datos presentaba las siguientes características: ambos constructos estaban globalmente relacionados aunque poseían dimensiones únicas que no compartía el otro, en el caso del bienestar psicológico, éstas eran el propósito en la vida y el crecimiento personal. Además, existía solapamiento entre los dos constructos, para las dimensiones de autoaceptación y dominio del ambiente, que parecían estar relacionadas de manera muy similar para ambos constructos.

Finalmente y como limitaciones a este trabajo señalar como primer aspecto el tipo de diseño aplicado, que ha sido de carácter transversal mediante un muestreo no probabilístico y por ello las implicaciones causales necesitan ser interpretadas con cautela. En este sentido, el desarrollo de trabajos de carácter longitudinal permitiría conocer la evolución del bienestar en función de la edad así como las modificaciones en la capacidad funcional, además obtener puntuaciones de los sujetos en diferentes momentos temporales ofrecería estimaciones de fiabilidad test-retest que proporcionaría información adicional principalmente sobre la fiabilidad de las escalas de bienestar. Debe señalarse que si bien los coeficientes obtenidos en estas no han sido elevados, muestran resultados similares a los de otros trabajos publicados.

También, sería interesante al igual que en algunos trabajos de la autora de las escalas de bienestar ampliar el rango de edad a grupos anteriores a los 65 años, de manera que se pueda observar si existen diferencias con otros grupos de edad y sobre todo determinar si cuando llega el periodo de la jubilación se produce una modificación sustancial del bienestar frente a los niveles desarrollados en edades anteriores.

Adicionalmente, y en relación al análisis de la valoración funcional, el hecho de que, de forma natural, la gran mayoría de los participantes tengan un nivel que puede categorizarse como bueno, y sólo unos pocos presentan limitaciones severas y graves, ha hecho difícil analizar plenamente las categorías de la valoración funcional.

Señalar como propuesta para futuros trabajos la obtención de información cualitativa acerca del bienestar y de la capacidad funcional de los sujetos a partir de entrevistas con familiares y personas cercanas, analizando si fuera posible aquellos sucesos vitales que puedan determinar los cambios que están altamente relacionados con las modificaciones de las variables analizadas lo cual permitiría comprender mejor los matices de la experiencia de envejecer en España.

CAPÍTULO 7

BIBLIOGRAFÍA.

Abbott, R. A., Ploubidis, G. B., Huppert, F. A., Kuh, D., Wadsworth, M. E. J. y Croudace, T. J. (2006). Psychometric evaluation and predictive validity of Ryff's psychological well-being items in a UK birth cohort sample of women. *Health and Quality of Life Outcomes, 4*, 76-77.

Abellán, A. y Esparza, C. (2006). Las personas mayores con dependencia. En R. Puyol y A. Abellán (Eds.), *Envejecimiento y dependencia. Una mirada al panorama futuro de la población española* (pp. 53-72). Madrid: Mondial Assistance.

Acock, A. C. y Hurlbert, J. S. (1993). Social networks, marital status, and well-being. *Social Networks, 15*, 309-334.

Alarcón, M. T., González, J. I., Bárcena, A., Sánchez-del Corral, F., Muñoz, C. y Salgado, A. (1993). Características del paciente geriátrico al ingreso en la unidad de agudos de un servicio de geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 28*, 285-290.

Albretch, R. y Morales, J. J. (1999). ¿Por qué envejecemos de manera diversa? En R. Rodríguez y otros (1999), *Geriatría*. (pp. 29-31). México: Mc Graw Hill.

Allardt, E. (1996). Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen (Comps.), *La calidad de vida* (pp. 126-134). México: F.C.E.

Almedom, A. M. y Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD anymore than health is the absence of disease. *Journal of Loss and Trauma, 12*, 127-143.

Alvarado, B., Zunzunegui, M., Béland, F., y Bamvita, J. (2008). Life course social and health conditions linked to frailty in Latin American older men and women. *Journals of Gerontology: Medical Sciences, 63*, 1399-1406.

Andrews, F. M. y McKennell, A. C. (1980). Measures of self-reported well-being: Their affective, cognitive and other components. *Social Indicators Research, 8*, 127-155.

Arens, D. A. (1982-83). Widowhood and well-being: An examination of sex differences within a causal model. *International Journal of Aging and Human Developmen, 15*, 27-40.

Argyle, M. (1999). Causes and correlates of happiness. En D. Kaheneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 353-373). New York: Russell Sage Foundation.

Arias, C. y Soliverez, C. (2009). Análisis dimensional y global del bienestar psicológico en adultos mayores de la ciudad de Mar del Plata según tipo de hogar. *Décimo Congreso Virtual de Psiquiatría.*

Atchley, R. C. (1971). Retirement and leisure participation: Continuity or crisis? *The Gerontologist, 11,* 13-17.

Atchley, R. C. (1975). Adjustment to loss of job at retirement. *International Journal of Aging and Human Development, 6,* 17-27.

Avia, M. D. y Vásquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas.* Madrid: Alianza Editorial.

Avlund, K. (2004a). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journals of Gerontology: Series B. Psychological Sciences Social Sciences, 59,* 44-51.

Avlund, K. (2004b). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 38,* 85-99.

Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N. y Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Publica, 76,* 683-699.

Ball, R. E. y Robbins, L. (1986). Marital status and life satisfaction among black americans. *Journal of Marriage and the Family, 48,* 389-394.

Baltes, M. M. y Carstensen, L. L. (1996). The processes of successful ageing. *Ageing and Society, 16,* 397-422.

Baltes, M. M. y Lang, F. R. (1997). Everyday functioning and successful aging: The impact of resources. *Psychology and Aging, 12,* 433-434.

Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life span developmental psychology: On

the dynamics of growth and decline. *Developmental Psychology, 23,* 611-626.

Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychologist, 52,* 366-380.

Baltes, P. B. y Baltes M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences*. Cambridge: University Press.

Baltes, P. B. y Graf, P. (1996). Psychological aspects of aging: facts and frontiers. En D. Magnusson (Ed.), *The life span development of individuals: Behavioral, neurobiological, and psychosocial perspectives* (pp. 421-460). New York: Cambridge University Press.

Baltes, P. B. y Smith, J. (1999). Multilevel and systemic analyses of old age: Theoretical and empirical evidence for a fourth age. En V. L. Bengton y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 153-173). New York: Springer Publishing Company.

Baltes, P. B. y Willis, S. L. (1982). Plasticity and enhancement of intellectual functioning in old age: Penn State's Adult Development and Enrichment Program (ADEPT). En F. I. M. Craik y S. E. Trehub (Eds.), *Aging and cognitive processes* (pp. 353-389). New York: Plenum Press.

Baltes, P. B., Lindenberger, U. y Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in development psychology. En R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology. Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). New York: Wiley.

Baltes, P. B., Reese, H. y Lipsitt, L. P. (1980). Life-span developmental psychology. Introduction to research methods. *Annual Review of Psychology, 31*, 65-110.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Baquero, M., Blasco, R., Campos-García, A., Garcés, M., Fages, E. M. y Andreu-Català, M. (2004). Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. *Revista de Neurología, 38,* 323-326.

Barrantes, M. (2006). Género, vejez y salud. *Acta Bioethica, 12,* 193-197.

Barrientos, J. (2005). *Calidad de vida, bienestar subjetivo: una mirada psicosocial*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.

Bassuk, S. S., Berkman, L. F. y Glass, T. A. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in dommunity dwelling elderly persons. *Annals of Internal Medicine, 131*, 165-173.

Battersby, W. S., Bender, M. B., Pollack, M. y Kahn, R. L. (1956). Unilateral spatial agnosia ("inattention") in patients with cortical lesions. *Brain, 79*, 68-93.

Bayarre Vea, H. D., Pérez Piñero, J. y Menéndez Jiménez, J. (2008). Factores de riesgo de discapacidad física en ancianos de Ciudad de La Habana, Camagüey, Las Tunas, Granma y Holguín. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 24*, 1561-3038.

Bazo, M. T. (1990). *La sociedad anciana*. Madrid, CIS.

Baztán, J. J., Pérez de Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. Y Manzarbeitia, J. (1993). Indice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebro-vascular. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 28*, 32-40.

Beland, F. y Zunzunegui, M. V. (1990). Predictor of functional status in older people living at home. *Age and Ageing, 28*, 153-159.

Belsky, J. (2001). *Psicología del envejecimiento.* Madrid: Paraninfo.

Berkman, L. F. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine,* 57, 245-300.

Berkman, L. F. y Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support and health. En L. F. Berkman y I. Kawachi (Eds.), *Social epidemiology* (pp. 137-173). New York: Oxford University Press.

Berne, E. (1964). *Games people play: The psychology of human relations.* Nueva York: Grove-Press. Inc.

Birren, J. E. y Schroots, J. J. F. (1984). Steps to an ontogenetic psychology. *Academic Psychology Bulletin, 6*, 177-190.

Birren, J. E. y Schroots, J. J. F. (1996). History, concepts, and theory in the psychology of

aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 3-23). San Diego. CA: Academic Press.

Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Ciss-Praxis.

Bowling, A. (1988-89). Who dies after widow(er)hood? A discriminant analysis. *Omega: Journal of Death and Dying, 19*, 135-153.

