

EL ENVEJECIMIENTO Y EL RETO DE LA CALIDAD DE VIDA

**Paula Mayoral
Belén Bueno
José Buz
Ana Belén Navarro**

Ante la mayor expectativa de vida conseguida en las últimas décadas, el énfasis tradicional dado a la supervivencia, a añadir más años a la vida, está siendo equilibrado por el interés en añadir más salud a esa vida y más vida a esos años. Vivir y no sólo sobrevivir son las metas más valoradas y apreciadas por casi todas las personas. De ahí que, si vivir más tiempo es ya una realidad asegurada en muchos países, entre ellos España, vivir mejor o vivir una vida de calidad se ha convertido en uno de los objetivos prioritarios de todas las políticas sociales y sanitarias de la mayoría de los países.

El tema de la calidad de vida (en adelante, CV) en la vejez fue uno de los intereses de José Luis, sobre el que enseñó, investigó y organizó reuniones científicas. A continuación se presenta el marco conceptual desde el que se trabaja este tema en la actualidad y algunos de los resultados más importantes de los trabajos de investigación realizados por José Luis Vega y su equipo en los últimos años.

A pesar de la importancia que se le da a la CV en distintos ámbitos científicos, todavía existe escaso consenso sobre su conceptualización, evaluación y áreas de intervención para mantenerla o asegurarla, debido a que puede ser abordada multidisciplinariamente (Fernández-Ballesteros, 2004; Sancho y Vega, 2004). Desde la Biología, implicados en la calidad de los nichos ecológicos, se usan indicadores tales como la pureza del agua; en Medicina se utilizan indicadores epidemiológicos y sociodemográficos; en Sociología, preocupados por el bienestar de las poblaciones, se emplean medidas socioeconómicas y sociales; en Psicología nos ayudamos de indicadores objetivos (por ejemplo, salud física y estado funcional) y subjetivos (por ejemplo, la satisfacción con la vida).

La CV es un concepto complejo cuya definición resulta difícil (Lehr, 2004). Aunque es un término más amplio que la felicidad, el bienestar psicológico y la satisfacción, los cuatro son usados indistintamente de modo coloquial. Pero, ¿son lo mismo felicidad, satisfacción, bienestar y calidad de vida?

La *satisfacción* es un indicador cognitivo del bienestar subjetivo. Recoge los juicios y percepciones de las personas en relación a las acciones de los otros (por ejemplo, la satisfacción con el trato recibido de las instituciones públicas) o de uno mismo (por ejemplo, la satisfacción por algo bien hecho), o lo que es lo mismo, la valoración global de la propia vida basada en la comparación entre las aspiraciones y los logros conseguidos (Richart, Reig y Cabrero, 1999). En cambio, el término *bienestar*, en un sentido estricto, se ha utilizado más en las investigaciones psicológicas para evaluar aquellos aspectos emocionales que describen un estado de ánimo habitualmente positivo. Puede ser contextualizado como una respuesta principalmente afectiva puesto que hace referencia fundamentalmente a emociones y sentimientos sobre la propia vida, más que al juicio, valoración o reflexiones que pueden hacerse sobre la misma. Un término relevante que engloba a la satisfacción como un componente cognitivo y a los afectos positivos y negativos como componentes emocionales, es el *bienestar subjetivo* (Diener, Suh y Oishi, 1997). Aspectos importantes, pero no suficientes para lo que se ha denominado *bienestar psicológico* (Ryff y Keyes, 1995), que integraría, entre otros, el dominio ambiental, el crecimiento personal o las relaciones positivas con los demás. Finalmente, la *felicidad* es un sentimiento más estable que la satisfacción y menos situacional, elaborado al mirar al pasado y percibir mejoras importantes ligadas al propio esfuerzo.

En cualquier caso, la distinción entre esos constructos no está totalmente clara. Son necesarias más investigaciones con fines conceptuales. Lo que sí parece estar más claro, independientemente del término que se utilice, es que los juicios que las personas hacemos sobre nuestra vida o sobre algún aspecto concreto de la misma, son función de las discrepancias entre lo que se posee y se desea, entre lo que poseemos y lo que poseen los demás, lo que tenemos y lo que nos merecemos, lo que tenemos y lo que necesitamos, etc., y en estas discrepancias juegan un papel importante tanto los factores cognitivos como los afectivos.