Brandtstädter, J. y Baltes-Götz, B. (1990). Personal control over development and quality of life perspectives in adulthood. En P. B. Baltes y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioural science* (pp. 197-224). New York: Cambridge University Press.

Brandtstädter, J. y Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review, 14*, 52-80.

Brandtstädter, J. y Lerner, R. M. (1999). *Action and self-development: Theory and research through the life span*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Brandtstädter, J. y Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging, 5*, 58-67.

Brandtstädter, J. y Rothermund, F. (2002). The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework. *Development Review*, *22*, 117-150.

Brandtstädter, J., Wentura, D. y Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioural Development, 16*, 323-349.

Brandtstädter, J., Wentura, D. y Rothermund, F. (1999). International self development through adulthood and later life. En J. Brandtstädter y R. M. Lerner (Eds.), *Action and self-development* (pp. 373-400). Thousand Oaks: Sage.

Brickman, P., Coates, D. y Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? *Journal of Personality and Social Psychology, 36*, 917-927.

Brink, T. L. y Yesavage, J. A. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical*

Gerontology, 1, 37-43.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA. Harvard University Press.

Bruni, L y Zamagni, S. (2007). *Economía civil: eficiencia, equidad y felicidad pública*. Prometeo Libros, Buenos Aires.

Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.

Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent atterns and trends.* Nueva York: McGraw-Hill.

Campbell, A., Converse, P. E. y Rodgers, W. L. (1976). *The quality of american life: Perceptions, evaluations, and satisfaction.* Nueva York: Russell.

Cantor, N. y Sanderson, C. A. (1999). Life task participation and well-being: The importance of taking part in daily life. En D. Kahneman, E. Diener y N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The Foundations of hedonic psychology* (pp. 230-243). New York: Russell Sage Foundation.

Cardenal, V. y Fierro, F. (2001). Sexo y edad en estilos de personalidad, bienestar personal y adaptacion social. *Psicothema, 13*, 118-126.

Carstensen, L. L. (1990). *Cambios relacionados con la edad en la actividad social*. En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (Dirs.), *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social* (pp. 58-73). Barcelona: Martínez Roca.

Carstensen, L. L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support of socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging, 7,* 331-338.

Carstensen, L. L. y Charles, S. T. (1998). Emotion in the second half of life. *Current Directions in Psychological Science, 7,* 144-149.

Carstensen, L. L. y Fredrickson, B. L. (1998). Socioemotional selectivity in healthy older people and younger people living with the Human Immunodeficiency Virus: The centrality of emotion when the future is constrained. *Health Psychology, 17*, 1-10.

Carstensen, L. L. y Turk-Charles, S. (1994). The salience of emotion across the adult life span. *Psychology and Aging, 9,* 259-264.

Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U. y Nesselroade, J. R. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 644-655.

Carver, C. S. y Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.

Centro de Investigación de la Realidad Social (1995). *Encuesta de la tercera edad*. Madrid: CIRES.

Chackiel, J. (2004). *La dinámica demográfica en América Latina*. Série población y desarrollo num. 52. Santiago de Chile: Cepal/Celade..

Charles, S. T., Reynolds, C. A. y Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affects over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 136-151.

Chiang, K., Lu, R., Chu, H., Chang, Y. y Chou, K. (2008). Evaluation of the effect of a life review group program on self-esteem and life satisfaction in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 23*, 7-10.

Collin, C., Wade, D. T., Davies, S. y Horne, V. (1988). The Barthel ADL Index: A reliability study. *International Disability Studies, 10*, 61-63.

Comfort, A. (1956). *The biology of senescence.* London: Routledge and Paul.

Consejo de Europa. *Recomendación nº (98)9 del Comité de Ministros a los Estados Miembros, relativa a la dependencia. Anexo a la Recomendación nº R (98)9*. Estrasburgo: Consejo de Europa; 1998.

Cooper, H., Okamura, L. y McNeil, P. (1996). Situation and personality correlates of psychological well-being social activity and personal control. *Journal of Research in Personality, 29*, 395-417.

Costa, P. T., McCrae, R. R. y Zonderman, A. B. (1987). Enviromental and dispositional influences on well-being: Longitudinal follow-up of an American national sample. *British Journal of Psychology, 78*, 299-306.

Costa, P. T., Zonderman, A. B. y McCrae, R. R. (1991). Personality, defense, doping and

adaptation in older adulthood. En E. M. Cummings, A. L. Greene y K. H. Karraker (Eds.), *Life-span development psychology: perspectives on stress and doping* (pp. 277-293). Hillsdale: Lawrence Earlbaum.

Cowgill, D. O. y Holmes, L. D. (1974). *Aging and modernization*. New York: Appleton Century Crofts.

Craig, G. (2001). *Desarrollo Psicológico*. México: Prentice Hall.

Cristofalo, V. J. (1990). Overview of biological mechanism of aging. En V. J. Cristofalo y M. P. Lawton (Eds.). *Annual review of gerontology and geriatrics: Special focus on the biology of aging* (pp. 1-22). New York: Springer.

Cross, S. y Markus, H. (1991). Possible selves across life span. *Human Development, 34*, 230-255.

Csikszentmihalyi, M. (1998). *Aprender a fluir*. Barcelona: Kairós.

Csikszentmihalyi, M. (2005). *Fluir (Flow). Una psicología de la felicidad*. Barcelona: Kairós.

Cumming, E. y Henrry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.

Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research, 38*, 303-328.

D´Anello, S. (2006). Efecto de las normas y emociones en los juicios sobre satisfacción con la vida en una muestra venezolana. *Revista Interamericana de psicología, 40*, 371-376.

Davis, M., Morris, M. y Kraus, L. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: Associations with well-being and attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 468-481.

Deaver, G. G. y Brown, M. E. (1945). *Physica demands of daily life*. New York: Institute for the crippled and disabled.

Deeg, D. H. J. (1989). *Experiences from longitudinal studies of aging: Conceptualisation, organization and output*. Nijmegen, The Netherlands: Eburon.

Deeg, D. H., Kardan, J. W. y Fozard, J. L. (1996). Health, behavior and aging. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.): *Handbook of the psychology of aging* (pp. 129-149). San Diego, CA: Academic Press.

Del Ser, T., Sánchez, F., Garcia de Yébenes, M. J., Otero, Á., Zunzunegui, M. V. y Muñoz, D. G. (2004). Versión española del test de los 7 Minutos. Datos normativos de una muestra poblacional de ancianos de más de 70 años. *Neurología, 19,* 344-358.

DeNeve, K. M. y Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective wellbeing. *Psychological Bulletin, 124,* 197-229.

Denham Harman, M. (1956). Aging: A theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal of Gerontology, 11,* 298-300.

Depp, C. A. y Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprenhensive review of Larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14,* 6-20.

Díaz Palacios, M. E., Dominguez Puente, O. y Toyos García, G. (1994). Resultado de la aplicación de una escala de valoración socio familiar en Atención Primária. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 29,* 239-245.

Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C. y Van Dierendonck. D. (2006). Adaptación española de las Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff. *Psicothema, 18,* 572-577.

Díaz-Mardomingo, M. C., García-Herranz, S. y Peraita-Adrados, H. (2010). Detección precoz del deterioro cognitivo leve y conversión a la enfermedad de Alzheimer: Un estudio longitudinal de casos. *Psicogeriatría, 2,* 105-111.

Diener, E. (1984). Subjective Well-being. *Psychological Bulletin, 95,* 542- 575.

Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial, 3,* 67-113,

Diener, E. (1998). Subjective well-being and personality. En D. F. Barone y M. Hersen (Eds.), *Advanced personality: The plenum series in social/clinical psychology* (pp. 311-334). Nueva York: Plenum Press.

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a

national index. *American Psychologist, 55*, 34-43.

Diener, E. y Lucas, R. E. (2000). Subjective emotional well-being. En M. Lewis y J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 325-362*)*. Nueva York: Guilford.

Diener, E. y Suh, E. M. (1997). Subjective well-being and age: An international analysis. En K. Schaie, K. Warner y L. M. Powell (Eds.), *Annual review of gerontology and geriatrics: Focus on emotion and adult development* (Vol. 17, pp. 304-324). Nueva York: Springer Publishing.

Diener, E. y Suh, E. M. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 17,* 304-328.

Diener, E., Diener, M. y Diener, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 851-864.

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. y Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin, 125*, 276-302.

Dietz, B. E. (1996). The relationship of aging to self-esteem: The relative effects of maturation and role accumulation. *International Journal of Aging and Human Development, 43*, 248-266.

Dittman-Kohli, F. (1991). Meaning and personality change from early to late adulthood. *European Journal of Gerontology*, 2, 98-103.

Duke University (1978). *Multidimensional functional assesment: The OARS methodology.* Durham, NC: Duke University.

Durkheim, E. (1951). *Suicide.* Nueva York: Free Press.

Elder, G. H. (1998). The life course and human development. En R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (Vol. 1, pp. 939-991). New York: Wiley.

Elder, G. H., Modell, J. y Parke, R. D. (1993). *Children in time and place: Developmental and historical insights.* New York: Cambridge University Press.

Emmons, R. A. (1986). Personal strivings: An approach to personality and subjective well being. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1058-1068.