Por último, la palabra “calidad” estaría etimológicamente relacionada con ser duro, ser experto. Se conseguiría una vida de calidad, tanto porque es la mejor vida que se puede proporcionar (determinantes materiales y sociales externos a la persona), como la mejor que se puede percibir y sentir (percepciones, juicios, adaptación, etc.).

Además, la CV es un concepto multidimensional que no es independiente de los distintos contextos en los que la vida surge y a los que la persona pertenece. Las circunstancias en las que cada persona se encuentre permiten explicar su calidad de vida diferencial. Así, por ejemplo, la edad, el género, el nivel educativo o el nivel socioeco-

nómico permitirían explicar, hasta cierto punto, la calidad de vida de una determinada persona. Además, ésta puede significar diferentes cosas para cada una de ellas.

Como objeto de investigación, las diferentes disciplinas han operacionalizado la CV de maneras distintas. De este modo, las Ciencias Sociales la definen por las condiciones de vida. Reflejan, no tanto la calidad de vida de la gente, sino cómo viven. La salud, la educación y adquisición de conocimientos, el trabajo, el ocio y tiempo libre, la capacidad adquisitiva de bienes y servicios o el entorno social son ejemplos de indicadores sociales propuestos desde estas disciplinas (Siegrist, Fernández-López y Hernández-Mejía, 2000).

Desde las disciplinas sanitarias cada vez se tiene más en cuenta el concepto de CV. La reducen a aspectos relacionados con la salud, tanto física como psíquica, y con la capacidad funcional, a partir de la definición de salud de la OMS como un estado de bienestar físico, psíquico y social. De este modo tratan de conocer y evaluar la repercusión del estado de salud, de los problemas de salud, de su tratamiento o intervención en la faceta personal y social de las personas (Reig, 2000). Dentro de este contexto, desde principios de los años noventa se empezó a utilizar el término “calidad de vida relacionada con la salud” para referirse a los niveles de bienestar y satisfacción asociados con todas aquellas situaciones a las que una persona debe enfrentarse como consecuencia de una enfermedad o de un tratamiento.

La Psicología, ayudándose de conceptos y teorías previas, estudia la CV analizando el grado de acoplamiento entre las condiciones y la experiencia de vida. Se centra más en la percepción subjetiva de las diferentes situaciones de vida. Se enfatiza la importancia de la experiencia subjetiva de la propia vida sin olvidarse de las condiciones de vida objetivas. Desde aquí se argumenta que los efectos de las condiciones de vida objetivas sobre la CV están modulados por las evaluaciones subjetivas de tales condiciones. Esto significa que, por ejemplo, no se puede concluir que una persona mayor tiene peor CV que otra sobre la base de que no puede caminar tan rápidamente, porque refiere un mayor malestar emocional, o porque dispone de un menor número de amigos que le puedan ayudar en caso de necesitarlos. Las personas tenemos diferentes umbrales de sensibilidad y de respuesta ante la adversidad.

Para subsanar esta falta de consenso, la OMS ha tratado de integrar las diferentes conceptualizaciones definiendo la CV como la percepción de la persona de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones (Power, Bullinger y Harper, 1999; WHOQOL Group, 1998). La salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el ambiente, la espiritualidad, la religión o las creencias personales, serían diferentes factores para evaluar la calidad de vida.

A partir de esta propuesta, la mayoría de las definiciones de CV presentan dos elementos comunes: utilizan un enfoque multidimensional y hacen hincapié en la valoración que la persona hace, unida a las condiciones de vida objetivas.

En este marco conceptual, una línea de trabajo de José Luis Vega y su equipo en los últimos años se ha centrado en la identificación de los componentes del bienestar subjetivo de las personas mayores y muy mayores de nuestro entorno sociocultural. Este problema ha sido abordado no sólo desde la interrelación entre los dominios globales y específicos del bienestar, sino también considerando la relación entre sus componentes objetivos y subjetivos.

Concretamente, hemos analizado el grado en que la satisfacción con aspectos concretos de la vida diaria (dominios específicos) afecta la satisfacción global con la vida de las personas muy mayores, así como el grado en que las diferencias de edad y sexo modulan la influencia de los dominios específicos sobre el bienestar general.

Los resultados obtenidos por nosotros indican que la estructura cognitiva y afectiva del bienestar subjetivo se mantiene en las personas mayores de 75 años. El componente hedónico aparece como independiente del componente cognitivo de la satisfacción con la vida. La satisfacción con dominios específicos predice mejor la satisfacción con la vida que los afectos positivos y negativos. De esta forma aparece un claro núcleo de valoración cognitiva de las circunstancias objetivas de la vida. La satisfacción con los dominios específicos explica la relación que el componente hedónico tiene con la satisfacción con la vida, reforzando la contribución de las valoraciones cognitivas en el envejecimiento satisfactorio.

Además, hemos encontrado apoyo para la hipótesis de la influencia de la satisfacción en dominios específicos sobre la satisfacción general con la vida. Los datos indican que la satisfacción en los dominios relacionados con la salud, la economía y las relaciones sociales explica la influencia del resto de los dominios sobre la satisfacción vital. Estos tres dominios específicos -salud, economía y relaciones sociales- que son claves para un envejecimiento satisfactorio, configuran la satisfacción con la vida en la vejez avanzada.

Se confirma la existencia de una dimensión general de satisfacción y de dimensiones más específicas relacionadas con dominios vitales relevantes para las personas mayores de nuestro entorno. Ambos niveles se encuentran interrelacionados. Hemos encontrado efectos tanto de la satisfacción con la vida sobre la satisfacción con dominios específicos, como en la dirección inversa. Sin embargo, cuando se tienen en cuenta los indicadores externos, los efectos de la satisfacción de los dominios específicos sobre la satisfacción global son superiores a los efectos en la dirección contraria.

Los indicadores objetivos mantienen una relación clara con los dominios específicos de satisfacción y, a través de éstos, con la satisfacción vital. Hemos verificado que cuanto más concreto es el dominio cuya satisfacción se evalúa, mayor es la correlación entre la medición objetiva y la valoración subjetiva de satisfacción.

Los indicadores externos correlacionan más con la satisfacción con su dominio específico que con la satisfacción vital. De hecho, los efectos de los indicadores externos sobre la satisfacción con la vida vienen explicados a través de la relación de estos indicadores con la satisfacción en sus dominios específicos respectivos. Por esta razón no puede tomarse como indicador de las condiciones de vida de las personas mayores su satisfacción con la vida. La satisfacción con la vida depende más de los rasgos de personalidad que de las condiciones externas del sujeto. Complementariamente, cuanto más específico es el juicio de satisfacción, es decir, cuanto más específica sea la condición a la que se refiera, mejor indicador es de esa condición. Esto nos permite utilizar los juicios de satisfacción específica como indicadores de las necesidades de las personas mayores, pero sólo cuando se refieren a elementos objetivos muy concretos.

Además, hemos encontrado que ni la satisfacción con la vida, ni los afectos positivos y negativos, cambian a partir de los 75 años. Únicamente algunos dominios específicos de satisfacción cambian al aumentar la edad. Concretamente los dominios relacionados con la satisfacción con las actividades de la vida diaria, con las actividades dentro y fuera de casa, con los medios de transporte y con su vida sexual. Las diferencias con la edad en estos dominios específicos no parecen afectar a la satisfacción vital.

Hemos confirmado que el género es una variable que configura tanto el equilibrio hedónico como la satisfacción con dominios específicos en la edad avanzada. Las mujeres muy mayores mantienen un mayor nivel de afectos negativos y una menor satisfacción con dominios específicos relacionados con la salud, las actividades dentro y fuera de casa y la sexualidad. Estos resultados son convergentes con las conclusiones del meta-análisis de Pinquart y Sorensen (2001). Aunque aparecen diferencias significativas en función del género y la edad en los mismos dominios específicos de satisfacción, no existe una interacción entre ambos factores.