Emmons, R. A. y King, L. A. (1988). Conflict among personal strivings: Immediate and long-term implications for psychological and physical well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 1040-1048.

ENASEM (2001). *Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México*. México: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

Erez, A., Johnson, D. E. y Judge, T. A. (1995). Self-deception as a mediator of the relationship between dispositions and subjective well-being. *Personality and Individual Differences, 19*, 597-612.

Erikson, E. (1950). *The life cycle completed: A review*. New York: Norton.

Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues, 1*, 18-164.

Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis.* New York: Norton.

Erikson, E. H. (1996). The Galilean sayings and the sense of "I". *Psychoanalysis and Contemporary Thought, 19*, 291-338.

Eronen, S. y Nurmi, J. (1999). Life events, predisposing cognitive strategies and well being. *European Journal of Personality, 13*, 129-148.

Estes, C. (1986). Politics of ageing in America. *Ageing in Society, 6,* 121-155.

Esteve, F. (2004). *La economía de la felicidad. Nuevos elementos para la crítica del liberalismo económico en filosofía y economía de nuestro tiempo: orden económico y cambio social*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Fernández Lópiz, E. (1994). *Psicología de la vejez*. Granada: Adhara

Fernández-Ballesteros, R. (1986). *Hacia una vejez competente: un desafío a la ciencia y a la sociedad.* Madrid: Alianza Universal.

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

Fernández-Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2002a). *Vivir con vitalidad*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (2002b). *Envejecimiento satisfactorio*. Madrid: Pfeizer.

Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging. The contribution of psychology.* Gottingën: Hogrefe & Huber.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Diez, J., De Juan, M., Montero, P., López-Bravo, M. D. y Hernández-Torres, A. (2005). *Estudio longitudinal sobre envejecimiento*. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº38.

Fernández-Mayorales, G., Rojo, F., Abellán, A. y Rodríguez, V. (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 13*, 43-46.

Ferring, D. y Filipp, S. H. (1995). The structure of subjective wellbeing in the elderly: A test of different models by structural equation modeling. *European Journal of Psychological Assessment*, 11, 32.

Fierro, A. (1994). Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer. En J. Buendía (Comp.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.

Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: Archidona Aljibe.

Fillenbaum, G. (1984). *The wellbeing of the elderly. Approaches to multidimensional assessment*. WHO: Offset Publications, N° 84.

Fisher, B. J. (2002). Successful aging and life satisfaction: A pilot study for conceptual clarification. *International Journal of Aging and Human Development, 41,* 239-250.

Flesson, W. y Heckhausen, J. (1996). More or less "me" in past, present and future: Perceived lifetime personality during adulthood. *Psychology and Aging, 12,* 125 136.

Flicker, C., Ferris S. H. y Reisberg, B. (1991). Mild cognitive impairment in the elderly: Predictors of dementia. *Neurology, 41*, 1006-1009.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine, 45,* 1207-1221.

Folstein, M., Folstein, S. y Mc Hugh, P. (1975). Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinical. *Journal of Psychiatric*

Research, 12, 189-198.

Fortinsky, R. H., Granger, C. V. y Seltzer, G. B. (1981). The use of functional assessment in understanding home care needs. *Medical Care, 19*, 489-497.

Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M. y Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. *Lancet, 355*, 1315-1319.

Frech, S. L., Gekoski, W. L. y Knox, V. J. (1995). Gender differences in relating life events and well-being in elderly individuals. *Social Indicators Research, 35*, 1-25.

Frederick, S. y Loewenstein, G. (1999). Hedonic adaptation. En D. Kahneman, E. Diener, and N. Schwartz (Eds), *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (pp. 302-329). New York; Russell Sage Foundation.

Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity.* New York: Crown.

Fredrickson, B. L. y Carstensen, L. L. (1990). Choosing social partners: how old aged and anticipated endings made people more selective. *Psychology and Aging*, 5, 335-347.

Freund, A. M. y Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, *13*, 531-543.

Fries, J. F. (1989). *Aging well.* Reading: Mass., Addison-Wesley Pub.

Gallagher, D., Thompson, L. y Levy, S. (1980). Clinical psychological assessment of older adults. En L. Poon (Ed.), *Aging in the 1980's* (pp. 19-40). New York: American Psychological Association.

García Martín, M. A. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de psicología, 6*, 18-39.

García, J. C. (2003). *La vejez. El grito de los olvidados.* México: Plaza y Janes.

García-Viniegras, C. y López, I. (2000). La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina General integral, 16*, 586-592.

Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K. y Winblad, B. (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet, 367*, 1262-1270.

George, L. K. (2000). Well-being and sense of self: What we know and what we need to know. En K. W. Schaie y J. Hendricks (Eds.). *The evolution of the aging self* (pp. 1-35). Nueva York: Springer.

George, L. K., Okun, M. A. y Landerman, R. (1985). Age as a moderator of the determinants of life satisfaction. *Research on Aging, 7,* 209-233.

Giacomin, K. C., Uchôa, E., Firmo, J. O. y Lima-Costa, M. F. (2005). The Bambuí health and ageing study (BHAS): A population-based cohort study of prevalence and factors associated with the needs of caregivers for the elderly. *Caderdos de Saudé Pública, 1*, 80-91.

Glenn, N. D. y Weaver, C. N. (1981). The contribution of marital happiness to global happiness. *Journal of Marriage and the Family, 43,* 161-168.

Gloth, F. M., Waltson, J., Meyer, J. y Pearson, J. (1995). Reliability and validity of the Frail Elderly Functional Asessment Questionnaire. *American Journal of Physical Medicine Rehabilitation, 74*, 45-53.

Goldfarb, A. (1965). Psychodinamycs and the three generation family. En E. Shanas y G. F. Sreib (Dir.), *Social structure and the family* (pp. 10-45). New Jersey: Englewood Cliffs.

Goldstein, S. y Reichel, W. (1981). Aspectos fisiológicos y biológicos del envejecimiento. En W. Reichel (Ed.), *Aspectos clínicos del envejecimiento* (pp. 391-394). Buenos Aires: Ateneo.

Gómez, V., Villegas, C., Barrera, F. y Cruz, J. E. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39*, 311-325.

González-Méndez, H. (2005). *El paradigma personal. Un modelo integrador en psicoterapia.* Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones.

Gonzalo, L. M. (2002). *Manual de gerontología.* Barcelona: Ariel.

Gottlieb, P. (1997). *Synthesizing nature-nurture: Prenatal roots of instinctive behavior*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Grand, A., Grosclaude, P., Bocquet, H., Pous, J. y Albarade, J. L. (1988). Predictive value of life events, psychosocial factors end self-related health on disability in an elderly rural French population. *Social Science in Medicine, 27,* 1337-1342.

Grand, A., Grosclaude, P., Bocquet, H., Pous, J. y Albarade, J. L. (1990). Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural French population. *Journal of Clinical Epidemiology, 43,* 773-782.

Granger, C. V., Albrecht, G. L. y Hamilton, B. B. (1979). Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 60,* 145-154.

Grau, G., Eiroa, P. y Cayuela, A. (1996). Versión española del OARS multidimensional funcional assessment questionnaire: adaptación transcultural y medida de validez. *Atención Primaria, 17,* 486-95.

Gresham, G. E., Philips, T. F. y Labi, M. L. (1980). ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 61,* 355-358.

Gubrium, J. F. (1973). *The myth of the Golden years: A social-environmental theory of aging*. Springfield: Charles C. Thomas Publishers.

Guralnik, J. M. y Kaplan, G. A. (1989). Predictors of healty aging: prospective evidence from the Alameda County study. *American Journal of Public Health, 79,* 703-708.

Guralnik, J. M. y Simonsick, E. M. (1993). Physical dissability in older americans. *Journals of Gerontology, 48,* 3-10.

Gutiérrez, M., Serra, E. y Zacares, J. J. (2006). *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la psicología del desarrollo.* Valencia: Promolibro.

Guyatt, G. H., Eagle, D. J., Sackett, B., Willan, A., Griffith, L., McIlroy, W., Petterson, C. J. y Turpie, I. (1993). Measuring quality of life in the frail elderly. *Journal of Clinical Epidemiology, 46,* 1433-1477.

Haditono, S. R. (1986). Zur Beziehung zwischen Aktivitaetsausma-S und Zufriedenheit im Alter. *Zeitschrift fuer Gerontologi, 19,* 101-104.

Ham Chandre, R. (2003). *Envejecimiento en México*. México: Colegio de la Frontera Norte.

Haring, M. J., Stock, W. A. y Okun, M. A. (1984). A research synthesis of gender and social class as correlates of subjective well-being. *Human Relations, 37,* 645-657.

Harris, J. R., Pedersen, N. L., Stacey, C. y McClearn, G. E. (1992). Age differences in the etiology of the relationship between life satisfaction and self-rated health. *Journal of Aging and Health, 4,* 349-368.

Havighurst, R. (1953). *Human development and education*. New York: Longmans, Green.

Havighurst, R. (1961). Successful aging. *The Gerontologist, 1,* 8-13.

Havighurst, R. y Albrecht, R. (1953). *Older people*. New York: Longmans, Green.

Haydée, L. y Ramón-Florenzano, U. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología, 12*, 83-96.

Headey, B. W. y Wearing, A. J. (1989). Personality, life events and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 731-770.

Headey, B., Veenhoven, R. y Wearing, A. (1991). Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Social Indicators Research, 24,* 81-100.

Heckhausen, J. y Schulz, R. (1995). A life-course theory of control. *Psychological Review, 102,* 284-304.

Heckhausen, J., Dixon, R. A. y Baltes, P. B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult groups. *Developmental Psychology, 25*, 109-121.

Herzog, A. R. y Rodgers, W. L. (1981). Age and satisfaction: Data from several large surveys. *Research on Aging, 3*, 142-165.

Hicks, J., Epperly, L., y Barnes, K. (2001). Gender, emotional support, and well-being among the rural elderly. *Sex Roles, 45*, 15-30.

Hickson, J., Housley, W. F. y Boyle, C. (1988). The relationship of locus of control, age, and sex to life satisfaction and death anxiety in older persons. *International Journal of Aging and Human Development, 26*, 191-199.

Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E. (1996). *Psicología del desarrollo de hoy*. Madrid: Graw

Hill.

Hogan, D. B., Ebly, E. M. y Fung, T. S. (1999). Disease, disability, and age in cognitively intact seniors: results from the Canadian Study of Health and Aging. *Journal of Gerontology Serie A: Biological Science and Medical Science, 54,* 77-159.

Holtzman, R. E., Rebok, G. W., Saczynski, J. S., Kouzis, A. C., Doyle, K. W. y Eaton, W. W. (2004). Social network characteristics and cognition in middle-aged and older adults. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 59,* 278-284.

Horgas, A., Wilms, H. y Baltes, M. M. (1998). Daily life in very old age. Everyday activities as expression of successful aging. *The Gerontologist, 38,* 556-567.

House, J. S., Landis, K. R. y Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science, 241*, 540-545.

Houston, D. M., McKee, K. J. y Wilson, J. (2000). Attributional style, efficacy, and the enhancement of well-being among housebound older people. *Basic and Applied Social Psychology, 22,* 309-317.

Hsee, C. K., y Abelson, R. P. (1991). The velocity relation: Satisfaction as a function of the first derivative of outcome over time. *Journal of Personality and Social Psychology, 60,* 341-347.

Hubert, H. B., Bloch, D. A. y Fries, J. F. (1993). Risk factors for physical disability in an aging cohort: The NHANES epidemiologic followup study. *Journal of Reumathology, 20,* 480-488.

Hughes, D. C., George, L. K. y Blazer, D. G. (1988). Age differences in life event qualities: Multivariate controlled analyses. *Journal of Community Psychology, 16,* 161-174.

Hutchinson, S. L., Loy, D. P., Kleiber, D. A. y Dattilo, J. (2003). Leisure as a coping resource: variations in coping with traumatic injury and illness. *Leisure Sciences, 25*, 143-161.

IMSERSO (1995). *Cuidados en la vejez. El apoyo informal*. Madrid: Imserso.

IMSERSO (2004). *Libro blanco de la dependencia*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

IMSERSO (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

IMSERSO (2010). *Encuesta sobre personas mayores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Inga, J. y Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica, 5*, 475-495.

Instituto Nacional de Estadística (2009). *Proyección de población a largo plazo.* Madrid: INE.

Instituto Nacional de Estadística (2011). *Demografía y población. Cifras oficiales de población: Padrón municipal*. Madrid: INE.

Instituto Nacional de Estadística. (1986). *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías (EDDM-1986). Resultados nacionales*. Madrid: INE.

Instituto Nacional de Estadística. (1999*). Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDS-1999). Resultados nacionales*. Madrid: INE.

Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008). Resultados nacionales*. Madrid: INE.

Isaacs, B. y Akhtar, A. J. (1972). The set Test: A rapid test of mental function in old people. *Age and Ageing, 1*, 222-228.

Isaacs, B. y Kennie, A. T. (1973). The set-test as and aid to the detection of dementia in old people. *British Journal of Psychiatry, 123*, 467-470.

Izal, M. y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual: bases para la intervención y ámbito de aplicación.* Madrid: Síntesis.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.

Jentoft-Cruz, A. (2003). Asistencia médica la paciente geriátrico. *Medicine, 8*, 5772-5777.

Kane, R. A. y Kane, R. L. (1981). *Assessing the elderly: A practical guide to measurement*. Lexington: Lexington Books.

Kaplan, G. A., Strawbridge, W. J., Camacho, T. y Cohen, R. D. (1993). Factors associated

with change in physical functioning in the elderly. *Journal of Aging and Health, 5*, 140-153.

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association, 185,* 914-923.

Kelly, J. R. y Steinkamp, M.W. (1986). Later life leisure: how they play in Peoria. *The Gerontologist, 26,* 79-82.

Keyes, C., Shmotkin, D. y Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82,* 1007-1022.

Koyano, W., Shibata, Haga, H. y Suyama, Y. (1986). Prevalence and outcome of low ADL and incontinence among the elderly: five years follow-up in a Japanese urban community. *Archives of Gerontology and Geriatrics,* 5, 197-206.

Krause, N. (1987). Life stress, social support and self-esteem in an elderly population. *Psychology and Aging, 2,* 349-356.

Kunzmann, U., Little, T. D. y Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well being a paradox? Cross-sectional and longitudional evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 15,* 511-526.

Labouvie-Vief, G. (1982). Growth and aging in life span perspective. *Human Development, 25,* 65-79.

Labouvie-Vief, G., DeVoe, M. y Bulka, D. (1989). Speaking about feelings: Conceptions of emotion across the Life Span. *Psychology and Aging, 4,* 425-437.

Lammi, U. K., Kivela, S. L. y Nisseneen, A. (1989). Predictors of disability in elderly finnidh men: a longitudinal study. *Journal of Clinical Epidemiology, 42,* 191-198.

Lang, F. R. y Castensen, L. L. (1994). Close emotional relationships in late life: further support of proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging, 9,* 315-324.

Langarica, R. (1985). *Gerontología y Geriatría*. México: Interamericana.

Lansing, A. I. (1959). General biology of senescence. En J. E. Birren (Ed.), *Handbook of*

aging and the individual (pp. 119-135). Chicago: Chicago University Press.

Lanslett, P. (1989). *A fresh map of life: the emergence of the third age.* Londres: Weidenfeld & Nicolson.

Latorre Postigo, J. M. (2003). *Memória autobiográfica y depresión en la vejez: entrenamiento en el recuerdo de acontecimientos positivos en ancianos con sintomatología depresiva.* Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº13.

Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Escale: A revision. *Journal of Gerontology, 30,* 85-89.

Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist, 9*, 179-265.

Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajagopal, D. y Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging, 7*, 171-184.

Lawton, M. P., Kleban, M. H., y Dean, J. (1993). Affect and age: Cross-sectional comparisons of structure and prevalence. *Psychology and Aging, 8*, 165-175.

Lawton, M. P., Parmelee, P. A., Katz, I. R. y Nesselroade, J. (1996). Affective states in normal and depressed older people. *Journal of Gerontology: Psychological Science, 51*, 309-316.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and doping.* New Cork: Springer Publishing Company.

Lee, G. R., Secombe, K. y Shehan, C. L. (1991). Marital status and personal happiness: An analysis of trend data. *Journal of Marriage and the Family, 53*, 839-844.

Lehr, U. (1982). Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 3*, 102-147.

Lehr, U. y Thomae, H. (2003). *Psicología de la senectud. Proceso de aprendizaje del envejecimiento*. Barcelona: Herder.

Lerner, R. M. (1991). Changing organism-context relations as the basic process of development: A developmental contextual perspective. *Developmental Psychology, 27*, 27-32.

Lerner, R. M. (1996). Relative plasticity, integration, temporality and diversity in human development: a developmental contextual perspective about theory, process and method. *Developmental psychology, 32,* 781-786.

Levenson, R. W., Carstensen, L. L., Friesen, W. V. y Ekman, P. (1991). Emotion, physiology, and expresión in old age. *Psychology and aging, 6,* 28-35.

Levinson, D. J. (1978). *The seasons of a man's life*. New York: Mallatine Books.

Lindfors, P., Berntsson, L. y Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences, 40*, 1213-1222.

living in nursing homes. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *41*, 23-29.

Lobello, S. G., Underhill, A. T. y Fine, P R. (2004). The reliability and validity of Life Satisfaction Index-A with survivors of traumatic brain injury. *Brain Injury, 18,* 1127-1134

Lobo, A., Saz, P. y Marcos, G. (2002). *Adaptación del examen cognoscitivo mini-metal.* Madrid: Tea Ediciones.

Loewen, S. C. y Anderson, B. A. (1988). Reliability of the modified motor assessment scale and the Barthel index. *Physical Therapy, 68,* 1077-1081.

Logan, J. R. y Spitze, G. (1994). Informal support and the use of formal services by older Americans. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 49,* 25-39.

López Doblas, J. (2004). *Personas mayores viviendo solas: la autonomía como valor en alza.* Madrid: IMSERSO.

Lupien, S. J. y Wan, N. (2004). Successful ageing: from cell to self. *Philosophical Transactions of the Royal Society, 359,* 1413-1426.