Otra línea de investigación se ha centrado en el fenómeno de “Resistencia Psicológica”, originalmente desarrollado en el campo de la Psicopatología evolutiva de la infancia y de la adolescencia para referirse a cómo ciertos niños, a pesar de las malas condiciones socioeconómicas en que vivían, no presentaban comportamientos socialmente disfuncionales, sino que eran capaces de desarrollarse saludablemente a pesar de las situaciones restrictivas a las que estaban expuestos. Incluye la idea de que las personas pueden recuperar niveles normales de funcionamiento después de experimentar contratiempos, con o sin ayuda externa (Garmezy, 1991). En contraste con este planteamiento estaría el estereotipo sobre la vejez como un proceso que tiene únicamente cam-

bios negativos o pérdidas o como un periodo del ciclo vital no caracterizado por la resistencia.

Sin embargo, a pesar de que la mayor parte de las personas muy mayores experimentan cambios de carácter negativo, éstos no parecen afectar a sus niveles de bienestar. La mayoría de las personas mayores y muy mayores no están deprimidas ni insatisfechas a pesar de tener que hacer frente a enfermedades crónicas y discapacidades, pérdida de familiares y amigos o dificultades cotidianas.

En este sentido, deberíamos preguntarnos cómo podemos explicar esta aparente contradicción, ¿cómo mantienen las personas muy mayores un balance favorable a pesar de las pérdidas? La persona que envejece parece disponer de capacidades de reserva que impiden que se produzcan cambios en sus niveles de satisfacción. Recursos externos e internos como los rasgos de personalidad, las emociones, el sistema de metas y la auto-definición que cada persona sostiene, la experiencia ampliada o reducida del tiempo restante y el modo en que se interpretan, se afrontan y se reacciona a los sucesos vitales, podrían actuar en este sentido. Todos ellos pueden considerarse factores de resistencia que protegen de las condiciones de riesgo, tanto somáticas (visión, audición, número de diagnósticos médicos y actividades de la vida diaria) como socioeconómicas (nivel educativo e ingresos), posibilitando un envejecimiento exitoso y satisfactorio (Staudinger, Freund, Linden y Maas, 1999). Por factor protector se entiende cualquier característica medible en una persona o grupo de personas que predice resultados positivos en un contexto de riesgo o adversidad; por el contrario, un factor de riesgo es aquel que no permite una adaptación exitosa del individuo a las dificultades.

Dentro de este contexto, la resistencia psicológica en la vejez se entiende como el mantenimiento o recuperación de la salud y del bienestar frente a la acumulación de situaciones adversas en esa etapa de la vida.

En nuestros trabajos hemos analizado la contribución de los rasgos de personalidad, de las emociones, de la experiencia de tiempo y del afrontamiento de los problemas por parte de las personas muy mayores como medio para conseguir CV en la vejez avanzada.

Hemos encontrado que el perfil de personalidad de las personas muy mayores de nuestro entorno se caracteriza por niveles bajos en la mayor parte de los rasgos de personalidad. De este modo, las personas mayores de 75 años tienden a ser emocionalmente estables, reservadas, convencionales en su comportamiento, egocéntricas y poco competitivas.

Hemos comprobado el papel modulador que los rasgos de personalidad tienen entre los afectos positivos y negativos y la satisfacción con la vida. El neuroticismo y

la extraversión constituyen el principal nexo de la personalidad con el bienestar subjetivo. Cuanto menor es la inestabilidad emocional y mayor es la sociabilidad, mayor es la satisfacción en esta etapa de la vida. Además, se han encontrado correlaciones elevadas entre la extraversión y la apertura a nuevas experiencias, resultados en la línea de los obtenidos en las investigaciones de otros autores (p. ej., Keyes, Shmotkin y Ryff, 2002).

El efecto de los rasgos de personalidad se produce a través de la satisfacción con la vida. Los juicios generales y globales de satisfacción se encuentran más asociados a la personalidad que a las circunstancias externas del sujeto. Lo contrario es cierto de los juicios de satisfacción sobre dominios específicos.