Lykken, D. y Tellegen, A. (1996). Happyness is a stochastis phenomenon. *Psychological Science, 7,* 186-189.

Lyubomirsky, S., King, L. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131,* 803-855.

Maddox, G. L. (1963). Activity and morale: A longitudinal study of selected elderly

subjects. *Social Forces, 42,* 195-204.

Maddox, G. L. y Clark, D. O. (1992). Trajectories of functional impairment in later life. *Journal of Health and Social Behavior, 33,* 114-125.

Magnusson, D. (1996). *The life-span development of individual behavioural, neurobiological and psychosocial perspectives*. New York: Cambridge University Press.

Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal, 14,* 61-65.

Mahoney, F. I., Wood, O. H. y Barthel, D. W. (1958). Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. *Southern Medical Journal, 51,* 605-609.

Mancini, J. A. y Orthner, D. K. (1980). Situacional influences on leisure satisfaction and morale in old age. *Journal of American Geriatrics Society, 28,* 466-471.

Manton, K. G., Stallard, E., Woodbury, M. A. y Down, J. E. (1994). Time-varying covariates in models of human mortality and aging: multidimensional generalization of the Gompertz. *Journal of Gerontology: Biological Sciences, 49,* 169-190.

Marks, S. R. y MacDermid, S. M. (1996). Multiple roles and the self: A theory of role balance. *Journal of Marriage and the Family, 58,* 417-432.

Marsiske, M., Lang, F. R., Baltes, M. M. y Baltes, P. B. (1995). Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development. En R. A. Dixon y L. Bäckman (Eds.), *Compensation for psychological defects and declines: Managing losses and promoting gains* (pp. 35-79). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Mastekaasa, A. (1993). Marital status and subjective well-being: A changing relationship? *Social Indicators Research, 29,* 249-276.

Matad, M. (2004). Autoestima en la mujer: Un análisis de su relevancia en la salud. Avances en psicología latinoamericana. *Fundación para el avance de la psicología en la salud, 22,* 19-140.

McCrae, R. R., y Costa, P. T. (1986). Clinical assessment can benefit from recent advances

in personality psychology. *American Psychologist, 41,* 1001-1003.

Medawar, P. B. (1953). Some immunological and endocrinological problems raised by the evolution of viviparity in vertebrates. *Symposia of the Society for Experimental Biology, 7,* 320-338.

Meil, G. (2006). *Padres e hijos en la España actual*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Meléndez, J. C. (1997). Apoyo social, tercera edad y autopercepción. *Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 9,* 61-67.

Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 43,* 90-95.

Meléndez, J. C., Tomás, J. M. y Navarro, E. (2011). Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *Anales de Psicología, 27,* 164-169.

Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A. y Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 43,* 291-295.

Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A. y Berkman, L. F. (2003). Social engagement and disability in a community population of older adults: The New Haven EPESE. *American Journal of Epidemiology, 157,* 633-642.

Miranda, C. (2005). Aproximación a un modelo evaluativo de la formación permanente del profesorado chileno. *Estudios Pedagógicos, 31,* 145-166.

Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1996). Fundamental analysis in research on well-being: distress and the sense of control. *The Gerontologist, 36,* 584-594.

Mishara, B. L. y Riedel, R. G. (1986). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata.

Molina, C y Meléndez, J. C. (2006). Bienestar Psicológico en envejecientes de la República Dominicana. *Revista Iberoamericana de Gerontología y Geriatría, Geriatrika, 22,* 97-105.

Mookherjee, H. N. (1997). Marital status, gender, and perception of well-being. *Journal of Social Psychology, 137,* 95-105.

Mor, V., Wilcox, V., Rakowsky, W. y Hiris, J. (1994). Functional transitions among the elderly: patterns, predictors, and related hospital use. *American Journal of Public Health, 84*, 1274-1280.

Moruno, P. (2006). *Actividades de la vida diaria*. Barcelona: Masson.

Mossey, J. M. y Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health, 72,* 800-808.

Motte, C. A. M. y Muñoz, J. (2006). Envejecimiento social. En J. Muñoz (Ed.), *Psicología del Envejecimiento* (pp. 95-110). Madrid: Pirámide.

Mroczek, D. K. y Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental perspective on happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*; 75, 1333-1382.

Murrell, S. A. y Norris, F. H. (1984). Resources, life events, and changes in positive affect and depresion in older adults. *American Journal of Community Psychology, 12*, 445-464.

Naciones Unidas (2010). *Informe del secretario general. Seguimiento de la segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento*. Ginebra: ONU

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L. y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society, 53,* 695-704.

Navarro, E., Meléndez, J. C. y Tomás, J. M. (2007). *Influencia de la variable edad en el bienestar de las personas mayores.* Póster presentado al 49 Congreso de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Palma de Mallorca.

Navarro, E., Meléndez, J. C. y Tomás, J. M. (2008). Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores. Revista Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología. *Gerokomos, 19,* 63-67.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. y Tobin, S. S. (1961). The measurement of life satisfaction. *Journal of Gerontology, 16,* 134-143.

Neugarten, B. L., Havighurst, R. J. y Tobin, S. S. (1996). The measurement of Life Satisfaction. En D. A. Neugarten (Ed.) *The meanings of age. Selected papers of Bernice L. Neugarten* (pp. 296-323). Chicago: The University of Chicago Press

Nikolaus, T., Bach, M., Specht-Leible, N., Oster, P. y Schlierf, G. (1995). The Timed Test of Money Counting: a short physical performance test for manual dexterity and cognitive capacity. *Age and Ageing, 24,* 257-265.

Okun, M., Stock, W. A., Haring, M. J. y Witter, R. A. (1984). The social activity/subjective well-being relation: A quantitative synthesis. *Research on Aging, 6,* 45-65.

Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., Molina, C. y Tomás, J. M., (2009). Modelo de ecuaciones estructurales para predecir bienestar y ABVD en adultos mayores de la Republica Dominicana. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health, 26,* 189-196.

Olsen, J. K. (1980). The effect of change in activity in voluntary associations on life satisfaction among people 60 and over who have been active through time. *Dissertation Abstracts International, 80,* 107.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento activo.* Geneva: OMS.

Orgel, L. E. (1963). The maintenance of the accuracy of protein synthesis and its relevance to aging. *Proceedings of the National Academy of Science, 49,* 517-538.

Otero, A., Zunzunegui, M. V., Rodríguez- Laso, A., Aguilar, M. D. y Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista Española de Salud Pública, 78,* 201-214.

Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *The Gerontologist, 19,* 427-431.

Palmore, E. B. (1995). El éxito del envejecimiento. En G. L. Maddox (Ed.), *Enciclopedia del envejecimiento: Un recurso completo en gerontología y geriatría* (pp. 914-915). Nueva York: Springer.

Palomar, J., Lanzagorta, N. y Hernández, J. (2004). *Pobreza, Recursos psicológicos y bienestar subjetivo.* México: Universidad Iberoamericana.

Pedersen, P. M., Jorgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O. y Olsen, T. S. (1996). Orientation in the acute and chronic stroke patient: impact on ADL and social activities. The Copenhagen Stroke Study. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation, 77,* 336-339.

Peel, N. M., McClure, R. J., y Bartlett, H. P. (2005). Behavioral determinants of health ageing. *American Journal of Preventive Medicine, 28*, 298-304.

Peña-Casanova, J. (1998). Escalas funcionales e instrumentales de las actividades de la vida diaria. *Revista de Neurología, 27*, 27-29.

Perlado, F. (2001). Valoración geriátrica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 36*, 25-31.

Perlado, F., Alastuey, C., Espinosa, C., Clerencia, M., Ochoa, P. y Domingo, D. (1996). Valoración del estado funcional en ancianos hospitalizados: la escala de Plutchik. *Medicina Clinica, 107*, 45-49.

Petersen, R. C., Smith, G., Waring, S., Ivnik, R., Tangalos, E. y Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment. Clinical characterization and out-come. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.

Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist, 55*, 44-55.

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society, 23*, 433-41.

Piedras-Jorge, C., Meléndez, J. C. y Tomás, J. M. (2010). Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 45*, 131-135.

Pinquart, M. y Sorensen, S. (2001).Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: A meta-analysis. *Journal of Gerontology, 56*, 195-214

Plutchik, R., Conte, H., Lieberman, M., Bakur, M., Grossman, J. y Lehrman, N. (1970).

Reliability and validity of a scale for assessing the functioning of geriatric patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 18*, 491-500.

Podsiadlo, D. y Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of American Geriatrics Society, 39*, 142-150.

Point Geis, P. (1997). *Tercera Edad, Actividad Física y Salud. Teoría y Práctica*. Barcelona: Paidotribo.

Popović, I. M., Serić, V. y Demarin, V. (2007). Mild cognitive impairment in symptomatic and asymptomatic cerebrovascular disease. *Journal of the Neurological Sciences, 257*, 185-278.

Prieto, G. y Muñiz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo, 77*, 65-75.

Querejeta, M. (2000). *Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación*. Madrid: IMSERSO.

Reed, K. L. y Sanderson, S. R. (1980). *Concepts of occupational therapy*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Reich, J. W. y Zautra, A. (1981). Life events and personal causations: Some influences on well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 1002-1012.

Reid, D. W. y Ziegler, M. (1980). Validity and stability of a new desired control measure pertaining to the psychological adjustment of the elderly. *Journal of Gerontology, 35*, 395-402.

Reuben, D. B., Sui, A. L. y Kimpau, S. (1992). The predictive validity of self-report and performance-based measure of function and health. *Journal of Gerontology: Medical Sciences, 47*, 106-110.

Ribera, J. M. y Cruz, A. S. (1991). *Evaluacion Funcional del Anciano*. Madrid: Idepsa.

Rice, P. (1997). *Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo Vital*. México: Prentice-Hall.

Riley, M. W. (1987). On the significance of age in sociology. *American Sociological Review, 52*, 1-14.

Rockwood, K., Stolee, P. y Fox, R. A. (1993). Use of goal attainment scaling in measuring clinically important change in the frail elderly. *Journal of Clinical Epidemiology, 46,* 1113-1131.

Roda, C., Climent, J. M., Serralta, I., Tortosa, N., Díaz, I. y Reig, A. (1993). Comparación entre la utilidad de una escala de valoración funcional y un perfil de salud en una muestra de pacientes hemipléjicos. *Rehabilitación, 27,* 340-342.

Roden, A., Britton, M., Gustafsson, C. y Fugl-Meyer, A. (1994). Validation of four scales for the acute stage of stroke. *Journal of Intern Medicine, 236,* 125-171.

Rojas, M. (2004). *Well-being and the complexity of poverty: A subjective well-being approach.* En M. McGillivray (Ed.), *Understanding human* (pp. 182-206).Well-Being. United Nations: University Press.

Rose, A. (1965). The subculture of aging: A framework for research in social gerontology. En A. Rose y W. Peterson (Eds.), *Older people and their social world* (pp. 3-16). Philadelphia: Davis.

Rothman, M. L., Hedrick, S. y Inui, T. (1989). The Sickness Impact Profile as a measure of the health status of noncognitively impaired nursing home residents. *Medical Care, 27,* 157-167.

Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science, 237,* 143-149.

Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist, 37,* 433-440.

Rowe, J. W. y Khan, R. L. (1998) *Successful Ageing*. USA: Pantheon Books.

Rubenstein, L. Z. (1987). Geriatric assesement. *Clinics in Geriatrics Medicine, 3,* 1-15.

Ruipérez, I., Midón, J., Gómez-Pavón, J., González, P., Maturana, N. y Macias, F. J. (2003). Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 38,* 281-288.

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001a). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology, 52,* 141-166.

Ryan, R. M. y Deci, E. L. (2001b). To be happy or to be self-fulfilled: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. En S. Fiske (Ed.), *Annual Review of Psychology* (pp. 141-166). Palo Alto, CA: Annual Reviews, Inc.

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Exploration on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57,* 1069-1081.

Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current Directions in Psychological Science, 4,* 99-104.

Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 82,* 1007-1029.

Ryff, C. D. y Essex, M. J. (1991). Psychological well-being in adulthood and old age: Descriptive markers and explanatory processes. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 11,* 144-171.

Ryff, C. D. y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and Social Psychology, 69,* 719-727.

Ryff, C. D. y Singer, B. (2002). From social structure to biology. En C. Snyder y A. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63-73). Londres: Oxford University Press.

Ryff, C. D. y Singer, B. H. (2006). Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social Science Research,* 35, 1103-1119.

Ryff, C. D., Lee, Y. H., Essex, M. J. y Schmutte, P. S. (1994). My children and me: Midlife evaluations of grown children and of self. *Psychology and Aging, 9,* 195-205.

Ryff, C. D., Singer, B. y Love, G. D. (2004). Positive Elath: connecting well-being with biology. *Philosophical transactions of the Royale society of London, 359,* 1383-1394.

Ryff, C.D. y Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry, 9,* 1-28.

Sáez, N. Aleixandre, M. y Meléndez, J. C. (1995). *Introducción a la gerontopsicología*.

Valencia: Promolibro.

Salanova, M., Martínez, I., Bresó, E., Gumbau, L. y Grau, R. (2005). Bienestar psicológico en estudiantes universitarios: facilitadores y obstaculizadores del desempeño académico. *Anales de Psicología, 21*, 170- 180.

Salgado, A. y Alarcón, M. I. (1993). *Valoración del Paciente Anciano*. Barcelona: Masson.

Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. Universidad de Belgrano.

Salthouse, T. A. (1999). Theories of cognition. En V. Bengtson y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (págs. 196-208). New York: Springer Publishing.

Salvarezza, I. (1988). *Psicogeriatria: Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.

San Juan, P., Pérez, A. y Bermúdez, J. (2000). Escala de Autoeficacia General: Datos Psicométricos de la adaptación para población Española. *Psicothema, 12*, 509-513.

San Martín, H. (1988). *Salud y enfermedad*. México: Ediciones Científicas.

Sánchez, M., Aparicio, M. y Dresh, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud, diferencias entre hombre y mujeres. *Psicothema, 18*, 584-590.

Sanjoaquin, A. C., Fernández, E., Mesa, M. P. y García-Arilla, E. (2006). Valoración geriátrica Integral. En SEGG (Comp.), *Tratado de geriatría para residentes* (pp 59-68). Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.

Schroots, J. J. F. (1995). Psychological models of aging. *Canadian Journal on Aging, 14*, 44-67.

Schroots, J. J. F., Fernández-Ballesteros, R. y Rudinger, G. (1999). *Aging in Europe*. Amsterdam: IOS Press.

Schulz, R. y Heckhausen, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist, 51*, 702-714.

Schunk, D. H. y Zimmerman, B. J. (1997). Social origins of self-regulatory competence. *Educational Psychologist; 32*, 195-208.

Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin, Germany: Freie Universität Berlin.

Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. y Matero, N. (2007). Imagen Corporal y Autoestima en mujeres con Cáncer de mama participantes en un Programa de Intervención Psicosocial. *Revista Ciencia y Salud, 18*, 137-161.

Seligman, M. (1998). *Learned optimism*. New York: Pocket Books.

Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psichologist, 1,* 5-14.

Sener, A., Terzioglu, R. G. y Karabulut, E. (2007). Life satisfaction and lesiure activities Turing men's retirement: A Turkish sample. *Aging and Mental Health, 11*, 30-36.

Sener, A., Terzioglu, R. G. y Karabulut, E. (2007). Life satisfaction and leisure activities Turing men's retirement: A turkish sample. *Aging and Mental Health, 11,* 30-36

Serra, E., Pérez, J. y Viguer, P. (1994). Perspectiva del ciclo vital. En V. Bermejo (Ed.), *Desarrollo cognitivo* (pp. 109-124). Madrid: Síntesis.

Shah, S., Vanclay, F. y Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *Journal of Clinical Epidemiology, 42*, 703-709.

Siegrist, J., Knesebeck, O., y Pollack, C. E. (2004). Social productivity and well-being of older people. A sociological exploration. *Social Theory and Health, 2*, 243-263.

Silver, R. L. (1982). *Coping with an undesirable life event: A study of early reactions to physical disability*. Doctoral dissertation, Northwester University, Evanston, Illinois.

Silvestre, N, Solé, N., Pérez, M. y Jódar, M. (1995). *Psicología evolutiva*. Barcelona: CEAC.

Solomon, P. R. y Pendlebury, W. W. (1998). Recognition of Alzheimer's disease: The 7 minute screen. *Family Medicine Journal, 30*, 265-336.

Springer, K. V. y Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's Scales of Psychologucal well-being: Method, mode and measurement effects. *Social Science Research, 35,* 1080-1102.

Springer, K. V., Hauser, R. M. y Freese, J. (2006). Bad news indeed for Ryff's six factor model of well-being. *Social Science Research, 35*, 1120-1131.

Stefani, D. (2004). Gender and coping style in old age. *Interdisciplinaria*, 109-125.

Stock, W. A., Okun, M. A. y Benin, M. (1986). The structure of subjective well-being among the elderly. *Psychology and Aging, 1*, 91-93.

Stock, W. A., Okun, M. A. y Gómez, J. (1994). Subjective well-being measures: Reliability and validity among Spanish elders. *International Journal of Aging and Human Development, 38*, 221-35.

Stock, W. A., Okun, M. A., Haring, M. J. y Witter, R. A. (1983). Age differences in subjective well-being: A meta-analysis. En R. J. Light (Ed.), *Evaluation Studies: Review Annual* (pp. 279-302). Beverly: Sage.

Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. y Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: a test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 1241-1249**.**

Struthers, C. W., Chipperfield, J. G. y Perry, R. P. (1993). Perceived health barriers and health value in seniors: Implications for well-being and mortality. *Journal of Applied Social Psychology, 23*, 1619-1637.

Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J. y Rubenstein, L. Z. (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet, 342*, 1032-1038.

Subas, F. y Hayran, O. (2005): Evaluation of life satisfaction index of the elderly people

Suh, E., Diener, E. y Fujita, F. (1996). Events and subjective well being: Only recents events matter. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 1091-1102.

Svedberg, P., Lichtenstein, P. y Pedersen, N. L. (2001). Age and sex Differences in genetic and environmental factors for self-rated health: A twin study. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 56*, 171-178.