Asimismo, hemos comprobado el papel de las emociones sobre la satisfacción vital en las personas muy mayores. Los resultados muestran que las personas mayores de 75 años experimentan más afecto positivo que negativo y que el bienestar emocional predice positivamente la satisfacción vital de las personas mayores.

Otro factor con el que pueden contar las personas mayores que les lleva a un mayor bienestar físico y mental es la experiencia de tiempo, conceptualizada en términos de perspectiva de tiempo futura (por ejemplo, orientación hacia el futuro). Algunos estudios han permitido comprobar que una elevada perspectiva temporal hacia el futuro puede tener un importante valor protector del bienestar subjetivo y de la salud mental (p.ej., Brandstdäter y Wentura, 1994). Sobre este factor hemos encontrado que las personas muy mayores de nuestro entorno piensan significativamente más en el presente que en el pasado o en el futuro; y aunque creen que disponen de bastante tiempo todavía, tienen pocos planes para los próximos meses o años. En cuanto a su papel protector, hemos obtenido que ser optimistas con respecto al futuro protege el bienestar personal en la vejez avanzada. Por el contrario, pensar más en el presente es un factor de riesgo; cuanto más se piensa en la situación actual, menor es la satisfacción con la vida en esta etapa.

Por lo que se refiere al afrontamiento, las personas muy mayores estudiadas por nosotros combinan las estrategias activas y pasivas en diferente medida dependiendo del tipo de problema que tratan de afrontar. No se aproximan a sus problemas de forma rígida, sino que adaptan las estrategias de acuerdo con las demandas del problema. La cantidad y variedad de estrategias y estilos de afrontamiento que se utilizan refleja la flexibilidad que tienen las personas muy mayores. Así, por ejemplo, hemos encontrado que, frente a los problemas de salud propia, las personas mayores de 75 años tienden a alterar las condiciones causantes del problema, a pensar en otras cosas y a pedir ayuda a instituciones sociales, sanitarias, etc., al contrario que ante los problemas familiares.

Esto significa que las personas muy mayores no permanecen pasivas ante las amenazas asociadas al envejecimiento, sino que buscan todo tipo de soluciones con el

objetivo de contrarrestar los cambios no deseables. Este hecho ayuda a combatir los estereotipos negativos sobre la vejez para dejar paso a creencias más positivas sobre ella, centradas en los recursos y en las fuerzas con las cuales se negocian los cambios.

Además, hemos obtenido que el afrontamiento por parte de las personas muy mayores es relevante como factor protector de la satisfacción vital frente a los problemas de salud propia, a los problemas familiares y a las dificultades cotidianas, debido a que algunas estrategias y estilos de afrontamiento protegen frente al estrés. Concretamente, cuanto mayores son las acciones directas y racionales y los esfuerzos para alterar las condiciones causantes del problema, mayor es la búsqueda de apoyo emocional, el distanciamiento y el conformismo y menor el uso de la estrategia de negación, mayor es la satisfacción en la vejez avanzada. Todos estos resultados van en la misma línea de los obtenidos por otros autores.

Para finalizar con los resultados de algunas de nuestras líneas de investigación, debemos añadir que el equipo ha trabajado en el análisis de la relación entre el bienestar y las variables de tipo social durante la vejez. Este análisis parte de la consideración de los factores sociales como uno de los pilares de la CV, cuestión admitida y consensuada desde hace décadas.

En este sentido, desde distintas disciplinas científicas (e incluso no tan científicas), se ha afirmado que la interacción social es una necesidad universal. Baste para ello recordar los crueles experimentos realizados por personajes que con pretendido afán científico trataron de comprobar qué efectos tenía sobre las personas (en ocasiones niños) la situación de aislamiento total de otras personas.

Superado este capítulo negro de la historia, en la actualidad existen numerosos estudios transculturales, como el realizado por el Grupo de Calidad de Vida de la OMS, confirmando que algunos aspectos sociales, como las relaciones interpersonales y el apoyo social, son esenciales para la calidad de vida. Quizás por ello, la soledad ha demostrado ser uno de los principales temores para las personas mayores, especialmente a partir de los 75 años (Arias, Buz, Navarro, Bueno y Vega, 2003; Beyene, Becker y Mayen, 2002).