Tausing, M. (1982). Measuring life events. *Journal of Health and Social Behavior, 23*, 52-64.

Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E. y Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist, 55,* 99-109.

Tellegen, A., Lykken, D. T., Bouchard, T. J., Wilcox, K. J., Segal, N. L. y Rich, S. (1988). Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psichology, 54,* 1031-1040.

Toldos, M. P. y Báguena, M. J. (2005). Criterios de respuesta cualitativos en la batería de habilidades interpersonales en personas mayores. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 15,* 106-118.

Tomás, C., Moreno, L. A., Germán, C., Alcalá, T. y Andrés, E. (2002). Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. *Revista Española de Salud Pública, 76,* 215-226.

Tomás, J. M., Meléndez, J. C. y Navarro, E. (2008). Modelos factoriales confirmatorios de las escalas de Ryff en una muestra de personas mayores. *Psicothema, 20,* 298-304.

Toseland, R. y Rasch, J. (1979-1980). Correlates of life satisfaction: An AID analysis. *International Journal of Aging and Human Development, 10,* 203-211.

Townsend, P. (1957). Aspectos sociales del envejecimiento. En *Enciclopedia de las Ciencias Sociales*. Madrid: Aguilar.

Triadó, C. (2003). Envejecer en entornos rurales. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº19.

Triadó, C. y Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de psicología, 73,* 4355.

Triadó, C., Villar, F., Solé, C. y Celdrán, M. (2007). Construct validity of Ryff's Scales of Psychological well-being in Spanish older adults. *Psychological Reports, 100,* 1151-1164.

Triandis, H. (1994). *Culture and social behavior*. New Cork, USA: McGraw-Hill.

Trujillo, S. (2005). *Agenciamiento individual y condiciones de vida.* Bogota: Universidad de Psicología de Bogotá.

Trust Study Group (1990). Randomised, double-blind, placebo-controlled trial of nimodipine in acute stroke. *Lancet, 336*, 1205-1209.

Uttal, D. H. y Perlmutter, M. (1989). Toward a broader conceptualization of development: The role of gains and losses across the life-span. *Developmental Review, 9*, 101-132.

Vaillant, G. E. y Vaillant, C. O. (1990). Natural history of male psychology health, XII: A 45- year study of predictors of successful aging at age 65. *American Journal of Psychiatry, 147*, 31-37.

Van Bennekom, C. A., Jelles, F., Lankhorst, G. J. y Bouter, L. M. (1996). Responsiveness of the rehabilitation activities profile and the Barthel index. Jounal *of Clinical Epidemiology, 49*, 39-44.

Van Dierendonck, D. (2004). The construct validity of Ryff's Scale of Psychological well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences, 36*, 629-644.

Vázquez, A. J. y Garcia, R. J. (1997). The Manheim Intewiew on Social Support: Psychometric characteristics of a Spanish version. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32*, 208-214.

Vázquez, C. y Castilla, C. (2007). Emociones positivas y crecimiento postraumático en el cáncer de mama. *Psicooncología, 4*, 385-404.

Vázquez, J. L., Herrera-Castañedo, S., Vázquez, E. y Gaite, L. (2006). *Cuestionario para la evaluación de la discapacidad WHODAS II. Versión en lengua española del World Health Organization Disability Assessment Schedule*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Vecina, M. L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo, 1*, 9-17.

Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial, 3*, 87-116.

Vega, J. L. y Bueno, B. (1996). *Desarrollo adulto y envejecimiento.* Madrid: Síntesis.

Veiel, H. O. F. (1990). The Manheimm Intewiew on Social Support. Reliability and

validity data from three samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*, 250-259.

Verbrugge, L. M. y Jette, A. M. (1994). The disablement process. *Social Science in Medicine, 38*, 1-14.

Villa, M. y Rivadeneira, L. (2000). *El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: Una expresión de la transición demográfica*. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Seminarios y Conferencias.

Villar, F., Triadó, C., Solé, C. y Osuna, M. J. (2006): Patrones de actividad cotidiana en personas mayores: ¿es lo que dicen hacer lo que desearían hacer? *Psicothema, 18*, 149-155.

Villar; F., Triadó, C., Resano, C. S. y Osuna, M. J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: Cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 13*, 152-162.

Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Becker, J. y Maiuro, D. (1991). The screen for caregiver burden. *The Gerontologist, 31*, 76-83.

Vivaldi, F. y Barra, E. (2012). Bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia psicológica, 2*, 23-29.

Wade, D. T. y Hewer, R. L. (1987). Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 50*, 177-182.

Walker, A. (1981). Towards a political economy of old age. *Ageing and Society, 1*, 73-94.

Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 678-769.

Wellwood, I., Dennis, M. S. y Warlow, C. P. (1995). A comparision of the Barthel Index and the OPCS disability instrument used to measure outcome after acute stroke. *Age and Ageing Journal, 24*, 54-57.

Williams, M. E. (1987). Identifying the older person likely to require long-term care

services. *Journal of the American Geriatrics Society*, *35*, 761-766.

Williams, R. H. y Wirth, C. G. (1965). *Lives through the years: Styles of life and successful aging.* New York: Atherton Press.

Wolinsky, F. D., Callahan, C. M., Fitzgerald, J. F. y Johnson, R. J. (1993). Changes in functional status and the risks of subsequent nursing home placement and death. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 48,* 93-101.

Wood, V., Wylie, M. L., y Sheafor, B. (1969). An analysis of a short self-report measure of life satisfaction: Correlation with rater judgments. *Journal of Gerontology*, *24*, 465-469.

Wood, W., Rhodes, N. y Whelan, M. (1989). Sex differences in positive well-being: A consideration of emotional style and marital status. *Psychological Bulletin, 106*, 249-264.

Wylie, C. M. (1967). Measuring end results of rehabilitation of patients with stroke. *Public Health Reports, 82,* 893-898.

Wylie, C. M. y White, B. K. (1964). A measure of disability. *Archives of Environmental Health, 8*, 834-839.

Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO, Colección Estudios: Serie Personas Mayores.

Yarkony, G. M., Roth, E. J., Heinemann, A. W. y Lovell, L. L. (1988). Spinal cord injury rehabilitation outcome: the impact of age. *Journal of Clinical Epidemiology, 41*, 173-177.

Yessavage, J. A., Bink, T. L. y Rose T. L. (1983). Development and validation of a geriatric depression rating scale. A preliminary report. *Psyquiatric Research, 17*. 37-39.

Zacarés, J. J. y Serra, (1996). Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto. *Anales de Psicología, 12*, 41-60.

Zacarés, J. J. y Serra, (1998). *La madurez personal: perspectivas desde la psicología*.

Madrid: Pirámide.

Zamarrón, M. D. (2006). *El Bienestar subjetivo en la vejez*. Madrid: Informe Portal Mayores, nº52. Lecciones de Gerontología.

Zegers, B., Rojas-Barahonda, C. y Forster, C. (2009). Confiabilidad del Índice de Satisfacción Vital (LSI-A) de Neugarten, Havighurst y Tobin en una muestra de adultos y adultos mayores en Chile. *Terapia Psicológica, 27*, 15-26.

Zuckerman, L. A., Oliver, J. M., Hollingsworth, H. H. y Austrin, H. R. (1986). A comparison of life events scoring methods as predictors of psychological symptomatology. *Journal of Human Stress, 12*, 64-70.

ANEXOS

PROTOCOLO BIENESTAR, DEPENDENCIA Y ENVEJECIMIENTO

1. Sexo

(1) Hombre (2) Mujer

2. Edad (numero):

3. Estado Civil

(1) Casado/a (2) Soltero (3) Viudo

4. Nivel de escolaridad alcanzado

(1) Sin estudios (2) Ed. Básico/Primaria (3) Secundaria/Bachiller (4) Universitario

5. Tiene hijos/as

(1) Si (2) No

En caso afirmativo indicar cuantos ____

6. Lugar donde vive

(1) Casa propia (2) Casa alquilada (3) Casa de familiares

7. Con quien vive

(1) Solo (2) Con esposa (3) Con hijos

(4) Con esposa e hijos (5) Con otros familiares

8. Nivel de ingresos que percibe

(1) menos de 600€ (2) 600-1000€ (3)1001-1500€ (4) más de 1500€

ÍNDICE DE BARTHEL

Comida

10 Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5 Necesita ayuda para cortar la carne, extender mantequilla... pero puede comer sólo.
0 Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

Lavado (baño)

5 Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.
0 Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

Vestido

10 Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
5 Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
0 Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.

Arreglo

5 Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.
0 Dependiente. Necesita alguna ayuda.

Deposición

10 Continente. No presenta episodios de incontinencia.
5 Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
0 Incontinente. Más de un episodio semanal.

Micción

10 Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, sonda, orinal,...).
5 Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.
0 Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.

Ir al retrete

10 Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
5 Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
0 Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor.

Transferencia (traslado cama/sillón)

15 Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
10 Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
5 Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0 Dependiente. Necesita una grúa o alzamiento por 2 personas. Incapaz de permanecer sentado.

Deambulación

15 Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
10 Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
5 Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión.
0 Dependiente.

Subir y bajar escaleras

10 Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
5 Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
0 Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.