Utilizando tanto metodología cuantitativa como cualitativa también se ha demostrado que diversos aspectos de tipo social, junto con la salud, la economía y aspectos afectivos, son los más valorados por las personas mayores. En concreto, algunas variables sociodemográficas como la presencia o no de hijos, su número o vivir independientemente, han mostrado tener relaciones significativas con distintas dimensiones del bienestar subjetivo (Buz, 1996; Marchen, Van-Cotthem, Billiet y Beyers, 2002). Además, parece que la valoración del propio bienestar se elabora basándose, en primer lugar, en el sistema de relaciones con la familia, y que el juicio sobre el bienestar de otras

personas se basa en percepciones de salud, de armonía con el cónyuge y con los hijos, de aceptación de uno mismo y en la existencia de relaciones sociales positivas (Sastre, 1999).

En este contexto de las relaciones con otros, hay que considerar que las personas establecen relaciones fuera del ámbito familiar con amigos, compañeros de trabajo, vecinos, conocidos, etc. Cada una de estas personas cumple una determinada función y produce niveles de satisfacción distintos. Podría decirse que esta constelación de personas significativas para la persona proporciona apoyo a distintos niveles (p. ej., ayuda, afectos, sentimientos de afirmación, etc.) y que no todas tienen que contribuir de igual modo al bienestar de la persona. De hecho, se ha comprobado que la satisfacción con el apoyo recibido es un buen predictor de la satisfacción con la vida (Marshall, 2001), que todas las ayudas que se obtienen de las relaciones sociales son bien valoradas, procedan de quien procedan, y que las que son ofrecidas por personas ajenas a la familia producen mayores beneficios. En este sentido, el apoyo instrumental se asocia más al bienestar cuando procede de no parientes que de parientes.

Del mismo modo que en el ámbito de las relaciones interpersonales, la ocupación del tiempo libre y el tipo de actividades que se realizan son fuentes de bienestar y satisfacción. Parece que lo importante es mantenerse activo, aunque no se puede negar que el tipo de actividad que se realiza influye en la satisfacción que se obtiene.

La realización de actividades de ocio y la satisfacción que éstas producen se ha asociado positivamente con la felicidad, definida en ocasiones como el equilibrio entre afectos positivos y negativos. Algunos investigadores (p.ej., Menec, 2003) han observado que las actividades de tipo social y productivo producen efectos físicos (mayor longevidad y mejor nivel funcional) y psicológicos (felicidad), mientras que las actividades que se hacen en solitario sólo incrementan los efectos psicológicos. En el caso de las personas mayores con enfermedad, el bienestar subjetivo se relaciona principalmente con la actividad social y apenas con las actividades físicas y las solitarias.

Este conjunto de hallazgos despertó el interés del equipo por conocer la relación entre las distintas dimensiones del bienestar subjetivo y variables como la satisfacción con las relaciones interpersonales, con las actividades cotidianas, la percepción de apoyo, el tamaño de la red social y el nivel de actividad física, intelectual y social, comprobando el poder predictivo de estas variables sobre el bienestar y, en algunos, casos las diferencias en bienestar en función de estas mismas variables.

Respecto al impacto que pudiera tener la presencia del cónyuge sobre el bienestar, no hemos observado diferencias en satisfacción con la vida y afectos entre los que tienen pareja y aquellos que no la tienen (solteros, viudos o divorciados/separados). Igual ocurre al buscar diferencias en bienestar entre los que viven solos, los que viven

en su casa con su familia o los que viven en casa de familiares: todos ellos mostraban niveles de satisfacción con la vida y de afectos positivos y negativos similares.

Por otra parte, observamos que las mayores fuentes de satisfacción en las relaciones personales proceden de las personas que consideran sus “íntimos”, seguido de las que consideran “personas de confianza” y “conocidos”. Sin embargo, a pesar de la alta satisfacción y el apoyo que proporcionan los íntimos, su papel en la satisfacción con la vida y las emociones es pequeño, ya que sólo predecían los afectos positivos. La satisfacción con la vida se predecía por el apoyo de los conocidos y por la satisfacción con las relaciones con ellos, mientras que los afectos negativos tenían su mejor predictor en la satisfacción con las personas de confianza. Al contrario que en otros estudios, encontramos que las variables de la red social, como el número de hijos o el número de personas con las que se convive, no predecía ninguna dimensión del bienestar.