ESCALAS DE BIENESTAR PSICOLOGICO DE RYFF

A continuación encontrará una serie de cuestiones sobre pensamientos y sentimientos que las personas adultas podemos experimentar en cualquier momento de la vida. Señale hasta qué punto se las aplicaría a usted mismo/a en esta etapa de su vida. No existen respuestas correctas ni incorrectas. Conteste sinceramente. Recuerde que los resultados se guardan como documentos confidenciales.

Utilice la siguiente escala:
1= *Muy inadecuado* para describirme
2= *Bastante inadecuado* para describirme
3= *Algo inadecuado* para describirme
4= *Algo adecuado* para describirme
5= *Bastante adecuado* para describirme
6= *Muy adecuado* para describirme

Aparecerán frases similares a las que se pone como por **ejemplo:**

* *Siento que controlo la situación en la que vivo* 1 2 3 4 5 6

Si piensa que la frase es bastante adecuada para describirle, señalaría el 5.

CONTESTAR TODOS LOS ÍTEMS

1 La mayoría de personas me ven como alguien cariñoso y afectuoso	1	2	3	4	5	6
2 En general, siento que controlo la situación en la que vivo	1	2	3	4	5	6
3 No estoy interesado en actividades que puedan ampliar mis horizontes personales	1	2	3	4	5	6
4 Cuando miro mi vida pasada, estoy contento de cómo me han ido las cosas	1	2	3	4	5	6
5 Mantener relaciones personales estrechas me ha sido difícil y frustrante	1	2	3	4	5	6
6 No temo expresar mis opiniones, aun cuando son contrarias a la opinión de la mayoría	1	2	3	4	5	6
7 Las exigencias de la vida cotidiana a menudo me sobrepasan	1	2	3	4	5	6
8 Vivo la vida al día y realmente no pienso demasiado en el futuro	1	2	3	4	5	6
9 En general, me siento seguro y optimista	1	2	3	4	5	6
10 Muchas veces me siento solo porque tengo pocos amigos con los que compartir lo que me preocupa	1	2	3	4	5	6
11 No encajo demasiado bien en la comunidad en la que vivo ni con la gente que me rodea	1	2	3	4	5	6
12 Tiendo a centrarme en el presente, porque el futuro casi siempre me trae problemas	1	2	3	4	5	6
13 Me parece que muchas de las personas que conozco han sacado más provecho de la vida del que he sacado yo	1	2	3	4	5	6
14 Disfruto conversando con familiares o amigos	1	2	3	4	5	6
15 Suele preocuparme lo que los demás piensan de mí	1	2	3	4	5	6
16 Soy bastante bueno manejando las muchas responsabilidades de mi vida cotidiana	1	2	3	4	5	6
17 No quiero intentar nuevas maneras de hacer las cosas, mi vida ya está bien como está	1	2	3	4	5	6
18 Para mí, es más importante sentirme bien conmigo mismo que recibir la aprobación de los demás	1	2	3	4	5	6
19 A menudo me siento agobiado por culpa de mis responsabilidades	1	2	3	4	5	6
20 Creo que es importante tener nuevas experiencias que desafíen la manera de pensar sobre uno mismo y sobre el mundo	1	2	3	4	5	6
21 Mis actividades cotidianas a menudo me parecen cosas triviales y sin importancia	1	2	3	4	5	6
22 Me gustan la mayoría de aspectos de mi manera de ser	1	2	3	4	5	6
23 No tengo demasiadas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar	1	2	3	4	5	6
24 Las personas con opiniones muy firmes suelen influir en mi manera de pensar	1	2	3	4	5	6

25 Cuando lo pienso, realmente no veo que haya mejorado mucho como persona con el paso de los años	1	2	3	4	5	6
26 No tengo claro lo que quiero conseguir en la vida	1	2	3	4	5	6
27 He cometido algunos errores en el pasado, pero creo que al final todo ha sido para bien	1	2	3	4	5	6
28 Generalmente sé cuidar muy bien de mis asuntos y mi economía	1	2	3	4	5	6
29 Antes solía ponerme metas, pero ahora me parece una pérdida de tiempo	1	2	3	4	5	6
30 En muchos sentidos, estoy decepcionado con lo que he conseguido en la vida	1	2	3	4	5	6
31 Me parece que la mayoría de personas tienen más amigos que yo	1	2	3	4	5	6
32 Disfruto haciendo planes de futuro y trabajando para hacerlos realidad	1	2	3	4	5	6
33 La gente me describiría como una persona que da y que está dispuesta a compartir su tiempo con los demás	1	2	3	4	5	6
34 Tengo confianza en mis propias opiniones, incluso si llevan la contraria a lo que piensa la mayoría	1	2	3	4	5	6
35 Sé cómo organizar mi tiempo para llevar a cabo todo lo que hay que hacer	1	2	3	4	5	6
36 Tengo la sensación de haber progresado mucho como persona a lo largo del tiempo	1	2	3	4	5	6
37 Soy una persona activa para llevar a cabo los planes que me marco	1	2	3	4	5	6
38 No he sentido demasiado afecto y confianza en las relaciones que he mantenido con otras personas	1	2	3	4	5	6
39 Me cuesta expresar mis propias opiniones cuando se trata de temas polémicos	1	2	3	4	5	6
40 No disfruto en situaciones que requieran cambiar mi manera habitual de hacer las cosas	1	2	3	4	5	6
41 Algunas personas van por la vida sin un objetivo claro, pero éste no es mi caso	1	2	3	4	5	6
42 Mi actitud sobre mí mismo probablemente no es tan positiva como la que tiene la mayoría de gente sobre ellos mismos	1	2	3	4	5	6
43 Cuando mis amigos o mi familia no están de acuerdo con las decisiones que tomo, a menudo las cambio	1	2	3	4	5	6
44 Generalmente mis decisiones no están influidas por lo que hacen los demás	1	2	3	4	5	6
45 Para mí la vida ha sido un proceso continuo de aprendizaje, de cambio y de crecimiento	1	2	3	4	5	6
46 A veces siento que todo lo que tenía que hacer en esta vida ya lo he hecho	1	2	3	4	5	6
47 Sé que puedo confiar en mis amigos y ellos saben que pueden confiar en mí	1	2	3	4	5	6
48 Mi pasado tiene altibajos, pero en general no lo cambiaría	1	2	3	4	5	6
49 Me cuesta organizar mi vida de una manera que me resulte satisfactoria	1	2	3	4	5	6
5 Mantener relaciones personales estrechas me ha sido difícil y frustrante	1	2	3	4	5	6
50 Hace tiempo que ya no intento realizar grandes mejoras o cambios en mi vida	1	2	3	4	5	6
51 Cuando me comparo con mis amigos y conocidos, me siento bien siendo como soy	1	2	3	4	5	6
52 Me juzgo a mí mismo teniendo en cuenta lo que yo pienso que es importante, no en función de los valores en que creen los demás	1	2	3	4	5	6
53 He conseguido crear un hogar y llevar un estilo de vida de los que me siento satisfecho	1	2	3	4	5	6
54 Creo que es verdad lo que se dice de que con la edad las cosas cuestan más de aprender	1	2	3	4	5	6

LIFE SATISFACTION INDEX-A

Aquí hay algunas cuestiones de la vida en general, sobre las cuales la gente opina de modo diferente. Usted lo que tiene que hacer es decir cual es su opinión, indicando A si está de acuerdo, ¿? Si no está seguro y D si está en desacuerdo.

1. A medida que envejezco, las cosas parecen mejores de lo que yo creía que serían.	A	¿?	D
2. He recibido mas ayuda en la vida que la mayoría de las personas que conozco.	A	¿?	D
3. Esta es la peor época de mi vida.	A	¿?	D
4. Soy igual de feliz que cuando era joven.	A	¿?	D
5. Mi vida podría ser más feliz de lo que es ahora.	A	¿?	D
6. Estos son los mejores años de mi vida.	A	¿?	D
7. La mayoría de las cosas que hago son aburridas o monótonas.	A	¿?	D
8. Espero que en el futuro me ocurran algunas cosas interesantes y agradables.	A	¿?	D
9. Las cosas que hago me parecen tan interesantes como antes.	A	¿?	D
10. Me siento viejo/a y algo cansado/a.	A	¿?	D
11. Me siento de la edad que tengo, pero no me preocupa.	A	¿?	D
12. Si miro hacia atrás en mi vida me siento bastante satisfecho/a.	A	¿?	D
13. No cambiaría ninguna parte de mi vida pasada, incluso si pudiera.	A	¿?	D
14. En comparación con otras personas de mi edad, he tomado muchas decisiones erróneas en mi vida.	A	¿?	D
15. En comparación con otras personas de mi edad, tengo buen aspecto.	A	¿?	D
16. He hecho planes acerca de las cosas que haré dentro de un mes o un año.	A	¿?	D
17. Si repaso en mi vida, no he conseguido la mayor parte de las cosas importantes que deseaba.	A	¿?	D
18. En comparación con otras personas, me hundo con demasiada frecuencia.	A	¿?	D
19. He alcanzado muchas cosas que deseaba en esta vida.	A	¿?	D
20. A pesar de lo que se dice, la mayoría de la gente está cambiando a peor, no a mejor.	A	¿?	D