Por otra parte, el patrón de actividades cotidianas de los mayores entrevistados por nosotros es muy similar al obtenido en otros estudios a nivel nacional y autonómico (p. ej., Imserso, 2004). Además, los niveles de satisfacción con las actividades que se realizaban eran bastante elevados, así que comprobamos qué actividades, desde el punto de vista de su frecuencia y satisfacción, predecían el bienestar de las personas muy mayores. La frecuencia de realización de actividades intelectuales, que normalmente se hacen en solitario, predecían la satisfacción con la vida y los afectos positivos, mientras que la frecuencia de actividad física lo hacía con los afectos positivos. Al analizar la satisfacción con las actividades físicas, intelectuales y sociales comprobamos que sólo las primeras eran capaces de predecir el bienestar, y que lo hacían tanto en su aspecto cognitivo (satisfacción con la vida) como emocional (afectos).

En conjunto, los resultados obtenidos por nosotros vienen a confirmar la mayor parte de la evidencia disponible en el campo y a subrayar la necesidad de distinguir en el bienestar subjetivo la dimensión cognitiva y emocional ya que ambas se comportan, en cierto modo, independientemente. Por ejemplo, las variables de red y apoyo, de satisfacción con dominios específicos y de nivel de actividad tienen efectos distintos sobre ambas dimensiones del bienestar.

Sin embargo, también hemos obtenido resultados contrarios a otros estudios, como el que señala que algunos aspectos de la red social, como su tamaño, no afectan al bienestar. La red social sólo representa el “potencial” o la disponibilidad de ayuda en el entorno de la persona, y así es como muestra sus efectos: no permitiendo discriminar en función del tamaño de la red. Este dato viene a contradecir parcialmente la idea de que aquellos que tienen una red social pequeña se sienten peor. Como sugiere el sentido común, lo importante no sería “estar” solo, sino la percepción de que se obtiene apoyo del entorno. Y aunque se puede afirmar que el apoyo de las personas del entorno social próximo y la satisfacción con ellas tiene efectos positivos sobre el bienestar, es preciso

matizar algunos aspectos: los muy mayores consideran que el mayor apego lo tienen a los íntimos y que las relaciones más satisfactorias las tienen con éstos, pero valoran su satisfacción con la vida y sus afectos basándose en juicios sobre el apoyo y la satisfacción que producen los conocidos y las personas de confianza. Quizás la provisión de ayuda y de afectos de los íntimos sea un bien preciado, pero también una “obligación” de éstos, mientras que cuando dicha ayuda procede de otras personas se considera un “valor añadido”.

Algo similar ocurre con la satisfacción con las personas del entorno: los muy mayores consideran que el mayor apego lo tienen a los íntimos y que las relaciones más satisfactorias las tienen con éstos, pero valoran su satisfacción con la vida y sus afectos basándose en juicios sobre el apoyo y la satisfacción que producen los conocidos y las personas de confianza.

Por otro lado, en consonancia con investigaciones recientes (Lee y Russell, 2003), el bienestar en todas sus dimensiones está íntimamente relacionado con la actividad física, pero no con su frecuencia de realización, sino con la satisfacción que produce. Sólo la frecuencia de realización de actividades de tipo intelectual predice el bienestar. En conjunto, estos datos muestran que podemos ayudar a las personas mayores a sentirse mejor y a valorar más positivamente su vida si se desarrollan estrategias que les permitan seguir manteniendo actividades de tipo intelectual y físico en el contexto de una red social satisfactoria en la que las personas de confianza juegan un papel primordial.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, dejaríamos de lado los estereotipos negativos y los modelos deficitarios enfocados exclusivamente en los déficits y no en los recursos de los que las personas mayores pueden disponer y que les permiten mantener el bienestar.

Si descubrimos qué es lo que en realidad hacen o tienen las personas que envejecen, cómo se adaptan al hecho de hacerse mayores, llegaremos al conocimiento de las claves para el mantenimiento de la satisfacción con uno mismo y con la vida.

Por este motivo, es necesario destacar la importancia de prestar atención a los recursos internos y externos que todavía se mantienen para, a partir de ellos, incrementar los niveles de satisfacción y bienestar en las últimas etapas de la vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arias, M., Buz, J., Navarro, A.B., Bueno, B. y Vega, J. (2003). Loneliness amongst very old people (75+) *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 38 (Supl. 1), 204-205.

- Beyene, Y., Becker, G., y Mayen, N. (2002). Perception of aging and sense of well-being among Latino elderly. *Journal of Cross Cultural Gerontology*, 17(2), 155-172.
- Brandtstädt, J., y Wentura, D. (1994). Changes in time perspective and attitude toward the future during the transition to later adulthood: Developmental and differential aspects. *Zeitschrift für Entwicklung-psychologie und Pädagogische Psychologie*, 26, 2-21.
- Buz, J. (1996). Variables sociodemográficas relacionadas con la depresión en ancianos institucionalizados. *Revista de Gerontología*, 6(2), 98-106.
- Diener, E., Suh, E.M., y Oishi, S. (1997). Recent findings on subjective well-being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 24, 25-41.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Calidad de vida, ¿es un concepto psicológico? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39 (Supl 3), 18-22.
- Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments. *Pediatric Annals*, 20, 459-466.
- Imserso (2004). *Las personas mayores en España: Informe 2004*. Datos estadísticos estatales y por comunidades autónomas. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación. Tomo II, Parte 1. Madrid: Observatorio de Personas Mayores.
- Keyes, C.L., 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.
- Lee, C., y Russell, A. (2003). Effects of physical activity on emotional well-being among older Australian women: cross-sectional and longitudinal analyses. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(2), 155-160.
- Lehr, U. (2004). Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39 (Supl 3), 2-7.
- Marcoen A, Van-Cotthem K, Billiet K, Beyers W. (2002). Dimensions of subjective well-being in elderly persons. *Tijdschrurn Gerontologie Geriatric*, 33(4), 156-165.
- Marshall, E.O. (2001). The influence of marital satisfaction on the cognitive component of subjective well-being among the elderly. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering*, 61(7-B), 38-50.
- Menec, V.H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: a 6 year longitudinal study. *Journal of Gerontological Psychological Social Sciences*, 58(2), S74-82.
- Pinquart, M. y Sorensen, S. (2001). Gender differences in self-concept and psychological well-being in old age: a meta-analysis. *Journal of Gerontology, B-Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, 195-213.
- Power, M., Bullinger, M., Harder, A. (1999). Test of the universality of quality of life in 15 different cultural groups world wide. *Health Psychology*, 18, 495-505.
- Reig, A. (2000). La calidad de vida en Gerontología como constructo psicológico. *Revista Española de geriatría y Gerontología*, 35 (S2), 5-16.

- Richart, M., Reig, A., y Cabrero, J. (1999). *La calidad de vida en la vejez. Sus determinantes biológicos, psicológicos y sociales*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Ryff, C.D., y Keyes, C.L.M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Siegrist, J., Fernández-López, J.A., y Hernández-Mejía, R. (2000). Perspectiva sociológica de la CV. *Medicine Clinique*, 114, 22-4.
- Staudinger, U.M.; Freund, A.M.; Linden, M., y Maas, I. (1999). Self, personality, and life regulation: Facets of psychological resilience in old age. En P.B. Baltes y K.U. Mayer (Eds.). *The Berlin aging study: Aging from 70 to 100* (pp. 302-328). New York: Cambridge University Press.
- Sastre, M.T. (1999). Lay conceptions of well-being and rules used in well-being judgments among young, middle-aged, and elderly adults. *Social Indicators Research*, 7(2), 23-31.
- Sancho, M.T. y Vega, J.L. (2004). Calidad de vida y satisfacción en la vejez. Una perspectiva psicológica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39 (Supl 3), 1.
- WHOQOL GROUP (1998). The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science Medicine*, 18, 495-505.

